



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykoterapeutprogrammet

**Att förlora sin barndom och få hjälp att hitta den på nytt
en kvalitativ studie om psykodynamisk barnterapi efter trauma**

Mahnaz Changolh & Camilla Liedberg Dannhusen

Psykoterapeutexamensuppsats. 2021

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Håkan Johansson

Abstract

The aim of the study was to approach how psychodynamically oriented therapists who work with children with traumatic experiences, experience their clinical reality and to gain an insight into how psychodynamic child therapy can make a difference for these children. The study is based on a qualitative basis and is based on interpretive phenomenological analysis, IPA, (Interpretative Phenomenological Analysis). Data have been collected through semi-structured interviews with seven professional licensed child psychotherapists. Eight themes were identified. The results show that trauma in young children can manifest itself in several different ways and that the criteria that include trauma in diagnosis manuals are insufficient, especially with regard to early traumatized children. An important factor to take into account in the work with traumatized children is therefore to explore where in the child's development the breakdown has taken place because the therapy work is affected by this factor. The study shows that psychodynamic therapy with traumatized children is a process with a focus on security, alliance, framework, compliance and openness, all of which are important factors in making a difference for the child in his or her mood and continued development. In the therapy work, it is important that the therapist follows the child in its play and design because this is the child's main communication channel and that it is in this communication that change takes place. Parental work which i.a. involves taking into account the parent's mental health, mental capacity, motivation and commitment is another important contributing factor to change. The child and its caregivers need help to make the trauma understandable so that it can become part of the child's narrative .

Keywords: trauma, attachment, mentalization, play, psychodynamic childtherapy

Sammanfattning

Syftet med studien var att närma oss hur psykodynamiskt inriktade terapeuter som arbetar med barn med traumatiska erfarenheter, upplever sin kliniska verklighet och att få en inblick i på vilket sätt psykodynamisk barnterapi kan göra skillnad för dessa barn. Studien är uppbyggd på en kvalitativ grund och utgår från tolkande fenomenologisk analys, IPA, (Interpretative Phenomenological Analysis). Data har samlats in genom semistrukturerade intervjuer med sju yrkesverksamma legitimerade barnpsykoterapeuter. Åtta teman identifierades. Resultatet visar att trauma hos små barn kan gestalta sig på flertalet olika sätt och att de kriterier som inbegriper trauma i diagnosmanualer är otillräckligt framför allt vad gäller tidigt traumatiserade barn. En betydelsefull faktor att ta hänsyn till i arbetet med traumatiserade barn är därför att utforska var i barnets utveckling som sammanbrottet har skett eftersom terapiarbetet påverkas av denna faktor. I studien framgår att psykodynamisk terapi med traumatiserade barn är en process med fokus på trygghet, allians, ram, följsamhet och öppenhet vilka alla är betydelsefulla faktorer för att göra skillnad för barnet i dess mående och fortsatta utveckling. I terapiarbetet är det av vikt att terapeuten följer barnet i dess lek och gestaltning eftersom detta är barnets främsta kommunikationskanal och att det är i denna kommunikation som förändring sker. Föräldrarbetet som bl.a. inbegriper att ta hänsyn till föräldrarnas psykiska hälsa, mentaliseringsförmåga, motivation och engagemang är en annan viktig bidragande orsak till förändring. Barnet och dess vårdgivare behöver få hjälp med att göra traumat begripligt så att det kan bli en del av barnets narrativ.

Nyckelord: trauma, anknytning, mentalisering, lek, psykodynamisk barnterapi

Tack!

Ett stort tack till våra deltagare för att ni så generöst delat med er av era tankar och erfarenheter. Utan er hade denna studie inte varit möjlig. Ytterligare ett stort tack till vår humoristiske och engagerade handledare Per Johnsson som har inspirerat och stöttat oss i denna emellanåt tuffa process. Dessutom vill vi rikta ett stort tack till "vår egen" Per vars synpunkter har varit ett fint stöd för oss i detta arbete.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Teori.....	2
Traumabegreppet.....	2
Risk- och skyddsfaktorer.....	2
Orsaker till traumatisering.....	2
Traumatspåverkan.....	3
Sekundär traumatisering och andragenerationens traumatisering.....	6
PTSD och utvecklingstrauma.....	6
Lek.....	7
Mellanrum och övergångsobjekt.....	8
Anknytning.....	8
Mentalisering.....	9
Psykodynamisk barnpsykoterapi vid trauma.....	10
Tidigare forskning.....	11
Syfte och frågeställningar.....	13
Metod.....	14
Design.....	14
Vetenskapsteoretiska utgångspunkter.....	14
Författarens förförståelse.....	14
Urval och beskrivning av deltagare.....	15
Datainsamling.....	16
Dataanalys.....	16
Etiska överväganden.....	18
Resultat.....	19
Trauma och tecken på traumatisering.....	19
Terapiprocessen.....	20
Att möta barnet i dess utveckling.....	22
Överföring – motöverföring och gestaltning.....	24
Lek och skapande.....	26
Anknytning.....	29
Mentalisering.....	31
Föräldrabete.....	33
Diskussion.....	35

Resultatdiskussion.....	35
- Traumat.....	35
- Terapiprocessen	36
- Föräldraarbete.....	38
- Mentalisering.....	39
- Anknytning och överföring.....	40
- Lek.....	41
Metoddiskussion.....	41
- Metodval.....	42
- Författarnas förförståelse.....	42
- Urval.....	42
- Procedur.....	43
- Analysarbete.....	43
- Tillförlitlighet och generaliserbarhet.....	44
- Validitet.....	44
Slutsatser.....	45
Framtida forskning.....	46
Referenser.....	47
Bilaga 1 Informationsbrev.....	50
Bilaga 2 Intervjufrågor.....	51

Inledning

Neurologisk forskning visar alltmer hur hjärnans utveckling påverkas negativt av höga stressnivåer under de första levnadsåren och hur våld eller hot om våld från anknytningspersoner är särskilt skadligt. Yngre barn påverkas betydligt mer av traumatiska händelser än om trauman sker senare i barndomen. En stor del av ett barns neurologiska system och hjärna utvecklas efter födseln. Den utveckling som sker av hjärnan under denna period kommer därför att bli en grund för fortsatt utveckling. Om olika stressfyllda faktorer sker i ett barns miljö under en tidig period i dess liv så kommer det att påverka barnets hjärna och få en kvarvarande betydelse för barnets fortsatta utveckling. Eftersom ett barns erfarenheter inverkar på och anpassar det biologiska systemet till att hantera stress så innebär det att små barn som utsätts för traumatiska händelser, särskilt om det sker vid upprepade tillfällen, kommer att få ett bestående förändrat reaktionsmönster på stressfyllda händelser. Små barn är beroende av sina anknytningspersoner för sin överlevnad och därför blir det särskilt komplicerat för det lilla barnet att hantera den extremt stressfyllda situation som ett trauma med en anknytningsperson som förövare innebär eftersom förövaren å ena sidan ska bereda skydd och trygghet men å andra sidan samtidigt är den person som skrämmer barnet (McCrary, et al., 2011).

Under studietiden på psykoterapeutprogrammet har vi författare tagit del av generell traumakunskap och även under föreläsningar och handledning fått en inblick i hur man inom psykodynamisk terapi kan arbeta med trauma hos barn. Vi har ett gemensamt intresse för hur små barn reagerar på traumatiska händelser och hur trauman påverkar barn genom livet. Eftersom vi önskade få en djupare inblick i hur den psykodynamiska barnterapeutens arbete kunde se ut i mötet med små barn som upplevt trauma blev vi inspirerade till att fördjupa oss i detta ämne. Intentionen med studien är att fördjupa kunskaperna i hur man kan identifiera barn som bär på trauman och hur man i den psykodynamiska barnterapi arbetar med barnens upplevelser för att uppnå förändring.

När vi i denna studie talar om att ett barn har upplevt trauma hänsyftar vi till att barnet bär på en väldigt hög grad av stress och andra överväldigande känslor efter att ha upplevt något som varit fysiskt eller känslomässigt skadligt eller hotande. Händelsen i sig och känslorna som följer på händelsen har varit alltför svåra att hantera på egen hand och reaktionerna på den smärtsamma händelsen har satt sig både i kropp och psyke och påverkar barnets funktionsnivå. Vi tänker att trauma kan handla om enstaka händelser eller att en individ tvingats leva under svår stress under lång tid.

I studiens planeringsstadium var vi osäkra på hur traumabegreppet skulle definieras. Under studiens gång har det blivit tydligt att trauma är ett brett begrepp som kan ta sig flertalet uttryck. Denna studie kommer att handla om barn som har symtom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) men även om alla de barn som genom tidig eller långvarig traumatisering visar upp andra symtom som inte är lika lätta att koppla till trauma. När vi talar om barn i denna studie så tänker vi barn i åldern 0–12 år.

Teori

Traumabegreppet

Begreppet trauma härstammar från grekiskan och betyder sår eller skada. Ett psykologiskt trauma borde därmed innebära ett öppet psykiskt sår eller en psykisk skada som om den inte fått möjlighet att genomgå en psykisk läkningsprocess fortfarande är aktivt i den psykiska apparaten (Wennerberg, 2010). De vanligaste traumorna som barn uppvuxna i Sverige bär på är de som sker inom familjens ram. Det handlar vanligtvis om att en eller båda föräldrarna har allvarliga egna svårigheter såsom sjukdomar, funktionsnedsättningar, missbruk, kriminalitet eller våldsbeteende (Almqvist et al., 2019)

Risk- och skyddsfaktorer

De faktorer som påverkar trauma brukar delas in i biologiska och psykosociala risk- och skyddsfaktorer. Biologiska riskfaktorer inbegriper prenatala faktorer (fosterskador orsakade av genetiska avvikelser eller yttre påverkan), perinatala faktorer (förlossningskomplikationer) samt postnatala faktorer (händelser som påverkar hjärnsubstansen och den neurala plasticiteten). Psykosociala riskfaktorer kan härledas till låg socioekonomisk status, arbetslöshet och låg utbildning hos föräldrarna, trångboddhet, kronisk disharmoni, separationer, svår fysisk eller psykisk sjukdom hos föräldrarna, substansmissbruk, antisocialitet, förlust av en förälder, försummelse, sexuellt utnyttjande eller misshandel. Tidiga uppväxttrauman förekommer i miljöer där flera av dessa riskfaktorer förekommer (Volk, 2010). Skyddsfaktorer kan delas in i tre grupper; individens personliga resurser, resurser inom familjen (emotionell värme, familjens sammanhållning, minst en stabil referensperson) samt resurser utanför familjen såsom stöd från skola, fritid etc. och en positiv skolupplevelse (Garmezy, 1985).

Orsaker till traumatisering

För att få en förståelse för varför vissa människor hanterar fruktansvärda händelser utan att bli traumatiserade medan andra inte gör det behöver man ta flertalet faktorer i beaktning,

såväl inre individuella skillnader som yttre faktorer. Det är inte händelsen i sig, hur hemsk eller varaktig den än må ha varit som är avgörande för om ett barn kommer att klara av att hantera den utan att bli traumatiserad. Skillnaden handlar snarare om ifall barnet har fått hjälp med att begripliggöra traumat och fått stöd i att finna ett sätt att leva med händelsen. Denna interaktion mellan yttre händelser och personens inre värld kan betecknas som kärnan i den psykodynamiska behandlingen (Laynado & Horne, 2009). Olika individuella faktorer hos barnet kan vara av avgörande betydelse för dess motståndskraft att hantera trauman. Det kan handla om i vilken utvecklingsfas barnet befinner sig, barnets temperament samt olika styrkor och sårbarheter såsom kognitiv förmåga, fysisk hälsa och social förmåga (Almqvist et al., 2019, Werner 2013).

Utöver individuella faktorer spelar olika miljöfaktorer in på hur barnet kommer att reagera på trauma. Avgörande faktorer är om barnet utsätts för upprepad stress, vilken intensitet stressen består i och i vilket sammanhang stressen utspelar sig. Risken för psykisk traumatisering är högre vid upprepad utsatthet för skrämmande och kränkande erfarenheter än vid enstaka traumatiska händelser. "Man-made-disasters" d.v.s. om det är en annan människa som utsätter barnet för övergrepp eller våld påverkar barn värre än om det rör sig om naturliga trauman såsom olyckor eller naturkatastrofer. Vid "man-made-disasters" riskerar barnet att drabbas som hårdast om förövaren är en person som barnet litar på och framför allt gäller detta om det är den egna föräldern eller omsorgspersonen (Almqvist et al., 2019).

Traumats påverkan

Den huvudsakliga skadan hos ett barn som utsatts för trauma av den egna omsorgspersonen är att det sker en förvrängning av barnets förmåga till tillit. Den övertygelse som ett barn behöver ha om att föräldrarna är konsekvent tillgängliga, förmögna och villiga att effektivt ingripa och avvärja faror mot barnets fysiska och psykiska integritet är inte längre förutsägbar (Lieberman & Van Horn, 2011).

Upprepade trauman i tidig ålder formar och deformerar barnets personlighetsstruktur (Wennerberg, 2010). Tidsfönstret för när barn är som mest sårbara för ohälsosamma upplevelser är mellan 0-3 års ålder men även upp till femårsåldern är barn väldigt sårbara för skrämmande upplevelser. Ohälsosamma miljöfaktorer har en särskilt skadlig inverkan under denna period utifrån den neurologiska plasticiteten och den pågående utvecklingen av hjärnan hos det lilla barnet. Med anledning av de primära anknytningspersonernas stora betydelse för det lilla barnets utveckling innebär trauman som sker i relation till dessa personer att

konsekvenserna blir värre och mer bestående. Det är inte framför allt unika chock-trauman vid enstaka skrämmande upplevelser utan de kroniska, kumulativa och komplexa trauman såsom varaktig omsorgsbrist, våldsamma familjekonflikter, långvarig svår sjukdom inom familjen eller återkommande misshandel och missbruk i familjen som påverkar barn mest patologiskt (Schore, 2003).

I den psykiska strukturen hos ett barn som upplevt trauma tidigt i livet framkommer sällan fast avgränsade symtom. Istället finner man ofta grundläggande brister i utvecklingen inom flertalet områden vilket hindrar barnet att förvärva vidare emotionell, kognitiv och social kompetens. Anknypningsmönstret hos barnet är vanligtvis ambivalent eller desorganiserat. Barnet har ofta en bristfällig mentaliseringsförmåga vilket kan leda till misslyckanden i sociala relationer. Affekter kan uttryckas som diffusa kroppsliga spänningar och leda till kamp-flykt-mekanismer eller dissociativa frysningstillstånd. Det egna självet upplevs som inkongruent och kroppssjälvet är deformerat. Barnets uppmärksamhetsförmåga är störd och mestadels sysselsatt med att hålla koll på faror i omgivningen vilket gör det svårt att ägna sig åt skoluppgifter och fritidsintressen. Med en så hög stresskänslighet upplevs inte lärande som något lustfyllt utan snarare som något ångestfyllt som kan utlösa impulsiv överreaktion eller dissociativ tillbakagång. Störningar i förmågan att bearbeta information påverkar minnet och förhindrar barnets identitetskänsla kopplad till tid och rum. Detta påverkar kontinuerlig inläring och att komma ihåg saker. Alla möjligheter för barnet att följa en åldersadekvat utveckling såväl emotionellt, kognitivt som socialt verkar blockerade. För tidigt traumatiserade barn blir det därmed svårt att initialt i terapin ta till sig en klassisk insiktsorienterad psykodynamisk behandlingsform där fokus ligger på omedvetna konflikter (Volk, 2010).

Ett barn som utsätts för långvarig traumatisering i tidig ålder påverkas annorlunda än om det sker i senare ålder. Det lilla barnet har ännu inte hunnit utveckla vare sig en språklig förmåga, fungerande jagfunktion eller en fungerande symboliseringsförmåga. Vid långvarig traumatisering störs det lilla barnets utveckling av jagfunktionen framför allt i utvecklingen av symboliseringsförmågan. Detta leder till att barnet inte har tillgång till några mentala representationer för att hantera konfliktfyllda upplevelser och därmed kommer att bromsas i sin fortsatta utveckling. Traumat kommer inte att kunna symboliseras i efterhand även om språket har utvecklats eller den omgivande miljön har tryggats eftersom det lilla barnet inte hade tillgång till några mentala representationer för att hantera situationen när den inträffade. Därför förblir traumat somatosensoriskt representerat och kommer att sätta sig i

kroppen. Den bristande symboliseringsförmågan leder till att utvecklingskonflikter inte kommer att kunna representeras fullt ut och därmed kommer barnet inte att få tillgång till upplevelsen av de intrapsykiska konfliktfyllda strävanden som sker i bl.a. frigörelsen och trianguleringen (Volk, 2010).

Även för ett lite äldre barn som utsätts för trauma kommer representationen av den traumatiska händelsen att upplevas som fragmenterade sinnesintryck. Detta är typiskt vid trauman och anledningen till att den traumatiska händelsen inte representeras symboliskt som en episod handlar om att barnets jag-gräns blir helt överväldigad. Det lite äldre barnet med en mer utvecklad symboliseringsförmåga kan dock förhoppningsvis efter hand lyckas med en mer symbolisk omarbetning av den traumatiska händelsen (Volk, 2010).

I vissa fall märks traumats påverkan först flera år senare såsom i tonåren eller först i vuxen ålder vilket kan upplevas förvirrande om personen trots att traumat var glömt sedan länge. Det är inte alltid tydligt vad som utlöser att traumat väcks på nytt men för barn som har utnyttjats sexuellt kan traumat göra sig påmint i mer sårbara livsfaser såsom t.ex. vid den första sexuella relationen, barnafödande eller vid omhändertagande av det egna barnet (Laynado & Horne, 2009).

Vid traumatiska händelser kan barnet ha svårt för att ta in en händelse som att den verkligen händer på riktigt. Den känns inte verklig och det kan vara svårt att integrera den i den egna livsberättelsen. Initialt är barnet ofta förstenat av skräck utan att kunna röra sig eller tänka (Almqvist et al., 2019). Ett barn som upplever trauman kan ha stora svårigheter att integrera de traumatiska minnena i sin livsberättelse och detta i sin tur kommer att påverka förmågan att ta in nya erfarenheter. Det blir som om barnet får sin livsutveckling stoppad efter trauman. I motsats till association så innebär dissociation att olika former av psykiskt material - tankar, minnen, känslor - som borde vara integrerade i medvetandet istället hålls avskilda från varandra. När en person inte förmår integrera upplevda psykologiska trauman så splittrar hon istället personligheten och den sammanhållna känslan av själv går därmed förlorad (van der Hart et al., 2004; Almqvist et al., 2019). Barnet lyckas inte göra upplevelsen eller känslan till sin egen och upplever inte att det händer henne. Det blir svårt att vara fullt närvarande i nuet och kunna förbinda nu-upplevelsen med den personliga livshistorien (Wennerberg, 2010).

Ferenczi beskrev redan 1933 hur barn som utsattes för sexuella övergrepp intrapsykiskt försökte hantera och överleva situationen. Författaren menade att en förälder som utsätter sitt barn för sexuella övergrepp förmedlar sin vuxna passion på det barn som älskar sin förälder

vilket skapar såväl en språklig som en känslomässig förvirring och splittring hos barnet. Barnet kan uppleva sig som både oskyldigt och skyldigt samtidigt och känna en bristande tillit till att våga lita på sina egna sinnen. För att hantera detta kan barnet komma att dela upp den traumatiska skuld känslan och tvivla på sin egen uppfattning. Detta kan leda till såväl depersonalisation som derealisation hos barnet. Barnet tvingas underordna sig angriparens vilja och gissa och lyda hans önsningar vilket leder till att barnet kan komma att glömma bort sig själv för att fullt ut kunna identifiera sig med förövaren. Härmed skapas en slags introjektion av angriparen vilket får till följd att angriparen försvinner från verkligheten och istället blir intrapsykisk. Därmed upphör angreppet i verkligheten och barnet lyckas bibehålla den tidiga kärleksrelationen till förövaren (Ferenczi, 1933).

Sekundär traumatisering och andragenerationens traumatisering

Sekundär traumatisering föreligger när det inte är barnet själv utan dess anhöriga som har upplevt trauma men där barnet på olika sätt tvingas delta i traumat genom sina anhöriga (Almqvist et al., 2019). Ett barn som tvingats uppleva traumatiska händelser som utspelat sig i familjekretsen kan bli värre traumatiserad än om traumat skulle varit riktat mot barnet personligen. Detta innebär att om barnet bevittnar eller tvingas vara åhörare till när en förälder misshandlar den andre föräldern så kan barnet uppleva större skada än om den våldsamma föräldern utsatt barnet direkt (Lehmann, 1997; Osofsky 2003).

Andragenerationens traumatisering kan ligga bakom ett antal svårtolkade emotionella störningar hos barn. Ett barn som lever med en förälder som själv bär på obearbetade trauman befinner sig i en tillvaro där det både är ovetandes om vilka minnen som föräldern bär på och vad som kan väcka dessa skrämmande minnen. Samtidigt lever barnet i skuggan av traumat och kan vara väl medvetet om sin förälders skörhet genom att det i vardagen med föräldern upplever glimtar av traumatiska eller obegripliga beteendefragment. Barnet känner av "förbjudna områden" i föräldrarnas känsloliv (Bergman & Jucovy, 1982; Laynado & Horne, 2009). Selma Fraiberg (1975) myntade begreppet "*ghosts in the nursery*" vilket beskriver det fenomen där föräldrarnas egna tidigare traumatiska upplevelser gör sig påminda i samspelet med det egna barnet och hur detta påverkar samspelet negativt. Författaren menar att en förälder som själv traumatiserats som barn löper en större risk för att utsätta sitt eget barn för våld eller vanvård (Fraiberg, et al., 1975).

PTSD och utvecklingstrauma

De flesta barn som utsätts för trauma utvecklar inte PTSD utan kommer att gå vidare och successivt fylla sina liv med annat som intresserar dem. PTSD är den diagnos som oftast ställs

när symtom uppstår efter det att ett barn har bevittnat eller upplevt traumatiska upplevelser som barnet inte klarat av att hantera (Almqvist et al., 2019). PTSD-diagnosen beskriver de funktionsförändringar som följer efter att en person exponerats för traumatiska upplevelser men kriterierna i diagnosen omfattar inte allvarliga djupgående påverkan på såväl utveckling av hjärna och sinne som sker vid upprepade traumatiska upplevelser särskilt om övergreppen begåtts av barnets omsorgsperson (Lieberman & Van Horn, 2011).

Forskare och kliniker ser ett mönster hos barn som vid upprepade tillfällen utsatts för skrämmande eller kränkande händelser där förövaren är den person som ska fungera som skydd och tröst. Dessa barn reagerar inte alltid på samma sätt som ett barn som drabbats av en skrämmande naturkatastrof eller olycka. Allvarliga och upprepade trauman som börjar tidigt i ett barns liv kan detta leda till att barnets utvecklingskurs förändras inom flertalet funktionsområden på ett sätt som går utöver de begränsade symtom som associeras med PTSD (Lieberman & Van Horn 2011; Almqvist et al., 2019). Detta komplicerar såväl diagnostisering som behandling eftersom det empiriska stödet för traumabehandling till övervägande del är behandling av PTSD. (Almqvist, et al., 2019; van der Kolk, 2014).

På senare tid har förståelsen för hur barns utveckling påverkas av kroniskt dålig behandling i barn-föräldrarelationen ökat. En tydligare konceptualisering av vilka funktionsområden i barnets utveckling som påverkas har gjorts. Dessa innefattar känsloreglering, identitet, självkänsla, pågående medvetande, minne, relation till förövaren, relation till andra, fysiskt och psykiskt mående samt känslan av mening. Denna förståelse har lett fram till att en ny diagnos, *developmental trauma disorder (DTD)*, utvecklingstrauma, har utvecklats (van der Kolk, 2005). Inför revisionen av diagnosmanualen DSM 5 utvärderades förslaget om DTD skulle införas i manualen. Avgränsningen gentemot andra diagnoser bedömdes som komplicerad och beslut fattades om att avvakta en ny diagnos (Schmid et al., 2013).

Lek

Leken är en universell företeelse nära sammanhängande med hälsa eftersom den befrämjar utveckling och grupprelationer. Den psykodynamiska traditionen ägnar sig åt lekens betydelse för den emotionella utvecklingen och kommunikationen med själv och andra. Psykodynamisk terapi är en form av lek i ett mellanområde mellan två lekområden, patientens och terapeutens, vilka delvis sammanfaller. Om patienten inte klarar av att leka behöver terapeutens arbete inrikta sig på att hjälpa patienten att hitta leken (Winnicott, 1971).

Enligt Herman (2007) lägger Winnicott stor vikt vid samspelet såväl i de verkliga

relationerna som i barnets inre representationer när han talar om lekens betydelse. Ett barns lekförmåga och kreativitet spelar stor roll för hur barnet klarar av att hantera olika livshändelser. För att ett barn ska kunna leka krävs en grundläggande trygghet och en trygg anknytning. Barns vardagslekar är generellt något fritt, lätt och glatt till skillnad från lekar som följer på trauman. Traumatiserade barn kan uppvisa förseningar och beteendestörningar i sin lekutveckling. I leken kan barnet visa reaktioner på händelser som varit traumatiserade eller på sammanhang som varit övermäktiga och som dess omogna psyke inte klarat av att hantera. Återskapande av trauman är som mest påtagliga i barns repetitiva lekar som ofta kännetecknas av att vara mer hårda och monotona och svårare att avsluta. Barnet kan ha svårigheter att klara av att leka och låtsas eller så vågar barnet inte lämna verkligheten och gå in i fantasivärlden. (Herman, 2007).

I psykodynamisk barnterapi beskrivs leken fylla flera olika funktioner. Leken är utvecklingsmässigt anpassad efter barn och den är innehållsrik vilket gör den naturlig att använda sig av. Terapeuten kan använda sig av barnets lek som ett sätt att förstå barnet men även som en teknik för att bygga en relation till och att engagera sig i barnet. I leken kan barnets tankar och känslor utforskas utan att barnet hotas av att bli känslomässigt överväldigat vilket innebär att leken tillåter ångest att förflyttas till ett säkrare område, ett låtsasrike. Barnet kan behålla sin känsla av personlig säkerhet. Leken är det säkra mellanområde som Winnicott (1971) benämnde "övergångsområdet". Det är ett område mellan reflekterande funktion och självreflekterande funktion (Blake, 2018; Alvarez, 2007).

Mellanrum och övergångsobjekt

Övergångsobjekt och övergångsfenomen kan ses som en brygga barnet skapar mellan sin inre värld och den objektiva yttre verkligheten för att bevara sin psykiska stabilitet i den obalans som barnet upplever. Ett övergångsobjekt blir en symbol som hjälper barnet att känna sig trygg och lugn medan ett övergångsfenomen innebär ett mellanliggande område mellan fantasi och verklighet, ett mellanrum. I övergångsobjektet och i mellanrummet kan barnet ta sina första steg mot att låtsas, leka och utforma verkligheten efter sina inre föreställningar. Här återfinns fantasi och verklighet och här kan barnet skapa fritt genom sin kreativitet och symbolutveckling. Barnets övergångsobjekt kan ses som den första användningen av en objektrepresentation vilket föregår symboliseringen. När barnet senare använder sig av symbolisering har det fått tillgång till att kunna differentiera fantasi från verklighet och inre från yttre objekt. Ett barn som lever med föräldrar som är "good-enough" får hjälp med att kunna bära med sig inre objekt som är levande, verkliga och tillräckligt goda och kan också

använda sig av övergångsobjekt och mellanrum. Ett barn som däremot lever under otillräckliga förhållanden har inte samma möjlighet att bära med sig ett tillräckligt gott inre objekt utan barnet kommer att bära med sig ett inre objekt som blir dött eller förföljande. Om det yttre objektet länge förblir bristfälligt så upphör det inre objektet att ha någon mening för barnet och då förlorar också övergångsobjektet sin mening (Winnicott, 1971).

Anknytning

Anknytningens huvuduppgift är att bygga upp den för människan nödvändiga beredskapen och förmågan att söka trygghet och skydd hos en tillgänglig omsorgsperson. Anknytningsstörningar kan därmed definieras som att något gått snett i denna så viktiga uppgift. De allvarligaste anknytningsstörningarna uppstår om barnet inte ges möjlighet att knyta an p.g.a. avsaknad av en stadigvarande omsorgsperson eller om barnet förlorar sin anknytningsperson men störningar kan även uppstå om barnet blir ångestfyllt eller rädd i sin anknytningsrelation utifrån att föräldern är inkonsekvent, oförutsägbar, bestraffande eller emotionellt tillbakadragen (Lieberman & Van Horn, 2011). Barn från socialt eller psykiskt belastade riskmiljöer uppvisar sällan ett konsekvent anknytningsmönster utan deras beteende präglas mer av en otrygg eller desorganiserad anknytning. Dessa barn har inte kunnat lita på att anknytningspersonen finns tillgänglig för skydd och närhet när de utsätts för hot eller fara (Havnesköld & Risholm-Mothander, 2009).

Wennerberg (2010) beskriver den desorganiserade anknytningen som ett traumatiserat anknytningsmönster och menar att ett barn med denna form av anknytning antingen har blivit direkt traumatiserat till följd av misshandel eller försummelse eller indirekt genom att omsorgspersonens egna obearbetade trauman har överförts till barnet genom en störd affektiv kommunikation. Ett barn som upplever starka rädslor i sin primära anknytningsrelation klarar inte av att skapa enhetliga inre scheman av självet och anknytningspersonen och därmed inte heller att upprätthålla ett organiserat anknytningsmönster. Anknytningstrauma kan handla om att barnet utsätts för misshandel eller sexuella övergrepp men det kan även orsakas av andra hot mot självet såsom omsorgssvikt eller återkommande och långvarigt känslomässigt övergivande. Före sex års ålder är anknytningspersonens bristande responsivitet en större risk för utvecklingen av traumasymptom än objektivt farliga händelser (Wennerberg, 2010).

Mentalisering

Mentalisering är den process som pågår när vi kontinuerligt, medvetet eller omedvetet, tolkar varandras handlingar och försöker förstå bakomliggande intentioner. Vår förmåga att mentalisera beskriver därmed vår kapacitet att kunna leva oss in i andra människors tanke- och

känslvärld. Utvecklandet av denna förmåga är en interpersonell process som sker i anknytningsrelationen mellan barnet och anknytningspersonen. (Havnesköld & Risholm-Mothander, 2009). Den mest avgörande faktorn för en förälders påverkan på sitt barn är förälderns egen mentaliseringsförmåga. Denna mäts i begreppet ”Reflective Functioning” (RF) och fungerar som en förmedlande länk mellan förälderns och barnets anknytningsmönster. Om föräldern har brister i sin egen mentaliseringsförmåga så får det en avgörande betydelse för barnets utveckling eftersom barnet är så beroende av sin förälders förmåga att kunna mentalisera (Schmeets et al., 2008).

I föräldra-barnrelationen behöver föräldern kunna reflektera över sina egna inre mentala tillstånd samtidigt som hen behöver kunna mentalisera barnets inre och intuitivt kunna möta barnet med lyhördhet, intoning, spegling och ett stödjande i barnets affektreglering. Att föräldern både kan förstå sitt eget och sitt barns inre fungerande bidrar till att skapa en erfarenhet av både fysisk och psykisk trygghet hos barnet. När föräldern agerar förutsägbart och förväntat får barnet hjälp med att organisera sina känslor, sitt själv och en trygg anknytning kan etableras. I relationen med en förälder som bär på egna obearbetade erfarenheter av anknytningstrauman och som har ett desorganiserat sätt att närma sig sitt barn riskeras sådana trygga erfarenheter och mönster att inte skapas. Föräldrar som bär på egna obearbetade trauman har svårare för att se sitt barn som en egen person med egna upplevelser och känslor. Den stress som framkallas i olika situationer och som triggar förälderns egna obearbetade trauman påverkar förälderns förmåga att mentalisera runt sitt barns situation. Vid upprepade mönster av sådana skrämmande eller skrämmande beteenden hos en förälder riskerar barnet att i sina inre arbetsmodeller för anknytning integrera obearbetad rädsla, oro och misstänksamhet vilket ökar risken för att barnet utvecklar ett desorganiserat anknytningsmönster (Rosell, 2012).

En förälder som bär på en egen traumaproblematik kan ha svårt att differentiera egna känslor från barnets vilket riskerar att barnets känslor och inre tillstånd inte blir speglade på ett markerat sätt. PTSD och andra traumarelaterade störningar kan beskrivas som mentaliseringssjukdomar eftersom stark stress och anknytningstrauman påverkar förmågan att mentalisera och därmed stör mentaliseringsutvecklingen. Barn som har exponerats för trauma utvecklar ofta svårigheter med ”reflective functioning”, affekter och känsloreglering vilket återspeglar ett avbrott i barnets mentaliseringsutveckling (Rydén & Wallroth., 2008).

Psykodynamisk barnterapi vid trauma

Målet i psykodynamisk barnterapi är främst att hjälpa barnet att bearbeta och komma vidare i utvecklingen genom att undanröja psykologiska hinder för en normal utveckling.

Terapeuten arbetar utifrån förutsättningen att barnet uttrycker sig själv och sin problematik i leken och relaterandet till terapeuten utifrån den utvecklingsnivå som barnet befinner sig. Det är terapeutens uppgift att vara den vuxne som hjälper till att reglera barnets ångest på ett tillräckligt bra sätt så att barnet ska kunna leka kreativt och fritt (Viberg & Viberg, 2019).

Psykodynamisk terapi bär på en tradition av att terapeuten inväntar att patientens inre konflikter ska komma fram genom att låta patienten använda sig av fria associationer. De fria associationerna kan sedan bli en måltavla för interventioner. Att arbeta utifrån detta tillvägagångssätt innebär därför oftast att terapeuten inväntar att adressera en ogynnsam händelse i barnets liv tills barnet självmant tar upp den genom samtal, lek eller annan form av symbolisering eller gestaltning. Tanken är att barnet i sin egen hastighet kommer att avslöja vad det påverkas av när barnet känner tillit i den terapeutiska processen och när det upplever att de har förmåga att tolerera och hantera de känslor som uppkommer vid berättandet. Att invänta att barnet avslöjar en händelse minskar därmed risken för att barnet vill undvika eller att det känner motstånd till behandling. Att respektera barnets inre rytm är något som man inte bör äventyra i tider där det sätts press på snabb och effektiv vård. Men Lieberman & Van Horn, (2011) menar dock att detta synsätt kan behöva modifieras när ett barn bär med sig en väldigt stressande eller traumatisk upplevelse. Undvikande av det som påminner om traumat är ett av de primära försvaren som ett barn tar till efter ett upplevt trauma och detta undvikande kan förvärras om terapeuten speglar patienten och föräldern genom att inte nämna traumat. När varken patient, förälder eller terapeut tar initiativ till att tala om traumat så kan tystnaden misstolkas som att det är otillåtet att tala om det eller händelsen är alltför hemsk för att sätta ord på (Lieberman & Van Horn, 2011).

Vid bedömning av barn som utsatts för trauma är det av vikt att få en förståelse för hur föräldra-barn relationen fungerade före traumat eftersom anknytningsmönstret tillhandahåller den mall ur vilken barnet utvecklar sina grundläggande förmågor av självreglering, tillit och utforskande (Lieberman & Van Horn, 2011). I bedömningen av små barn som ännu till stor del saknar den verbala förmågan att uttrycka sig blir observationen än viktigare. Barn visar sina styrkor och sin sårbarhet i samspelet med andra människor och samspelet med föräldrarna blir därför en viktig bedömningsfaktor. I bedömningen inför en barnterapi kan terapeuten även utforska barnets olika lekar och lekbeteende och därmed få viktig information om barnets utveckling och emotionella funktion. I föräldrasamtalet är det ofta värdefullt att få upplysningar om barnets speciella tidiga vanor, ägodelar, lekar och fantasier. Föräldrarnas möjligheter att stödja en terapeutisk behandling tas också med i bedömningen (Viberg & Viberg, 2019).

Tidigare forskning

I sökandet efter tidigare forskning hittade författarna en del artiklar och böcker om arbetet med små barn som upplevt trauma. Cornelia Volk kom 2010 ut med avhandlingen "Entwurf eines entwicklungsorientierten psychodynamischen Therapieansatzes für früh traumatisierte Kinder". Författaren kommer i sin slutsats fram till att det förekommer en del brister i psykoanalyser med barn som lider av sekundära störningar orsakade av tidiga trauman. Volk önskar med sin studie bidra till en tvärvetenskaplig psykoanalytisk konceptforskning genom att omdefiniera begreppet "tidig traumatisering" mot bakgrund av resultat från spädbarnsforskning, anknytningsteori och neurobiologi. Författaren vidareutvecklar en traumarelaterad modifierad psykodynamisk behandlingsmetod genom att länka utvecklingsrelaterade interventioner med traumacentrerade interventioner på grundval av det tvärvetenskapliga begreppet "tidig traumatisering". Författaren menar att traumaterapi är uppbyggt på utvecklingsorienterade behandlingsmål (anknytningstrygghet, respons på "icke-verbal iscensättning, spegling och affektreglering samt mentaliseringsförmåga) som en grund för terapin men att terapeuten parallellt behöver förhålla sig till det som står i förgrunden för traumacentrerad terapi d.v.s. att i den posttraumatiska leken behöver terapeuten identifiera traumaassocierade fenomen (hyperarousal, intrång, dissociation) och hjälpa till att begränsa dessa genom att använda sig av distansierande och stabiliserande tekniker såsom traumaterapeutiska fantasiövningar och dissociationsstopp. Författaren menar även att det krävs ett intensivt samarbete med olika externa samverkanspartners för att kunna säkerställa behandlingsframgång (Volk, 2010).

I en forskningsrapport av författarna Oehlmann Forbes, Lee och Lakeman (2020) beskrivs mentaliseringens betydelse i barnterapi vid arbete med barn som upplevt relationella trauman eftersom dessa barn ofta utvecklar svårigheter med reflective functioning, affekter och känsloreglering. Författarnas slutsats är att mentaliseringsbaserad behandling får en betydande roll för att minska barnets symtom vid såväl internaliserade som externaliserade störningar och att mentaliseringssvårigheterna kan förbättras över tid. Behandlingen kan även förbättra reflective functioning, känsloregleringsförmågan och anknytningskvaliteten. (Oehlmann Forbes et al., 2020)

I ytterligare en artikel av D'Andrea etc. (2012) beskrivs vilket utbrett fenomen barns exponering för utsatthet är samt att denna utsatthet har visat sig leda till betydande såväl omedelbar som långvarig psykologisk stress och funktionsnedsättning. I artikeln lyfts att de

barn som utsätts i nära relationer oftast kommer att diagnostiseras med olika psykiatriska diagnoser förutom posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) senare i livet. Författarna summerar därför forskning som föreslår riktlinjer för att bredda nuvarande diagnostiska begrepp för utsatta barn. I dessa riktlinjer bör man enligt författarna fokusera på hur utsatthet påverkar barn samt hur förekomsten av psykiatriska symtom relaterade till påverkan ser ut. Därtill behöver man bl.a. undersöka barns beteenden och dysregleringar, störningar av medvetenhet och kognition och svårigheter i sociala relationer. Författarna menar att det är vanligt att barn som varit utsatta visar upp ett brett spektrum av symtom vilket innebär att flera komorbida diagnoser är nödvändiga att ta hänsyn till. (D'Andrea et al., 2012)

Ett annat forskningsområde där man intresserat sig för generationsperspektivet och vilka faktorer som är betydelsefulla i avseendet hur föräldrars trauma förs över på barnet och vilka effekter föräldrars trauma får på barnet är ITT (Intergenerational transmission of trauma). Kaitz et al. (2009) beskriver i sin artikel "The intergenerational effects of trauma from terror: a real possibility" hur man har undersökt föräldrar och barn där endast föräldern blivit utsatt för katastrofhändelser som till exempel vid 9/11 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 föräldrabeteenden, störningar i samspeletsrelationen mellan barn och föräldrar, traumarelaterade förvrängda tankar hos föräldern och påverkan på neural nivå.

Anknytningsteori, kunskaper om mentalisering och trauma är centrala för förståelsen av dessa faktorer. Författarna menar 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 (Kaitz, et al., 2009).

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att närma oss den kliniska verklighet såsom psykodynamiska terapeuter som arbetar med barn med traumatiska erfarenheter upplever den och besvara frågan hur terapeuterna upplever att terapin kan göra skillnad för barn som har genomgått traumatiska händelser.

Utifrån syftet utgår studien från följande frågeställningar:

- Vilka är de vanligaste bakomliggande orsakerna till att barnen som genomgått trauma behöver psykoterapi?
- Hur kan traumatiska upplevelser komma till uttryck hos ett barn i och utanför

terapiummet?

- Vilka faktorer/vilka metoder i den psykodynamiska barnterapien upplever terapeuterna är bidragande orsaker till en läkande process?
- Vilka tecken på att psykisk läkning har skett kan terapeuten och omgivningen observera hos barnet?
- Hur behöver föräldrarbetet utformas för att terapi ska göra skillnad för barnet?

Metod

Design

Studiens design är en kvalitativ intervjustudie med tolkning enligt IPA. Utgångspunkten är deltagarnas individuella upplevelser och uppfattningar av det specifika fenomen som skall beskriva och belysas i denna studie d.v.s. barnpsykoterapeuters upplevelser och erfarenhet av psykoterapi med barn som bär på traumatiska upplevelser.

Vetenskapsteoretiska utgångspunkter

Studien är uppbyggd på en kvalitativ grund som utgår från en tolkande fenomenologisk analys. Metodvalet grundar sig i frågeställningarnas karaktär. Vid studier av ämnen som utmärker sig som subjektiva, komplexa, kontextberoende och föränderliga anses det lämpligt att använda kvalitativ metod (Langemar, 2008). Författarnas intention med denna studie har varit att kunna närma sig den kliniska verkligheten såsom yrkesverksamma barnterapeuter själva uppfattar den.

Författarens förförståelse

I fenomenologisk mening är all tolkning färgad av förförståelse. Ett öppet och upptäckande förhållningssätt är nödvändigt om författaren vill förstå vad en företeelse har för betydelse för deltagarna i en studie. Detta är inte möjligt om författaren enbart försöker bekräfta sina hypoteser. Idén till studien föddes under psykoterapeutprogrammet i samband med att författarna fördjupade sig i metodarbetet att arbeta med små barn. Samtidigt arbetade författarna med små barn i utbildningssyfte där de ställdes inför vissa föreställningar i terapi vilket väckte intresset om att få en djupare inblick i det kliniska arbetet och dess process för egen del.

Inom IPA används författarnas förförståelse både som ett verktyg för att sätta sig in i deltagarnas upplevelse och som ett sätt att försöka förstå den utifrån deltagarens perspektiv genom att medvetandegöra författarna utgångspunkt och inverkan. Samtidigt innebär

författarnas förförståelse och subjektivitet en begränsning i att förstå hur berättelserna har påverkats (Alase, 2017).

Urval och beskrivning av deltagare

Urvalsgruppen bestod av barnpsykoterapeuter som i sitt dagliga arbete mötte barn i åldersgruppen 0–12 år. De kriterier som deltagarna i studien behövde uppfylla för att kunna bli aktuella som intervjuperson var att de skulle vara legitimerade psykoterapeuter med psykodynamisk inriktning och ha några års erfarenhet av att arbeta med barn och barnterapi. Syftet med studien var att undersöka psykoterapeuters erfarenhet av psykoterapi med barn med traumatiska upplevelser. Därför gjordes ingen avgränsning när det gäller könsfördelning i urvalet. Deltagarna var fem kvinnor och två män.

För att uppnå syftet genomfördes en intervjustudie. Urvalet till uppsatsen skedde främst genom ett bekvämlighetsurval men även genom ett snöbollsurval. Ett bekvämlighetsurval bygger på vad som är passande för forskaren och vilka objekt som ligger närmast till hand att välja. Fördelen med detta kan ses för småskaliga forskningsprojekt där man har en begränsad budget för både tid och kostnad. Då väljer man helt enkelt det som är enkelt, snabbt och billigt. Vid ett snöbollsurval utgår man från en metod där personer i urvalet rekommenderar nya personer som skulle vara lämpliga att också ingå. Fördelen är att det går snabbt att hitta nya personer till urvalet eftersom varje person rekommenderas två eller flera nya. Det kan dessutom bli lättare att övertyga de nya personerna att ingå i studien när de blivit rekommenderade av en bekant (Denscombe, 2014).

Deltagarna består dels av terapeuter som författarna haft kännedom om eller en relation till dels har de tillkommit genom tips av yrkesverksamma. En av deltagarna söktes upp genom en hemsida på internet. Psykoterapeuter med lång erfarenhet tillfrågades för att få det urval av deltagare som är avgränsningen i denna studie. Deltagarnas grundutbildningar var antingen psykologutbildningen eller socionomutbildningen och de var alla legitimerade psykodynamiska psykoterapeuter med barninriktning sedan minst tre års tid. Deltagarna hade därefter olika fortbildningar i form av kurser och högskoleutbildningar. De var verksamma inom olika såväl offentlig som privat vård och hade under åren arbetat inom olika verksamheter.

Deltagarna kontaktades och tillfrågades personligen eller via mailkontakt. Samtliga fick en kortfattad information av studien i förväg för att kunna ta ställning till om de var intresserade av att bli intervjuade. De sju deltagare som tackade ja till medverkan fick ett skriftligt informationsbrev via mail om studiens syfte, tillvägagångssätt samt de etiska

riktlinjerna. Bokning av tid och plats gjordes i samråd med varje deltagare.

Datainsamling

Data till intervjun samlades in genom individuella semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna syftade till att erhålla detaljerade och nyanserade beskrivningar från barnpsykoterapeuterna för att undersöka hur deltagarna såg på vilken skillnad de tänkte att psykodynamisk barnterapi kunde göra för barn som upplevt trauma.

Intervjufrågorna utgick från en semistrukturerad intervjuguide som forskare till denna studie konstruerat. Utöver frågorna i intervjuguiden ställdes följdfrågor för att utforska det deltagarna berättade. Eftersom tidpunkten för intervjuerna sammanföll med att Sverige och resten av världen befann sig i en pandemi beslutades att intervjuerna inte kunde genomföras via personligt möte. Istället genomfördes samtliga intervjuer utom en via digital videolänk. En intervju genomfördes via telefon. Intervjuernas längd var mellan drygt en timme och fyrtiofem minuter. Intervjuerna spelades in på våra mobiltelefoner och transkriberades därefter ordagrant.

För att säkerställa deltagarnas möjlighet att fatta ett genomtänkt beslut efter att de fått tillräcklig information om studien så fick deltagarna läsa igenom ett informationsbrev (se bilaga nr.1) om studien innan intervjuerna planerades in. Informationsbrevet innehöll studiens syfte och tillvägagångsätt.

Deltagarnas anonymitet säkerställdes genom att de inspelade ljudfilerna från intervjuerna och den aidentifierade transkriberade texten förvarades på våra mobiltelefoner som var lösenordsskyddade. Detta material kommer att raderas efter studiens färdigställande. Vidare vidtogs åtgärder för att säkra anonymiteten i presentationen av resultaten, genom att ingen identifierande information presenteras i resultatredovisningen.

Därefter genomfördes semistrukturerade intervjuer med hjälp av en intervjuguide. De huvudteman som låg till grund för intervjuerna var att undersöka de vanligaste bakomliggande traumatiska orsakerna till att barn var i behov av terapi, hur de traumatiska upplevelserna kom till uttryck hos barnen, vad som var av vikt vid bedömning och kartläggning av barn som upplevt trauma, hur terapiprocessen kunde gå till samt vad terapeuterna tänkte var särskilt verksamt för barnets tillfrisknande.

Dataanalys

Studien utgår från tolkande fenomenologisk analys, IPA; (Interpretative Phenomenological Analysis) - Interpretativ Fenomenologisk Analys. IPA är nära sammankopplad med fenomenologiska och hermeneutiska teoretiska perspektiv. Utgångspunkten inom fenomenologin är att vår erfarenhet är subjektiv när vi upplever ett

fenomen och att det därmed inte handlar om en objektiv verklighet (Eatough & Smith, 2008). Inom IPA är syftet att försöka få tillgång till deltagarnas livsvärldar för att kunna undersöka hur de personligen upplever och skänker mening åt en händelse eller ett objekt (Smith & Osborn, 2003). Fokus kommer därför i studien att ligga på terapeuternas eget perspektiv av sin unika upplevelse och erfarenhet, utifrån deras tankar, reflektioner och känslor kring olika fenomen (Smith et al., 2009). Vårt val av IPA grundar sig i en önskan om att utforska hur terapeuter förstår trauma och behandling i det psykodynamiska arbetet med barn. Centralt i denna studie blir därför att försöka fånga deltagarnas subjektiva upplevelser istället för att försöka fastslå objektiva data där i förväg fastslagna teorier ska testas (Willig, 2013).

Inom fenomenologin och IPA tänker man att deltagarna i en studie tolkar den värld som de befinner sig i men att författarna också har sina egna föreställningar och utgångspunkter vilka påverkar deras upplevelse av deltagarnas berättelser (Smith et al., 2009). Ett fenomenets natur kan därmed inte förstås eller beskrivas direkt utan att samtidigt utsättas för en subjektiv tolkning som också den i sin tur måste tolkas (Smith et al., 2009). Utgångspunkten i denna studie är därmed att deltagarna tolkar den värld som de befinner sig i men att vi författare har våra egna föreställningar och utgångspunkter vilka kommer att påverka våra upplevelser av deltagarnas berättelser. Tolkningen sker alltså i två steg, så kallad dubbel hermeneutik. I IPA ses inte författarnas egen förförståelse och livsvärld som någonting negativt som bör elimineras utan snarare som en förutsättning för att kunna förstå andras upplevelser (Willig, 2013).

Vid en kvalitativ forskningsmetod ges författaren möjligheten att utveckla och tillämpa sina interpersonella och subjektiva färdigheter i själva processen. När man utför en IPA-studie har man möjlighet att vidareutveckla dessa fördelar eftersom författaren tillåts bygga en relation med sina deltagare. Tillvägagångssättet är deltagarorienterat eftersom IPA tillåter deltagarna att uttrycka sig och berätta om sina upplevelser på det sätt som de anser lämpligt utan att de behöver ta hänsyn till uttalandena är passande (Alase, 2017). Målet är att skapa fylliga och detaljerade beskrivningar av denna särskilda upplevelse vilket görs genom noggrann och systematisk analys. När man genomför IPA-studier med fler än en deltagare har man både möjligheten att undersöka deltagares individspecifika upplevelser i detalj och att även dra försiktiga paralleller mellan olika deltagare och försöka urskilja mönster och teman (Smith & Osborn, 2003).

Etiska överväganden

Under studien har författarna gjort etiska överväganden avseende samtycke och konfidentialitet samt haft en kontinuerlig etisk reflektion som kan sammanfattas utifrån följande principer som lyfts fram som essentiella i bedrivande av kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015). Inför intervjuerna fick deltagarna ett skriftligt informationsbrev om studiens syfte, vad deltagandet innebar, hantering av material och att det var frivilligt och när som helst kunde avbrytas (Bilaga nr: 1).

Konfidentialitet syftar till att säkra anonymitet hos deltagarna. Det har hanterats genom att inte redovisa privata data som kan identifiera barnpsykoterapeuterna eller deras patienter i studien. Författarna har haft tillgång till inspelat material och transkriptioner. Det är också viktigt att det deltagarna säger inte förvrängs eller återges felaktigt (Kvale & Brinkmann, 2015). I den tolkande processen är detta en balansgång. Författarna har försökt ankra tolkningarna i intervjupersonernas berättelser och använda citat för att göra denna process transparent. Författarna har inhämtat ett informerat samtycke och försökt vara lyhörda för var deltagarnas gränser går i det de vill berätta.

Resultat

Nedan presenteras de åtta teman som utgör studiens resultat. Deltagarnas citat är skrivna med kursiv stil. Vid längre citat har författarna valt att flytta ner citaten till egen rad för att förtydliga att det är deltagarnas ord och upplevelser av ämnet. Somliga kortare citat flyter dock med i den löpande texten men är fortsatt skrivna med kursiv. Detta har gjorts med hänsyn till att försöka bibehålla en mer levande text och göra läsupplevelsen smidigare.

Trauma och tecken på traumatisering

Deltagarna i studien möter barn som bär på olika former av trauman. Några deltagare menar att om man definierar begreppet trauma brett så går många av deras barn i åldersgruppen 0-12 år som de träffar i terapier in under begreppet trauma eller kris. Det kan handla om brott i anknytningen hos adopterade eller familjehemsplacerade barn eller barn som genom flykt, dödsfall eller annan form av separation helt eller under en period har förlorat en anknytningsperson. Adopterade och familjehemsplacerade barn har ofta varit utsatta för omsorgssvikt. Somliga barn har varit utsatta för eller bevittnat våld eller sexuella övergrepp. Barnen kan ha levt med missbrukande eller psykiskt sjuka föräldrar som inte klarat av att se till barnens behov.

En deltagare som arbetar med familjehemsplacerade barn menar att oavsett vilka

erfarenheter dessa barn bär med sig så blir det ett trauma att tvingas flytta från sin familj.

Att bli placerad och behöva flytta från sin ursprungsfamilj är ett trauma. En del av de här barnen plockas ju. Man kommer till skolan eller förskolan och så säger man att nu ska du följa med tant här... eller nu ska vi åka någon annanstans.

Deltagaren understryker att dessa snabba uppbrott ofta innebär att barnet inte får ta avsked av sina föräldrar före flytten.

I intervjumaterialet framkommer beskrivningar på vilka tecken som barn med traumatiska erfarenheter kan uppvisa. Vissa barn är svåra att upptäcka då de under längre perioder inte visar några synliga tecken på att de inte mår bra. Kanske kan de i kortare stunder när ett känsligt ämne kommer på tal undvika ämnet men detta blir inte alltid synligt för en ovetande utomstående person. En deltagare påtalar individuella skillnader utifrån barnets ålder och utvecklingsnivå:

Det handlar mycket om åldern. De mindre barnen visar ju framför allt en ängslighet.

Det kan vara försenade utvecklings platåer; sen i språk, sen med motoriska färdigheter, sen kognitivt för övrigt men framför allt otrygg, osjälvständig, svårigheter med reglering av sömn, mat, börjar kissa på sig; de här lite otröstliga barnen.

Flera andra deltagare beskriver också svårigheter med bl.a. reglering av affekter och impulser. De lyfter även att trauman brukar göra sig synliga i andra svårigheter såsom anknytnings-, relations- och koncentrationssvårigheter samt i förändringar av upplevelsen av självet och andra. En del barn blir mer utagerande.

Deltagarna beskriver också hur trauma kan visa sig i relationen mellan barnet och dess vårdgivare. Barnet kan ha svårt att vara avslappnad med och dela positiva känslor med sin vårdgivare. Det kan även visa sig genom att vårdgivaren har väldigt svårt att släppa barnet eller att barnet har väldigt svårt att släppa vårdgivaren.

Terapiprocessen

I de flesta intervjuerna framkommer att terapeuten först brukar få ta del av information om barnet av dess vårdgivare eller av socialförvaltningen innan de träffar barnet. En deltagare beskriver svårigheter som kan uppstå när man träffar barn som är omhändertagna av socialförvaltningen och där föräldrarna inte godkänner att terapeuten får ta del av vilka trauman som barnet varit utsatt för. Vanligtvis brukar då terapeuten få en kortare sammanfattning. Deltagarna beskriver på någorlunda liknande sätt hur de därefter möter barnet, oftast tillsammans med vårdgivaren, och i detta möte försöker begripliggöra varför de ses, vilken bakgrundsinformation de har om barnets upplevelser och vad terapi innebär. En

deltagare betonar att terapeuten i terapiingången, ingressen, även behöver tydliggöra för barnet att terapeuten vet att händelserna har varit skrämmande för barnet samt att terapin innebär en möjlighet att jobba med dessa upplevelser. Deltagaren menar att man därefter kanske inte nuddar vid ämnet på några gånger men att det är tydligt uttalat och att det därmed går att återkomma till i terapin eftersom alla parter är medvetna om varför man ses. En annan deltagare beskriver samma tema såsom:

Jag vill att det ska vara tydligt för barnet att det vet att jag vet och att det vet att föräldrarna vet att jag vet. Ofta har det funnits mycket hemligheter kring traumat, att man inte har fått berätta och därför tänker jag att det är viktigt att det är tydligt och att barnet ser att jag kan hantera informationen.

Samtliga deltagare betonar vikten av att initialt jobba för att skapa en bärande allians där såväl barnet som omsorgspersonen känner tillit till terapeuten. En av deltagarna beskriver hur hen i ett ärende, *jobbar väldigt individualiserat och intuitivt för att överhuvudtaget kunna etablera kontakt.*

Flera deltagare tar också upp behovet av att man i inledningen tydliggör att terapi behöver få ta tid och de beskriver att de är tydliga med terapiramarna. En av deltagarna som arbetar med de allra yngsta barnen arbetar med omsorgspersonen ständigt närvarande i rummet i terapin.

I flera intervjuer beskrivs sedan den arbetsperiod som kommer efter den allians- och trygghetsskapande perioden. Det framkommer i intervjumaterialet hur barnet då är mer benäget att rita och gestalta vad det varit med om. Detta uttrycks av en deltagare som att,

Terapin kommer först när barnet blir varm i rummet.

Samtliga deltagare nämner på något sätt betydelsen av att terapeuten behöver vara följsam i processen och att processen behöver få ha sin gång. Ett par deltagare påtalar att man som terapeut inte alltid förstår vad som händer i processen och att det är viktigt att tillåta sig att inte förstå. En deltagare uttrycker det så här:

Jag tänker på min gamla handledare när jag gick barnterapiutbildningen som sade att barn är kloka. Begriper du inte vad de vill ha sagt så kommer de att se till att du gör det.

En annan deltagare uttrycker betydelsen av att man kan fånga upp det som sker i terapiprocessen och bära det med sig i sitt eget inre utan att känna stress att behöva göra något med materialet där och då. Hen menar att behandlingens kontinuitet bidrar till att

viktiga teman kommer att dyka upp på nytt och det kommer att dyka upp möjligheter att ta upp saker och ting när tiden är mogen.

Deltagarna har lite olika uppfattningar om terapilängd och när det är läge att avsluta terapin. Gemensamt för de flesta av deltagarna är att de beskriver att det kan vara lämpligt att inleda avslut när man börjar se att det skett olika förändringar såväl i terapirummet, i barnets miljö och i dess inre liv. En deltagare ser tecken på att det kan börja bli läge att avsluta när, *det blir en annan rörelse i rummet*. Hen menar att det kan ses när ett barn som tidigare lekt mycket repetitiva lekar där man sett låsningar och tydliga försvar istället börjar byta aktivitet.

En annan deltagare tänker att man kan börja fundera på avslut när barnet börjar tycka att det är tråkigt att komma till terapin vilket kan avspeglas i att barnet börjar göra fler saker på egen hand i rummet och inte längre är så intresserad av att visa upp vad det gör. Hen menar att barn är medvetna om att det är ganska onaturligt att gå till en terapeut och *leka hos en främmande människa* så barnet försöker göra terapeuten till sin vän och allierade för att begripliggöra och försvara situationen. Barnet har fantasier om vem terapeuten är och vilken roll hen har i barnets tillvaro och bilden av terapeuten idealiseras oftast. Detta hjälper barnet att vilja gå vidare. När barnet sen slutar att vara intresserad av terapeuten och idealiseringen avtar så är det begynnelsen på en separation och ett tecken på att barnet mår så pass bra och har förstått att det är färdigt med detta moment. Barnet klarar sig utan terapin.

Några deltagare tänker att det blir tydligt när barnet kommer ikapp sin utveckling. En deltagare menar att det kan handla om när barnet *får tillgång till sig själv och sina förmågor* och tillägger att detta kan vara en mycket lång resa och att man ibland som terapeut behöver inse att man trots ett långt och gediget arbete kanske inte kommer så långt som man önskat men att man behöver se till vilka framgångar som gjorts och utgå från det enskilda barnets förmågor och utgångsläge. En annan deltagare tänker att terapin börjar närma sig sitt slut när barnet agerar *på en adekvat åldersnivå* och menar att kontakten då kan övergå till ett samspel som inte längre blir av en behandlande karaktär. Deltagaren tänker att det handlar om att barnet nu kan förhålla sig till sin situation och inte längre är kvar i traumat.

Flera deltagare beskriver att just beslut om avslut kan väcka många skilda tankar och känslor. En av deltagarna som arbetar med familjehemsplacerade barn beskriver hur hen kan vråla *nej, det är nu vi kan börja jobba* när hen efter ett drygt år i terapi med ett barn kan få en undran från familjehemmet om kontakten inte kan börja glesas ut.

Ytterligare en deltagare uttrycker komplexiteten med just själva avslutet. Hen beskriver betydelsen av att kunna förhålla sig till och hantera detta viktiga moment kanske framför allt när man arbetar inom offentlig verksamhet där det finns en större press på att avsluta patienter. Hen upplevde att detta moment tydliggjordes först i samband med en vidareutbildning i MBT-C (mentaliseringsbaserad terapi för barn) eftersom avslut där fick en annan dimension som man tydligare jobbade emot. Hen har varit hjälpt av detta sätt att arbeta mer strukturerat mot ett avslut och uttrycker att det finns en poäng med att göra det eftersom som hen uttrycker: *man kommer ju inte till det perfekta läget* när man talar om avslut.

Att möta barnet i dess utveckling

Ett tema som alla deltagarna benämner är betydelsen av att man som terapeut ser och möter barnet i dess utveckling och att det gäller att fånga barnet där det befinner sig samt att terapiprocessen skiljer sig åt beroende på vilket barn man möter. I flera intervjuer nämns parametrar såsom barnets ålder, erfarenheter och egna inneboende resurser. Deltagarna menar att man som terapeut behöver utgå ifrån att traumat kommer att gestalta sig på något sätt men att man inte kan veta från början hur denna gestaltning kommer att ske. En deltagare menar att terapeuten behöver tänka kring vilka inre mentala representationer barnet bär med sig och vilken symboliseringsförmåga som barnet har utvecklat eftersom barnet tolkar allt utifrån sin egen upplevelsevärld.

En annan deltagare reflekterar över vad som är meningsskapande för barn och menar att *det handlar om att hjälpa barnet att få verktyg som förklarar världen runt omkring*. Hen tänker att terapi med traumatiserade barn mycket handlar om att:

genom lust, lek, aktivitet och relation reflektera över något som barnet har varit med om och som inte blivit begripligt eller bearbetat.

Deltagaren menar att för de yngre barnen kan det handla om att de under några få minuter under terapitimmen får möjlighet att *vädra detta tema* och att dessa minuter för terapin framåt genom att det öppnas ett fönster kring meningsskapande teman och runt det dramatiska som skett. Deltagaren tänker att det är viktigt att inte forcera kring det viktiga temat eftersom små barn inte orkar befinna sig i dessa stunder mer än några få minuter.

Flera deltagare nämner behovet av att ge barnet tid och på olika sätt bemöta barnet så att det kan känna sig trygg med sin terapeut i terapirummet. Deltagarna lyfter ord som följsamhet och uthållighet i sina beskrivningar och samtliga deltagare berättar att de använder observation som ett arbetsredskap. En deltagare uttrycker hur barnet behöver få möjligheten att ta sig in på

sina villkor:

Det kanske kommer i leken eller i en period när ingenting händer. Den tid som barnet har tillsammans med terapeuten är barnets tid. Ibland hittar man något och ibland släpper man det och ibland så finns det i leken.

En annan deltagare menar att det är av vikt att man är med barnet på barnets nivå och uttrycker spontant: *Herregud vad jag kryper på golvet alltså.*

En deltagare tar upp betydelsen av att bära med sig det dynamiska tänkandet kring hur ett barn som saknar språk för något det varit med om använder sig av annan symbolik för att gestalta sina upplevelser. Samtliga deltagare menar att barnets främsta uttrycksätt att symbolisera sina inre upplevelser sker i leken och att leken därför behöver tas på allvar. En deltagare menar att *små barn har ett lekbeteende där de ofta inte kan vara aktiva mer än några få minuter åt gången innan de byter tema vilket ställer krav på terapeuten att vara snabb och alert.* Flera deltagare uttrycker att det med de lite äldre barnen som har ett mer utvecklat språk blir lättare att tala om och rita traumat men att även de barnen behöver få symbolisera traumat i olika uttrycksformer.

Ett sätt att trygga barnet, menar flera av deltagarna, är att som terapeut vara tydlig med vad terapin kan användas till. En deltagare beskriver hur hen talar om detta både i terapins början men även återkommer till det under terapins gång. Att det blir tydligt för barnet att hos terapeuten kan man prata om sina tankar och känslor och att man får berätta om vad man sett, hört eller känt samt att terapins syfte är att man tillsammans med terapeut och vårdgivare ska få hjälp med att må bättre och att känna sig trygg.

En deltagare menar att när terapeuten möter barnet i dess lek så sker det i ett alldeles särskilt syfte. Det handlar om att hitta det där meningsskapande ögonblicket där terapeuten kan förstå barnet för att terapeuten sen ska kunna bära detta vidare till nästa nivå som innebär att ha en förståelse för hur barnet har det så att terapeuten sen kan bemöta barnet och även omsorgspersonen utifrån denna förståelse vilket kommer att hjälpa barnet att successivt börja må bättre. Hen menar att:

... själva motorn i den psykodynamiska terapin det är inte bara vad vi säger utan vad det är vi förstår tillsammans.

Deltagaren nästan ursäktar sig med att det kan låta flummigt men menar att det är svårt att förklara på något annat sätt.

Några deltagare tar upp behovet av samverkan med andra instanser som finns i barnet liv såsom skola, socialförvaltning etc. En deltagare menar att det är väldigt viktigt att utreda om

barnet är i behov av extra stöd i skolan.

Överföring – motöverföring och gestaltning

Med olika beskrivningar kommer samtliga deltagare in på begreppen överföring och motöverföring. Någon nämner detta mer flyktigt medan det tydligare genomsyrar några intervjumaterial. En deltagare beskriver psykodynamisk terapi såsom:

Vi arbetar inte med metod på det sättet. Vi jobbar med överföring... arbetsmetoden och instrumentet är ju jag.

Ett par deltagare tänker att man kan få fatt på överföringen i terapin genom att försöka känna hur barnet förhåller sig till hen som terapeut och hur barnet vågar ta sig an olika leksaker och material för att skapa. Hen menar att det är viktigt att följa barnet och försöka känna in barnets reaktioner och känslor:

Blir man glad när man spelar ett spel, blir man aggressiv när man förlorar, vill man skada sakerna?

En annan deltagare beskriver hur hen brukar försöka känna efter hur barnet upplever att det är att vara med en annan människa eller hur det blir för barnet att utmana eller att föreslå en lek etc. Deltagaren uttrycker: *många familjehemsplacerade barn är självförsörjande trots sin ringa ålder och de har inte tillit till att de vuxna finns där när de behöver dem. Hen menar att detta kan bli en utmaning såväl i terapin som i familjehemmet att lära om och tänker att för barnet kan det bli: lite som att komma till en annan planet.*

Ytterligare en deltagare menar att det är relationen mellan hen och barnet som är det centrala i terapin och att det är där som allting utspelar sig. Hen ger exempel:

Ibland blir jag som en elak mamma eller ibland blir jag som en mjuk pappa. Jag får liksom bära de här olika delarna. Och ibland är jag också representant för det hemska.

En deltagare upplever att det i perioder av terapin kan kännas som att det inte händer så mycket och att man snarare bara blir *översköld med överföringsaspekter*. Deltagaren tänker att man som terapeut då behöver jobba mycket med att bara stå ut och hårbärgera.

Flera deltagare återkommer till att trauman gestaltar sig på olika sätt i överföringen. En deltagare ägnar mer tid åt att beskriva överföringen i terapiprocessen. Hen går tydligare in och beskriver hur hen i mötet med barnet eller föräldrarna ofta får en känsla av hur barnet har det i sin familj:

Jag brukar tänka så här när jag träffar föräldrapar... när jag sitter där och är tredje parten så känner jag hur barnet känner i samvaro med de här två.

Deltagaren menar att det i mötet med familjer där det förekommer trauma är vanligt förekommande att detta gestaltas i form av att historien som berättas blir väldigt svart eller vit eller att föräldrarna ger olika historier av barnets situation. Hen brukar även fundera kring om det har förekommit trauma när det blir tydligt att föräldrarna eller barnet själv klipper av en fråga eller en berättelse väldigt snabbt eller när man som terapeut inte upplever att det finns en sammanhängande historia runt barnet. Deltagaren menar att ytterligare ett tecken på att det har varit svårt för barnet eller för familjen kan yttra sig i att föräldern har svårt att hålla ihop tanken eller att det visar sig genom kroppsliga yttringar.

En deltagare beskriver hur barnet får presentera sig på sitt vis. Deltagaren berättar om en pojke som hen haft i terapi och som både hade varit med om en svår sorg och bevittnat våld i familjen. Vid sitt första besök på mottagningen sade pojken inte någonting utan vandrade runt i terapirummet och kände på väggarna om det fanns håligheter. Terapeuten tänkte inom sig själv att pojken behövde testa om ramen höll. Hen tänkte att detta behövde kläs i språkdräkt på något sätt i relation till den lille pojken och i intervjun berättar hen hur att hon uttryckte något i stil med:

Oj, du tycker att det är viktigt för dig att kolla så att det inte är sönder här någonstans.

Deltagaren beskriver att hen ser på trauma som att livets vävnad går sönder och att det var detta som den lille pojken gestaltade i terapirummet.

Några deltagare talar om betydelsen av att terapeuten har en tillräckligt god självkännet för att vara någorlunda medveten om hur man som terapeut hanterar olika möten med barnet och dess vårdgivare. En deltagare tar som exempel att ett barn som lider av en stor förlust efter en förälders död kan ha stora svårigheter att släppa den andre föräldern och att detta kommer att gestalta sig i överföringen. Deltagaren menar att den stora svårigheten här blir *att kunna härbärgera utan att agera* och att man behöver *jobba lugnt ur den här skräcken för att den ande föräldern ska dö och skräcken att bära skuld till att mamma dog*.

Deltagaren menar att barn ofta skuldbelägger sig själva och att de kan koppla ihop ett dödsfall t.ex. med att man inte ville umgås vid ett tillfälle när föräldern ville det. Hen menar: *Barn är ju konkreta liksom*. Deltagaren tänker att överföringen handlar om hur det känns i kroppen och vad som överförs från barnet till terapeuten och att det är av stor vikt att kunna härbärgera utan att agera.

Några deltagare kommer in på motöverföring i barnterapi. En deltagare tar upp det tvivel som kan uppstå i terapier med barn som har varit med om stora brister. Det handlar

ofta om upplevelsen av att det inte händer så mycket eller att det tar så lång tid. Hen beskriver vikten av att använda sig av handledning när detta sker men menar samtidigt att hen nu börjat inse att det brukar ta uppemot 1½ år för barn som upplevt stora brister att bli trygga i terapin. En annan deltagare funderar kring de största utmaningarna i terapiarbetet. Hen skrattar till och uttrycker: *jag skulle säga att jag är det största hindret, min motöverföring*. Deltagaren menar att hen försöker använda motöverföringen bl.a. till att fundera på hur det kan kännas att vara barn till dessa föräldrar. När motöverföringen blir för stark menar hen att det är viktigt att ta hjälp av kollegor eller handledare för att försöka sortera ut hur man kan tänka och komma vidare i processen.

Lek och skapande

I samtliga intervjuer beskrivs hur terapeuten behöver möta barnet med redskap och material som matchar barnets utvecklingsnivå och att terapeuten behöver möta barnet i dess lek och försöka förstå barnet utifrån denna. En deltagare menar att leken är barnets främsta kommunikationskanal och ett sätt för barnet att beskriva såväl sin inre som yttre värld; vad barnet grubblar över och längtar efter. En deltagare uttrycker:

För mig handlar psykodynamisk barnterapi mycket om det att vi ska gå in på deras planhalva. Inte att de ska anpassa sig i metoder efter oss.

Hen refererar till Barnkonventionen där det står att barn inte ska ses som små vuxna utan att barn ska ses som barn. Flera deltagare uppger att de möter barn som inte kan leka och de menar att det då är viktigt att möta dessa barn genom andra uttrycksätt. En annan deltagare refererar till Alicia F. Liebermans lek teori och beskriver: *barnet får i leken tillgång till ett språk så att det kan uttrycka det som det inte har kunnat förklara för sig själv*. Hen menar att när detta sker kan man ibland höra barnet dra en lättnadens suck och tänker att sucken står för att:

Barnet har fått gestalta något betydelsefullt eller skrämmande, fått möjlighet att dela detta med någon och upplevt att personen inte har reagerat starkt. Terapeuten kan bekräfta hur en händelse har varit för barnet och visa att man förstår hur det kan ha upplevts istället för att reagera skuld- eller skamförstärkande.

Samtliga deltagare tar upp behovet av att som terapeut erbjuda olika slags skaparmaterial där fantasin får flöda fritt hos barnet och att barnet får välja fritt vilket material det önskar använda i terapisesionerna. Några deltagare beskriver material som de använder såsom Ericaskåpet med sandlådor med tillhörande leksaks material, bollar, leksaker för att kunna gestalta trauman, mjukisdjur och handdockor, olika slags

skaparmaterial etc. En deltagare menar att lekmaterial är till för att få igång ett möte och refererar till Daniel Sterns bok ”Ögonblickets psykologi”:

...en situation man jobbar med för att få ett genombrott i en känsla, att, aha nu förstår jag hur du har det så att vi förstår varandra. Det är det där man jobbar för, det kommer inte i varje terapisesion... det handlar om meningsskapande ögonblick.

Hen menar att som terapeut handlar det om att skapa en allians med barnet.

Flera av deltagarna berättar att de som en del av terapimaterialet brukar upprätta en särskild teraplåda till respektive barn de träffar. I lådan samlar barnet det material som det skapat och kan återkomma till dessa i kommande sessioner. En deltagare menar att anledningen till att det producerade materialet stannar i lådan under hela terapin är att: *det som tillhör processen ska stanna i rummet och de olika teckningarna hör ihop.* En annan deltagare uttrycker: *i teckningarna kan man se något om barnets inre. Det är viktigt att kunna följa processen i detta inre och kunna återvända till det.*

En deltagare menar att olika skaparmaterial leder till att det som tidigare varit formlost plötsligt får form och att det då blir lättare att förhålla sig till det som skett. Hen berättar hur en liten pojke lättare kunde hantera *den svåra känslan* när han fick måla den i olika färger och sen bygga den. En annan deltagare ser behovet av att barnet får möjlighet att reparera i terapin om barnet förstör något material eller någon leksak. Hen menar att *det är väldigt betydelsefullt att kunna reparera det man själv förstör* och hänstftar till det psykoanalytiska tänket om att kunna vara i den depressiva positionen, i det integrativa, att kunna sörja och reparera.

Samtliga deltagare beskriver hur de följer barnet i dess lek. Flera deltagare nämner att terapi både handlar om fantasi och verklighet och en deltagare uttrycker: *Den är både på riktigt och inte på riktigt.* En annan deltagare ger exempel på hur hen är med i leken om ett barn t.ex. med en docka visar något som har varit traumatiskt. Hen menar att man som terapeut då behöver gå in och försöka möta barnet i fantasins värld och att terapeuten kan sätta ord på vad hen tror att de olika figurerna känner och tänker och testa det med barnet.

Jag utgår liksom från fantasin, man kan inte köra rakt in och döda fantasin, man måste utgå ifrån vad barnet gör och vara med i det.

Hen hänvisar till Winnicotts teorier och behovet av att stanna kvar i detta lekområde där det inte finns några sanningar men medger i nästa andetag att det kan vara en svår uppgift att lägga band på sig och inte gå in och göra tolkningar. Hen menar att barn känner på sig när vuxna är ute efter något och att barnet då tydligt kan visa sitt motstånd.

Deltagaren beskriver hur man då som terapeut behöver visa att man förstår det och ger ett exempel på hur situationen kan repareras:

*Oj,oj, oj, nu kände jag, nu kommer den här tanten och ska ställa frågor...
så att man gör något med det.*

Deltagaren förklarar att risken med att som terapeut gå direkt in i realiteten och försöka tolka leder till att barnet behöva ta till försvar för att mäkta med situationen.

En annan deltagare som arbetar mer aktivt med bildterapi beskriver hur man på olika sätt kan fördjupa kommunikationen mellan barn och vårdgivare genom att använda sig av att skapa tillsammans. Hen menar att:

*Bild är väldigt handfast och bra. Man kan ta i det och lägga det
utanför sig själv och betrakta det.*

Deltagaren beskriver en teknik som kan användas för att gestalta en traumatisk händelse man varit med om där *orden inte räckte till*. Tekniken går ut på att man ska erinra sig en minnesepisod när orden inte räckte till genom att försöka komma ihåg vem som var med, hur det kändes och var och när det inträffade. Därefter ska man göra en gestaltning av händelsen genom att använda sig av svart papper på vitt papper. Deltagaren menar att:

*Svart och vitt triggat affekt och att klippa och klistra och riva ger en
känsla av kontroll.*

Efter att man gjort gestaltningen så pratar man om den och därefter gör man en ny bild av samma episod. Deltagaren menar att den nya bilden då kommer att bli annorlunda och oftast ur en annan vinkel eftersom man aldrig kan göra en exakt likadan bild. Hen beskriver:

*Det kommer att bli flera stycken bilder och då kan man få en
upplevelse av att ett fruset minne blir rörligt. Man får en upplevelse av
att man kan röra sig runt det. Man kan få syn på det ur en annan
synvinkel och man kan komma vidare.*

Deltagaren avslutar med att man sen kan pussla ihop de olika bilderna, skriva en berättelse om dem med en början, en mitt och ett slut och därefter så kan man prata om berättelsen.

Anknytning

Samtliga deltagare belyser betydelsen av att tänka kring anknytning när man jobbar med små barn. Flera deltagare beskriver hur de initialt i kontakt med barnet och vårdgivaren försöker bilda sig en uppfattning om vilket anknytningsmönster barnet har vilket dels kan

framstå i berättelsen om barnet men att det även kan upplevas genom att se hur barnet interagerar såväl med sina vårdgivare som terapeuten. En av deltagarna menar att barnets anknytningsmönster:

ger en fingervisning om hur barnet kan tänkas komma att reagera i terapin. Det är viktigt att bära detta med sig i bakhuvudet.

I några intervjuer beskrivs hur barn kan drabbas av anknytningstrauma när vårdgivaren inte har förmåga att se och möta barnets behov och att som har utsatt sitt barn för våld och övergivenhet påverkar barnets anknytningssystem. Detta kommer i sin tur att leda till störningar i barnets utveckling. Några deltagare förklarar hur barn som upplevt trauma i den egna familjen eller i relation till nära anhöriga ofta uppvisar ett otryggt eller desorganiserat anknytningsbeteende.

En av deltagarna som arbetar med familjehemsplacerade barn tänker att: *Placerade barn bär ofta på någon form av anknytningsbrott eller anknytningstrauma. Ju yngre barnet är desto vanligare är det med anknytningstrauma.*

En annan deltagare tar upp att trauman kan ta sig olika uttryck beroende på barnets anknytningsstil. Deltagaren menar att hen specifikt brukar undersöka vilken anknytningsstil barnet innan hen börjar arbeta. Hen upplever att de flesta barnen initialt brukar vara anpassliga, otroligt försiktiga och inte så tydligt visa vad de bär på och att det handlar om att detta inte kan komma fram förrän barnet känner tillit till terapeuten. Deltagaren tänker att beroende på vad barnet har varit med om och vilket anknytningsmönster barnet har så kan det ta lång tid. Hen beskriver det så här:

Under de här två åren som jag har varit på verksamheten kan jag se att det har tagit närmare ett och ett halvt år för barnen att bli trygga tillsammans med mig.

En deltagare berättar att hen arbetar med en flicka som är familjehemsplacerad och beskriver hur familjehemsföräldrarna jobbar på att försöka få kontakt med henne. Deltagaren beskriver:

Flickan har inga vitalitetsaffekter och när familjehemsföräldrarna försöker få kontakt så är det mer åt det depressiva hållet. Men det är inte depressivt på det sättet heller utan det är mer tomt.

Deltagaren menar att flickan ännu inte är där att hon klarar av en dyadisk eller en triangulär relation vilket ges uttryck i ångest. En annan deltagare beskriver hur betydelsefull relationen mellan barnet och dess omsorgsperson är i arbetet med de små barnen. Hen

uttrycker:

Det finns ingenting som är så bra för en trasig treåring som att få visa upp sin lek inför en förälder i ett tryggt sammanhang ... barnet säger så här till pappa; titta vad jag kan, titta vad jag gör.

Deltagaren menar att hen som terapeut snarare är en kulissarbetare som erbjuder lekmaterial och som framför allt jobbar med att bibehålla lugnet i terapin och stöttar vårdgivaren i att fokusera på barnets upplevelse. En annan deltagare utvecklar resonemanget genom att betona vikten av att terapeuten försöker förstå barnets möjligheter att förstå och tolka sin omvärld för att kunna hjälpa barnet att komma tillbaka till sitt normala utvecklingsförlopp.

Mentalisering

På olika sätt kommer samtliga deltagare in på begreppet mentalisering. Flera deltagare beskriver hur olika trauman såsom bl.a. anknytningstrauma påverkar barns mentaliseringsförmåga och känsloreglering och hur viktigt det är att som terapeut bära med sig detta i terapiprocessen. Flera deltagare kommer in på hur barnets mentaliseringsförmåga formas och påverkas i dess tidiga anknytningsrelationer. En av deltagarna menar att mentalisering innebär:

... att vara tillsammans med andra, att man först behöver få en gemensam uppmärksamhet d.v.s. byggstenarna till mentalisering.

Hen menar att ett barn som bär på ett anknytningstrauma eller ett barn som varit med om omsorgssvikt ofta utvecklar en mer omogen personlighetsstruktur och att det finns risk för att barnet får en mer desorganiserad personlighet. Barnet kan få svårt för att reglera sina känslor, att förstå både sig själv och andra människor och vad som sker i relationer. Barnet får problem att kunna se sig själv utifrån och den andre inifrån och detta kan ta sig olika uttryck. Deltagaren beskriver hur det kan gestalta sig i terapirummet:

Det kan bli väldigt tomt, man kan känna sig avvisad eller att man inte får tillgång.

En deltagare tänker att psykodynamisk barnterapi är en kartläggande process genom hela behandlingen och att mycket fokus bör ligga på att få en förståelse för barnet och att kunna återge denna förståelse till både barnet och vårdgivaren. Flera deltagare är tydliga med att betona att det lilla barnet präglas av sina livserfarenheter och att det är väldigt betydelsefullt för barnet att få hjälp med att tolka dessa eftersom ett barn inte klarar av det på egen hand. En deltagare uttrycker:

Att tänka ur ett psykodynamiskt utgångsläge är att det här handlar mycket om relationen barn och föräldrar... ett trauma hänger väldigt mycket ihop med hur barnet har förstått vad det är som har hänt.

Hen funderar kring betydelsen av att skapa ett meningsfullt sammanhang för barnet och menar att barnterapi handlar både om vad barnet upplever och hur man ska hjälpa barnet att förstå vad det är som händer och vad som har hänt.

En annan deltagare menar att det som terapeut är av stor vikt att man kan mentalisera kring barnets reaktioner eller icke-reaktioner och att hjälpa vårdgivaren att få en förståelse för varför barnet kan tänkas bete sig som det gör. Hen tänker att det är lätt att förbise barn som varit med om trauman som inte visar symtom och menar att det är något som gör att barnet inte kliver fram men här höjer deltagaren höjer rösten och uttrycker:

Jag tänker att små barn som inte visar symtom, det är allvarliga symtom.

Deltagarna beskriver hur symtom kan visa sig på olika sätt i terapin såsom att barnet har svårt att koncentrera sig eller prövar gränser. En deltagare tänker att menar att här är det viktigt att koppla på sin mentaliseringsförmåga och tänka kring varför barnet gör som det gör. Hen tänker att det handlar om tillit och att barnet prövar ifall relationen håller trots utageranden eller som deltagaren tänker kring hur barnet kan tänkas känna:

Är jag värd att få vara kvar?

En deltagare beskriver behovet av att som terapeut tänka kring och försöka differentiera vem som är i störst behov av hjälp. Hen berättar om ett ärende där det var svårt att komma vidare men där det successivt blev tydligt att problematiken snarare låg hos vårdgivaren. Deltagaren menar att det var först när detta blev uppenbart för vårdgivaren som terapin fick ny fart och att barnet då kunde slappna av och symtomen minskade.

Samtliga deltagare är tydliga med att det är viktigt att få med sig vårdgivare i förståelsen kring den annorlunda behandlingsform som en barnterapi innebär. En deltagare betonar betydelsen av att vårdgivaren kan tänka runt sitt barn och förstå att barnet jobbar med sin situation och sina upplevelser även om en stor del av materialet i barnets historia inte uttrycks i ord.

Deltagaren berättar hur hen brukar använda sig av en modell för att beskriva hur ett terapiarbete utöver själva samtalet utspelar sig på olika implicita kommunikationsnivåer såsom bl.a. sensomotorisk, affektiv- och gestaltnivå och att denna modell brukar vara till god hjälp för att vårdgivaren ska få en förståelse för barnet. Deltagaren menar att det är av stor vikt att omsorgspersonen förstår att barn har en större närhet till de olika

kommunikationsnivåerna än vad vuxna har och att använda sig av det ordlösa arbetet i terapin är ett precis lika viktigt arbete mot läkning som det talade ordet kan vara.

En deltagare uttrycker att det är av stor vikt att terapeuten jobbar med att: *försöka hålla igång sina egna mentaliseringsförmågor*. Hen tänker att det är lätt att själv bli påverkad om man träffar barn och omsorgspersoner som har svårigheter med mentalisering. Hen beskriver några metoder som man använder sig av inom mentaliseringsbaserad terapi om man upplever att mentalseringen brister för mycket. Det kan handla om "the mentalizing hands" där man som terapeut lyfter upp sina händer som ett sätt att försöka lugna ner situationen eller "rewind" där man ber barnet eller vårdgivaren att backa och tänka tillbaka.

Föräldraarbete

Samtliga deltagare poängterar betydelsen av att i barnterapi etablera ett parallellt arbete med omsorgspersonerna. En deltagare menar att det dels handlar om att få en förståelse för hur barnet har det där hemma så att det går att göra en bedömning av vilken föräldraförmåga man har att arbeta med dels för att säkra terapiprocessens fortskridande eftersom barnen är beroende av att omsorgspersonerna är delaktiga i processen. Flera deltagare lyfter betydelsen av att bygga en god allians med omsorgspersonerna och att det är av stor vikt att dessa känner förtroende för terapeuten eftersom det underlättar såväl själva terapiprocessen som barnets läkningsprocess.

Flera deltagare menar att terapiprocessen påverkas av omsorgspersonens psykiska hälsa, motivation, förståelse och förväntningar på terapin. De menar att denne är barnets viktigaste skydd men betonar samtidigt att de vanligaste orsakerna till att barn som varit med om trauman är i behov av terapi hänger samman med brister hos omsorgspersonen. Det kan handla om att hen har egna svårigheter som innebär att de utsätter barnen för våld eller andra allvarliga upplevelser alternativt att de inte klarar av att skydda barnet från faror eller förmår möta barnet genom spegling. En av deltagarna berättar att hen i möte med omsorgspersonen kan få en uppfattning om barnets situation, till exempel där föräldrar kan ge olika historier eller klipper av historien väldigt snabbt. Deltagaren menar att:

Man känner i samtalet om det finns en historia som hänger ihop kring

Barnet. När man hör splittringar ... eller på föräldrarnas reaktion, naturligtvis om de börjar liksom kroppsligt när de berättar något ... eller svettas eller får svårt att hålla ihop tanken ... det här är tecken på att det här betytt eller varit svårt för den här familjen.

Samtliga deltagare menar att föräldrarnas egna erfarenheter och resurser påverkar

terapiprocessen. En deltagare uttrycker:

Har föräldern en mer utvecklad mentaliseringsförmåga då tänker jag att det är mycket lättare. Då kommer man ju någonstans.

En deltagare lyfter fram att föräldrar ofta projicerar sina egna problem på barnet vilket kan uttryckas genom att föräldern söker hjälp för problem som hen förlagt på sitt barn när det egentligen kan handla om att föräldern själv inte reder ut situationen. Flera deltagare lyfter behovet av att få en bild av vad föräldrarna bär med sig i sina historier. En deltagare uttrycker behovet av att upptäcka vad i barnets trauma som kan tänkas trigga föräldern:

Vi måste hitta de minor som finns i barnet omgivning och miljö så att vi inte trampar på dem under behandlingens gång, så att säga, och då måste vi lära känna föräldrarnas traumatiska upplevelser också.

Hen menar att man behöver kartlägga familjens förutsättningar genom att få en tydligare bild av vilka eventuella traumatiska upplevelser som föräldrarna bär med sig och som kan aktualiseras av barnets trauman.

En av deltagarna betonar vikten av att noga förklara och beskriva för vårdgivaren att: *fokus i terapin är inte i första hand att förändra barnets beteende utan det handlar om att förstå barnet.*

Hen menar att det är betydelsefullt att hjälpa omsorgspersonen att inse att terapin kan ta tid och terapeuten behöver undersöka hur motiverad hen är inför en barnterapi, hur de praktiska faktorerna kan lösas och att vårdgivaren respekterar att barnet inte ska återberätta vad som händer i terapirummet. Deltagaren uttrycker om omsorgspersonerna:

Att man vet att de kan möta upp. Det är så viktigt.

En annan deltagare berättar att man ibland träffar familjer där det blir tydligt att det förekommer generationer av trauman. Deltagaren menar att problematiken i vissa fall är så svår att man som terapeut blir tveksam till om barnet lever i ett sammanhang som är tillräckligt bra och förmedlar:

...det blir svårt när jag känner att de faktiskt inte räcker till och när föräldern är det större problemet än barnet ... att försöka hitta ett sätt att nå dem och inte tycka illa om dem.

Flera deltagare beskriver hur viktigt det är att jobba parallellt med kontakt med omsorgspersonerna för att kunna använda sig av det man ser och upplever i barnterapin och sen kunna få en annan förståelse för detta utifrån mötet med dessa. En deltagare belyser även

tvärtomperspektivet d.v.s. att det i kontakten med omsorgspersonerna kan uppstå en förståelse för något som man sen kan ha användning för i kontakten med barnet. Det kan vara saker som man annars inte hade lagt märke till. En av deltagarna som arbetar med små barn använder sig av behandlingsmetoden CPP (Child-parent psychotherapy) där stort fokus ligger på relationen mellan barnet och dess vårdgivare. Behandlingen sker uteslutande med både barn och omsorgspersoner gemensamt i terapirummet. Deltagaren upplever att metoden är bra att arbeta utifrån när man träffar de yngsta barnen som upplevt traumatiska påfrestningar där det ofta funnits stora brister i omsorgssystemet och där barnet till följd av detta utvecklat anknytningsproblem. Deltagaren beskriver att:

Grunden i CPP handlar om lek och hur man genom lekfulla former försöker sätta ord på eller på andra sätt försöka uttrycka det man har varit med om.

Deltagaren menar att målet med terapin är att omsorgspersonen ska förstå barnets beteende, reaktioner och kommunikation så att hen kan möta barnet på ett utvecklingsbefrämjande sätt. Eftersom behandlingen vänder sig till de minsta barnen så ligger stor del av fokuset i behandlingen på föräldrarnas förmåga att kunna stötta barnet så att det känner en trygghet.

Några deltagare betonar vikten av att barnet märker att det finns en samsyn mellan de vuxna människor som finns och agerar runt barnet. Hen menar att det är viktigt att vuxenvärlden runtomkring barnet har en samsyn utan att behöva vara överens jämnt men att barnet vet om att vuxenvärlden samarbetar.

Diskussion

Syftet med studien är att närma oss den kliniska verklighet såsom psykodynamiska terapeuter som arbetar med barn med traumatiska erfarenheter upplever den och besvara frågan på vilket sätt psykodynamisk barnterapi kan göra skillnad för barn som har genomgått traumatiska händelser. Åtta teman har identifierats: Trauma och tecken på traumatisering, Terapiprocessen, Att möta barnet i dess utveckling, Överföring-motöverföring och gestaltning, Lek och skapande, Anknytning, Mentalisering och Föräldrabete.

Resultatdiskussion

Traumat

Såväl i deltagarnas beskrivningar av sina tankar om tecken på traumatisering hos barn som vid litteraturgenomgången blir det tydligt att trauma har många ansikten. I intervjuerna

framkommer att flertalet av deltagarna inte huvudsakligen tänker på PTSD när de beskriver sitt arbete med traumatiserade barn. Flera deltagare träffar barn som visar symtom som överensstämmer med PTSD-diagnosen men de uppger att de huvudsakligen arbetar med trauman som yttrar sig på andra sätt. Flera deltagare träffar barn som är familjehemsplacerade och som har upplevt stora brister såsom omsorgssvikt, våld och försummelse där ofta de primära anknytningspersonerna varit ansvariga för bristerna och övergreppen. Deras beskrivning av barns reaktioner på allvarliga och upprepade trauman stämmer snarare in på diagnosen *developmental trauma disorder (DTD)*, utvecklingstrauma, då de beskriver brister i reglering, relationer, identitet, självkänsla, meningsskapande, minne och i fysiskt och psykiskt mående så att barnets utveckling stannat upp eller försenats vilket även beskrivs i litteraturen (Almqvist et al., 2019, van der Kolk, B., 2005).

I några intervjuer beskriver deltagarna att de ibland träffar barn där det är svårt att finna några synliga tecken på att de har upplevt trauma trots att detta är konstaterat. Deltagarna är överens om att uteblivna symtom behöver tas på allvar eftersom inga tecken i sig kan vara ett allvarligt tecken på att barnet på olika sätt kämpar med att hålla traumat ifrån sig. Samtliga deltagare är överens om att traumat på något sätt kommer att gestalta sig någon gång under barnets liv. Laynado & Horne (2009) för ett liknande resonemang som våra deltagare när de beskriver hur följderna av hur traumat har påverkat ett barn i vissa fall inte gör sig synligt förrän flera år senare. Författaren menar att det kan handla om när barnet blir tonåring eller först i vuxen ålder när personen hamnar i en sårbar livsfas eller när inre eller yttre faktorer triggar igång traumat (Laynado & Horne, 2009). I intervjuerna blir det tydligt att deltagarna framhäver behovet av att barn som upplevt trauma får hjälp att bearbeta detta även om barnet i stunden inte visar några symtom på traumatisering.

Terapiprocessen

I studien beskriver samtliga deltagare hur de initialt lägger ner tid och ansträngning på att såväl barnet som dess vårdgivare ska känna tillit till dem som terapeuter för att ett terapiarbete ska kunna komma till stånd. Deltagarna betonar bemötandet och ramarna som viktiga delar i alliansskapandet och arbetet med att göra terapirummet till en trygg plats och beskriver samtidigt hur terapeuten behöver vara flexibel i sitt arbete och förhållningssätt. Detta första så viktiga grundläggande arbete återfinns på flertalet ställen i litteraturen och uttrycks i olika ordalag. Bowlby (1988) tänker att terapeutens huvudsakliga uppgift är att förse patienten med en tillfällig anknytningsperson och att ett av terapins mål består i att skapa en trygg grund i ett stödjande och omhändertagande klimat för såväl barnet som föräldern så att de upplever det

möjligt att våga utforska plågsamma delar av sitt liv såväl tidigare som nuvarande (Bowlby, 1988). Denna tanke delas av Volk (2010) som menar att terapi främst handlar om att bygga förtroende som en grund till att våga utforska tidigare relationer och att i förlängningen våga utforska verkligheten. Författaren menar att terapeuten behöver ha i åtanke att tilliten kommer före såväl verklighetskontroll, överföringar, självreflekterande förmågor som konkreta beteendeförändringar (Volk, 2010). Flera deltagare beskriver trygghetens betydelse för att barnets lek och skapande ska komma till stånd i terapin. Denna uppfattning överensstämmer med Hermans (2007) om att grundläggande trygghet är en av förutsättningarna för att barnet ska komma igång och leka och Winnicotts (1971) beskrivning av trygghetens betydelse för att barnet ska kunna infinna sig i det viktiga mellanrummet där terapiarbetet och förändringarna möjliggörs (Herman, 2007; Winnicott, 1971). Även Rosell (2012) beskriver den trygga basens betydelse för det fortsatta terapiarbetet. Författaren anser detta särskilt viktigt i mötet med barn som har föräldrar som själva bär på trauman eftersom barnets beteende då kan trigga föräldrarnas rädslor (Rosell, 2012).

Samtliga deltagare berättar att de inledningsvis försöker tydliggöra för barnet varför de vuxna i barnets liv tänker att det finns behov av att påbörja en terapi. Vidare beskriver de hur de berättar för barnet vilken information de har fått om traumat och några deltagare är tydliga med att de även pratar om hur de har förstått att barnet har känt vid upplevelserna.

Denna tydliggörande information i det tidiga stadiet av en terapi överensstämmer väl med hur Lieberman & Van Horn (2011) anser att en terapistart med barn som upplevt trauma behöver inledas. Författarna framhäver behovet av att bryta det tabu som traumatiserade barn ofta tvingats leva med där de direkt eller indirekt fått tydliga budskap om att det inte är tillåtet att avslöja traumat inför omgivningen. Risken med om barnterapeuten inte heller talar om de traumatiska händelserna så kan barnet dra slutsatsen att detta är ett förbjudet ämne även i terapin (Lieberman & Van Horn, 2011). Detta bekräftas också av flera av intervjudeltagarna.

En fråga som varit svårare att tolka utifrån intervjumaterialet är i vilken utsträckning som deltagarna anser att traumat ska adresseras i den fortsatta terapin. Denna fråga framkommer inte lika tydligt i intervjumaterialet. Flera deltagare lägger stor vikt vid att låta terapin ta sin tid medan en deltagare som har en vidareutbildning i CPP (Child Parent Psychotherapy) som bygger på Liebermans teorier menar att kunskapen om psykodynamiska barn terapier har utvecklats markant under de senare årtionden och anser att terapier inte behöver pågå i flera år för att de ska vara verksamma. Lieberman & Van Horn (2011) tänker att terapeuter ibland kan känna oro för att barnet kommer att traumatiseras ytterligare genom att prata om den

traumatiska händelsen. Författaren anser detta vara en missuppfattning av hur vi hanterar psykologiska processer kopplade till trauman och menar att mycket av den skam, skuld och rädsla som hänger samman med barnets minne av traumat grundar sig i felaktiga antaganden eller i antaganden som barnet behöver avlastas ifrån. Dessa antaganden kan handla om en rädsla att bli anklagad för det som hänt eller att barnet skuldbelägger sig själv för det som hänt. Det kan även finnas en rädsla hos barnet som handlar om hot om konsekvenser om barnet berättar om traumat eller en rädsla för att behöva uppleva samma intensiva och oacceptabla kroppsliga och känslomässiga upplevelse som pågick under själva traumat. Det är inte traumatiserande att tala om trauman om terapeuten hjälper patienten med stabilisering och känsloreglering. Terapeutens budskap behöver vara att aktivt hjälpa patienten att hantera överväldigande känslor (Lieberman & Van Horn, 2011).

Föräldrarbete

I likhet med Lieberman & Van Horn (2011) har denna studie funnit att ett psykoterapeutiskt arbete med små barn inte kan nå framgång utan omsorgspersonens närvaro och deltagande. Författarna påtalar att föräldrar är de primära bidragande orsakerna till barnets beteende och utveckling (Lieberman & Van Horn, 2011). I intervjuerna beskrivs vid upprepade tillfällen hur deltagarna i sin terapeutroll jobbar med att såväl bygga allians med och trygga omsorgspersonerna som att försöka hjälpa dem att skapa en förståelse för sitt barn och differentiera barnet från sig själva. Flera deltagare betonar vikten av att se barnet i sitt sammanhang. Detta tillvägagångssätt beskriver Blake (2011) i begreppet OTT (observe, think and talk). Blake (2011) menar att han i föräldrarbetet försöker stötta omsorgspersonerna i att först observera sitt barns beteende i ett sammanhang för att söka finna en mening och eventuellt utlösande faktorer till barnets beteende eller mående. Nästa steg handlar om att försöka hålla en observerande distans och tänka kring barnet istället för att enbart reagera på barnets beteende. Sista steget blir att tala med barnet om hur man som förälder har uppfattat situationen vilket ställer krav på såväl timing som hur ämnet lyfts fram (Blake, 2011).

Att det är gynnsamt för terapiutvecklingen att förstå och ta hänsyn till föräldrars egna traumatiska upplevelser, ”*ghosts in the nursery*”, bekräftas såväl av flera deltagare i studien som av bl.a. Lieberman & Van Horn (2011) och Fraiberg et al. (1975). Medan några deltagare beskriver att de under kartläggningen av barnets trauma lägger stor vikt vid att identifiera även föräldrarnas traumatiska upplevelser när detta är möjligt blir det i andra intervjuer inte tydligt om deltagarna arbetar med föräldrarnas egen historia. Någon deltagare menar att ju yngre barnet är desto större vikt lägger hen på att kartlägga föräldrarnas historia. Lieberman & Van Horn

(2011) anser att vår historia inte behöver bli vårt öde och att föräldrars egna traumatiska och skrämmande upplevelser inte behöver leda till ett redan färdigt stelt återskapande av samma mönster i mötet med sitt barns upplevelser. Istället menar författaren att om föräldern kan få hjälp med att komma ihåg inte bara de egna skrämmande barndomsupplevelserna utan även de känslor av terror och hjälplöshet som förknippades med dessa så kommer föräldern att vara i bättre stånd att uppleva skyddande impulser mot sitt barn eftersom de blir medvetna om barnet i de erfarenheter som de själva behövde stå ut med (Lieberman & Van Horn, 2011; Fraiberg, S., 1975).

En deltagare uttrycker vikten av att få kunskap om föräldrarnas bakomliggande traumatiska upplevelser för att förstå vad i barnets beteende som triggar omotiverade starka känslor eller en inadekvat reaktion hos föräldern. Detta stämmer väl överens med Rosells (2012) arbete där författaren tänker att terapeuten behöver möta både det traumatiserade barnet och dess vårdgivare och ha koll på vad i barnets beteende som kan trigga obearbetade trauman hos föräldern. Rosell menar att terapeuten behöver koppla på sin mentaliseringsförmåga och försöka sätta sig in i hur en förälder med ett desorganiserat sätt att fungera kan uppleva sitt föräldraskap. Terapeuten behöver reflektera kring föräldrarnas anknytningshistoria och traumatiska erfarenheter och hur det kan kännas att vara den arga och hjälplösa föräldern som skall ge sitt barn tröst och omsorg. Med denna insikt kommer det fortsatta behandlingsarbetet att underlättas när terapeuten i nästa steg ska försöka hjälpa föräldern att mentalisera kring hur det kan vara för hennes barn att vara barn till just henne. Författaren understryker att detta stabiliseringsarbete kan vara ett svårt steg i behandlingen men att detta anknytnings- och mentaliseringsbaserade tänkande är såväl en hjälpsam ram att arbeta inom som ett verksamt sätt att hjälpa föräldern att öka sin mentaliseringsförmåga (Rosell, 2012).

Mentalisering

I intervjuerna återkommer deltagarna vid upprepade tillfällen till behovet av att i terapin befinna sig i ett mentaliserande sammanhang när man möter barn som har upplevt trauma. Deltagarna menar att det handlar om att hjälpa både barnet och dess vårdgivare att utveckla sin mentaliseringsförmåga. En deltagare betonar behovet av att som terapeut parallellt arbeta med sin egen mentaliseringsförmåga i mötet med barnet och dess omsorgsperson samt att i stunder då man upplever svårigheter med detta ta hjälp av kollegor eller handledare. Denna bild stöds i nyare forskning såsom i bl.a. Oehlman Forbes et al. (2020) artikel där det framkommit empiriskt stöd för behovet av att fokusera på mentaliseringsprocesser i psykoterapi med barn som har exponerats för interpersonella trauman. I artikeln framkommer att barn som upplevt

trauman i viktiga utvecklingsperioder ofta utvecklar svårigheter med reflective functioning, affekter och känsloreglering vilket hänger samman med ett brott i mentaliseringsprocessen och att mentaliseringsbaserade behandlingar kan hjälpa till att förbättra dessa förmågor samt stärka barnets anknytning (Oehlman Forbes, D., et al., 2020).

I intervjuerna återkommer deltagarna till att terapeuten behöver följa barnet och spegla dess lek, känslor och ord samt låta terapin ta den tid som behövs för att barnet ska få möjlighet att känna av och förstå sina egna inre signaler och behov. Några deltagare beskriver hur de på olika sätt försöker hjälpa vårdgivarna att möta barnet där det befinner sig och att kunna se bakom olika beteenden med mentaliserande ögon. Samma fenomen beskriver Rosell (2012) i sin artikel där hon menar att ett barn behöver ges utrymme att både hinna uttrycka sina känslor och behov och få dem speglade för att barnet ska kunna förstå sina egna inre signaler och behov (Rosell, 2012). I intervjuerna lyfts även fram att det är av stor vikt att differentiera mellan vad som är barnets upplevelser och vad som kan härledas till föräldrarnas eventuella tidigare upplevelser eller trauman så att barnets känslor och inre tillstånd kan speglas på ett markerat sätt. Detta stämmer överens med Rosells resonemang där hon i sin artikel belyser behovet av medvetenhet och differentiering för att inte barnet ska tvingas bära föräldrarnas verkliga känsla istället för en sekundärt representerad känsla. Risker menar författaren blir annars att känslan förblir oreglerad och kan upplevas som skrämmande och att föräldrarnas traumatillstånd förs över till barnet (Rosell, 2012).

Anknytning och överföring

Flera deltagare beskriver hur de initialt i kontakten med barnet och dess vårdgivare försöker bilda sig en uppfattning om barnets anknytningsmönster. I detta utforskande arbete används såväl berättelser om barnet som observationer av hur barnet interagerar med vårdgivare och vilken känsla terapeuten får i relation till barnet. Detta överensstämmer med hur bl.a. Bowlby (1988) och Broberg (2006) beskriver behovet av att utforska såväl barnets som vårdgivares anknytningsmönster genom att fundera kring tidigare och nuvarande relationer och händelser (Bowlby, J., 1988; Broberg, A., 2006).

Bowlby (1988) går vidare i sin beskrivning av anknytning och understryker att ytterligare ett av terapins mål är att utforska terapirelationen som ett led i att patienten ska få insikt i hur relationen till terapeuten fungerar och för att i efter hand kunna se samband med relationer och händelser utanför terapirummet (Bowlby, J., 1988). Flertalet av deltagarna beskriver i olika ordalag hur de i terapiarbetet kontinuerligt känner och tänker kring hur de upplever att barnet förhåller sig till dem som terapeuter men även vad i det relationella

samspelet som väcks i dem som terapeuter. Detta återkommande fokus på överföringar och motöverföringar beskriver Blake (2011) är en viktig del av barnterapi. Författaren menar att det som sker i överföringen bl.a. hjälper terapeuten att förstå barnets känsloliv och fungerande.

Precis som Blake (2011) är tydlig med att terapeuten i barnterapier snarare använder sig av överföring och motöverföring som ett sätt att förstå barnet och därmed få mer kunskap om barnets upplevelser och behov så uppger inte heller någon av deltagarna att de går in och gör direkta överföringstolkningar. Blake (2011) menar att barn relaterar i sin lek och att de sällan pratar om sig själv och att det därmed är ännu sällsyntare att de skulle prata om sina känslor i relation till sin terapeut (Blake, 2011). Däremot beskriver några deltagare hur de kan använda sig av överföringar på ett mindre konfronterande sätt genom att t.ex. tala allmänt om en känsla som terapeuten upplever att barnet visar. I någon intervju beskriver en deltagare hur överföringen kan blandas in i leken. Dessa exempel stämmer överens med hur Blake (2011) beskriver att barnterapeuten kan arbeta *med* överföringen istället för att arbeta *i* den (Blake, 2011).

Lek

Ett återkommande ämne i samtliga intervjuer är behovet av att använda sig av lek och skapande i syfte att få till ett möte och bygga en relation med barnet samt som ett sätt att få en förståelse för barnets upplevelser och minnen och för att överhuvudtaget nå framgång i terapin. Samtliga deltagare beskriver hur de på olika sätt går in i barnets lek och deltar tillsammans med barnet även om det är barnets lek som är vägvisaren. Blake (2011) beskriver hur terapeuten kan delta i barnets lek på olika nivåer alltifrån intagandet av en mer observerande roll till ett aktivt deltagande i leken med egen fantasiförmåga och ofta en förställd röst. Blake (2011) menar att det för vissa barn är av stor betydelse att det sker en förskjutning av terapeutens roll från en mer observerande till en mer aktiv terapeut och att det av barnet kan upplevas som att terapeuten är med barnet istället för att enbart vara någon som observerar barnet (Blake, P., 2011).

I likhet med Blake (2011) beskriver flera deltagare såväl behovet av som svårigheterna med att stanna kvar i leken eller i metaforen utan att rusa in i barnets känslor, minnen och upplevelser. Deltagarna ser betydelsen av att kunna utforska barnets ångest i en projicerad eller förskjuten form vilket stämmer överens med hur Blake ser på en av dimensionerna av hur man kan använda sig av barnets lek i barnterapi. Författaren menar att det p.g.a. det känsliga ämnet är av stor betydelse att inte rusa in i verkligheten. Risken med att alltför snabbt lämna fantasins värld och koppla över till barnets egen verklighet beskriver flera deltagare kan leda till att

barnet tvingas använda sig av olika försvar för att mäkta med situationen. Blake (2011) menar att en för snabb övergång från fantasi till verklighet av barnet kan upplevas som ett regelbrott och vara mer destruktivt än meningsskapande. Författaren menar också att man behöver ta hänsyn till att barnets psyke fortfarande är under utveckling och att det är betydligt skörare än den vuxnes. En alltför tydlig verbal tolkning kan därmed göra mer skada än nytta.

Blake hänvisar även till Mayes och Cohen (1993) som menar att detta är av särskild vikt att tänka på vid arbete med barn yngre än åtta år eftersom leken för de yngre barnen enbart upplevs som en handling och inte som en återspeglning av vad som pågår i personens inre värld (Blake, P., 2011).

Metoddiskussion

Nedan sker en diskussion om studiens metodval, genomförande och tillförlitlighet.

Metodval

Vår önskan var att på ett djupare plan skapa mening kring vad deltagare som arbetar i liknande sammanhang hade för upplevelser av mötet med små barn som upplevt trauma. För att försöka fånga kvaliteten och sammanhanget i varje deltagares individuella upplevelse och komma så nära deltagarnas egna subjektiva upplevelser som möjligt valde vi IPA-metoden som verktyg för tolkning och analys av materialet. Analysen bygger på fenomenologins upplevelsebaserade perspektiv som är särskilt lämpad att fånga deltagarens individuella erfarenhet och utforska hur psykoterapi med barn som bär på traumatiska erfarenheter har upplevts hos deltagarna. Därefter har vi ägnat oss åt att försöka tolka och förstå intervjumaterialet. Med hjälp av meningsbärande teman har vi kunnat skilja ut likheter och olikheter samt nyanser i det transkriberade materialet.

Författarnas förförståelse

Eftersom författarens egen förförståelse påverkar tolkningsprocessen i IPA så beskrivs här kortfattat de förutsättningar och antaganden som identifierats. Vid studiens början och i samband med intervjuerna försökte vi förhålla oss så fria som möjligt från tidigare forskning i ämnet. Vi valde därför att inte börja med litteraturfördjupning och forskningsartiklar förrän intervjuerna var färdiga eftersom vi tänkte att vi på så sätt skulle närma oss ämnet mer förutsättningslöst. Eftersom vi båda har en förkunskap om trauma hos små barn var ämnet inte nytt för oss och i intervjusituationen har vi därför inte förhållit oss ovetande om ämnet utan vi har ställt fördjupande och klargörande frågor när detta bedömts rimligt. Detta tänker vi har påverkat informationens bredd. Frågorna har varit öppna för att undvika att styra in deltagarna på ett speciellt spår och förhoppningsvis har de därmed känt sig fria att ta upp det som dök upp

i deras tankar om ämnet. Trots vår intention att inte påverka resultatet kan man tänka att frågorna ändå inte är helt fria från värderingar. I frågorna utgår vi ifrån att ett barn som genomgått trauma på något sätt kommer till uttryck hos barnet. Vidare utgår vi ifrån att deltagarna har en bild av att den psykodynamiska barnterapien bidrar till någon form av läkning samt att det finns ett behov av ett föräldrarbete.

Urval

Vi har intervjuat sju barnpsykoterapeuter vilket är ett litet urval. Deltagarna är till viss del handplockade av oss författare medan några har rekommenderats av andra deltagare eller av kollegor. Att göra ett bekvämlighetsurval avseende intervjupersonerna kan vara både en styrka och svaghet för studien. Att välja deltagare från vårt professionella nätverk har troligen betydelse. En betydelse kan vara att vi för de deltagare som vi varit kända för fått tillträde till mer privata berättelser och därmed fått ut värdefullt material från intervjuerna. En risk skulle kunna vara att de intervjupersoner som har en relation till någon av oss författare känt sig mer pressade att delge oss bra material och att detta eventuellt lett till ett annat material än om vi varit okända för dem.

Procedur

Författarna har genomfört sju semistrukturerade intervjuer. Selektionen av intervjupersoner utgår från studiens teoretiska ansats. Intervjuerna har på grund av Coronapandemin genomförts via videolänk. Detta kan ha påverkat både deltagarnas och författarnas egna intryck och uppfattningar av svaren under intervjuens gång. Avsaknaden av möjligheten att uppfatta kroppsspråk kan också ha bidragit till en förlust av bredd i beskrivningarna eftersom möjligheten att mötas i en gemensam miljö ibland kan främja kreativitet och erfarenhetsutbyte. Intervjuerna har följt ett semistrukturerat frågeformulär och varit noga med att alla frågor blivit besvarade. Om författarna har upplevt något svar som otydlig har de bett om ett förtydligande.

Analysarbetet

Analysarbetet handlar om att få ihop deltagarnas berättelser till meningsbärande teman och att därefter undersöka vilka teman som återkommer i intervjuerna. Detta innebär att ett ämne som kan ha varit betydelsefullt för en deltagare inte kommer att redovisas i studien om temat inte återkommit i de andra intervjuerna. Vi har under dataanalysens utförande strävat efter att tolkningarna härleds direkt från deltagarnas utsagor genom att transkribera exakt från det inspelade materialet för att minimera eget tolkningsföreträde och att säkerställa att resultatet

uppnår en hög grad av reliabilitet. I den kvalitativa metoden använder författaren sig själv som verktyg eftersom tolkningar och analyser av materialet går genom författaren och dess förståelse. Genom att genomföra analysen direkt från transkriberingar ur inspelningarna kunde vi ständigt gå tillbaka till ursprungsmaterialet för att stämma av tolkningarna. Vi har försökt att hålla oss så nära intervjupersonernas berättelser som möjligt för att inte förvanska deras ursprungliga mening, men då vi använt oss av oss själva kan det förstås innebära att någon annan skulle ha gjort en annan värdering av materialet. Vi har i huvudsak valt ett induktivt perspektiv där texten tillåts tala fritt med fokus på deltagarnas erfarenheter utifrån olika teman. Dessa har sedan kopplats till teorier och tidigare forskning utan alltför mycket påverkan från någon förutbestämd analytisk idé. Fokus har legat på deltagarnas erfarenheter och en medvetenhet har funnits om att det inte går att som författare helt frigöra sig från sina teoretiska och epistemologiska åtaganden (Braun & Clarke, 2006). Vi har inte gjort någon kontroll med deltagarna hur väl analysen reflekterar deras upplevelser vilket innebär att risken är större att vi vid något tillfälle tolkat annorlunda än vad deltagaren hade önskat.

Tillförlitlighet och generaliserbarhet

Författarna har framför allt fått en fördjupad förståelse och kunskap om deltagarnas egna upplevelser, föreställningar och erfarenheter. En aspekt vid bedömningen av tillförlitligheten har varit lämpligheten i deltagarnas tolkningar och i författarnas analys av materialet (Braun & Clarke, 2006). För att öka trovärdigheten och transparensen i studien har vi använt flera citat vilket vi tänker underlättar för läsaren att själv värdera materialet och kunna dra egna slutsatser. Det är svårt att säga om man kan dra några stora generella slutsatser av studien men vi tänker att studien säger något om hur barn reagerar på trauman och vilka behov de har för att läka trauman. Att vårt resultat sammanfaller med tidigare forskning tycker vi också talar för att vårt forskningsupplägg är relevant för frågeställningen. Vår förhoppning är att vår studie bidrar till en fördjupad förståelse för barn som upplever trauman i allmänhet och barn som växer upp under svåra stressfyllda förhållanden i synnerhet får den förståelse och hjälp de behöver för att kunna fortsätta sin utveckling. Vi har genomgående försökt hålla en kritisk inställning till det som sagts för att i största möjliga mån tillgodose tillförlitligheten men de teman som har beskrivits kommer ändå att påverkas av författarnas förförståelse. Syftet med studien har inte varit att leda till generaliserbarhet. Resultaten i studien kan inte generaliseras till alla psykoterapeuters erfarenheter av psykoterapi med barn med traumatiska erfarenheter.

Validitet

Validiteten handlar om ifall studien är trovärdig och om studien undersöker vad den påstår sig undersöka. Författaren i en fenomenologisk hermeneutisk studie utgår från ambitionen att ge en meningsfull bild av den studerade verkligheten. Därmed behöver de tolkningar som presenteras ha bärkraft i data för att kunna göra anspråk på validitet (Kvale & Brinkman, 2009). Vi tänker att de olika intervjuutsagorna passa in i varandra och att de därmed utgör en meningsfull helhet men eftersom studien består av ett begränsat antal deltagarintervjuer så ger studien enbart en bild av specifika upplevelser av de få deltagare som intervjuades. Författarna har genom valet av semistrukturerade intervjuer låtit deltagarna röra sig fritt inom olika områden som ingår i studiens ram. Val av teoretiskt perspektiv och begrepp har gjorts utifrån studiens syfte och de olika områdena har samband med varandra. De undersökta begreppen fångar det som eftersöks och syfte och frågeställningar har besvarats och diskuterats. En viktig del av arbetet är att väsentliga delar av forskningsprocessen redovisas för läsaren vilket vi genomgående har försökt göra.

Slutsatser

Under studiens gång har ordspråket “att inte väcka den björn som sover” d.v.s. föreställningen om att barn som inte talar om traumatiska upplevelser är på väg att glömma dessa fått en djupare innebörd. Det råder en enighet hos deltagarna i studien om att barn som upplevt trauma påverkas och att traumat kommer att gestalta sig på något sätt i barnets liv. Det handlar alltså inte om frågan *ifall* barn som har varit med om traumatiska händelser är i behov av hjälp utan snarare om *hur* dessa barn kan få hjälp med att tryggas och att därefter få möjlighet att få händelserna begripliggjorda och bearbetade så att de kan bli en del av barnets narrativ och att barnen kan återgå till sin normala utveckling.

Många barnterapeuter möter i sin vardag barn som i sitt eget hem blivit traumatiserade i sin utveckling och därmed snarare uppfyller diagnosen utvecklingstrauma än PTSD. Utöver att arbeta med de rädsor som generellt barn och deras omsorgspersoner kan uppleva efter ett trauma så ställs terapeuter som arbetar med barn som blivit traumatiserade i sin utveckling inför ytterligare en utmaning. I familjer där förövaren är barnets anknytningsperson genomsyras ofta hela systemet av ett hemlighetsmakeri med svåra känslor såsom skuld, skam och rädsla. Detta hemlighetsmakeri behöver brytas för att komma vidare och för att barnet ska få möjligheten att återfå sin barndom.

Det har i arbetet med att försöka få en djupare inblick i hur psykodynamiska barnterapeuter tar sig an denna komplicerade uppgift blivit tydligt att den psykodynamiska

grunden med fokus på bl.a. trygghet, allians, ramar, relation och mentalisering är av stor betydelse för en framgångsrik behandling. Att ta hänsyn till var i barnets utveckling som sammanbrottet har skett är också en viktig parameter för det fortsatta terapiarbetet. Det parallella eller gemensamma arbetet med omsorgspersonerna är ytterligare en viktig faktor för att barnet ska få hjälp att läka.

Slutsatsen är att den psykodynamiska barnterapien kan vara till god hjälp för barn som på grund av traumatiska upplevelser berövats den tillit, naivitet och frihet som hör barndomen till. Genom terapien får de en möjlighet att tillsammans med en trygg vuxen och med tillräckligt stabila omvårdnadspersoner kunna bearbeta sina minnen och få sin tillvaro begripliggjord så att de till viss del kan återfå sin barndom om än i en omplåstrad version.

Framtida forskning

Under tiden för denna studie har det dykt upp flertalet diskussionsämnen och frågeställningar som inte har rymts inom ramen för detta arbete. Eftersom deltagarna arbetar under olika förutsättningar och med till viss del olika ingångsvinklar har flertalet tankar kring terapilängd och ingångsvinklar i mötet med traumatiserade barn dykt upp.

Flera deltagare träffar barn som är familjehemsplacerade och vår erfarenhet av eget arbete inom socialförvaltning är att denna barngrupp är en heterogen men också en till viss del bortglömd grupp. Det hade varit intressant att göra en jämförande studie av hur familjehemsplacerade barn som upplevt trauma och som får terapi klarar av framtida relationer och studier jämfört med de barn som enbart får gängse insatser.

Tidigt traumatiserade barn är en grupp som framför allt socionomer inom socialförvaltningen men även behandlare på BUP kommer i kontakt med i sitt dagliga arbete. Eftersom psykiatrins diagnoskriterier i dagsläget inte tydligt överensstämmer med denna barngrupp är risken stor att dessa barn erhåller andra diagnoser och att fokus inte riktas på barnets upplevelser. Det hade varit intressant att undersöka om barn som diagnostiseras med andra diagnoser såsom separationsångest, ADHD, trottsyndrom eller uppförandestörning och som inte svarar an på behandling har utretts avseende tidig traumatisering och anknytningsstörningar.

I Muller och Midgleys artikel (2015) ”Approaches to assessment in time-limited Mentalization-Based Therapy for Children (MBT-C)” undersöker författarna om det går att erbjuda tidigt traumatiserade barn tidsbegränsad mentaliseringsfokuserad terapi istället för

som tidigare långtidsterapier med mer öppna avslutningar. Eftersom några av deltagarna antingen redan hade vidareutbildning inom CPP eller MBT-C och deras intervjumaterial därmed berikades av detta arbetssätt väcktes vår nyfikenhet att vidare vilja utforska hur dessa metoder skulle kunna vara behjälpliga för tidigt traumatiserade barn

Ytterligare ett ämne som vi tänkte skulle vara intressant att få en djupare inblick i vore att studera mer konkreta händelser i terapirummet som leder till förändring och att koppla ihop detta med terapeuternas bakgrund, inriktning, metod och fokus samt mäta behandlingsföljsamhet vid olika metoder såsom t.ex. CPP eller MBT-C. Vidare vore det intressant att se till hur terapeutens arbete påverkar föräldrarnas uppfattning av metoden och jämföra föräldrarnas och terapeuternas upplevelser och beskrivningar av samma process.

Referenser

- Alase, Abayomi, (2017). *The Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Guide to a Good Qualitative Research Approach International Journal of Education & Literacy Studies* Vol. 5 No. 2; April 2017, Australian International Academic Centre, Australia
- Almqvist, K., Norlén, A., Tingberg, B. (2019). *Barn, unga och trauma, Att uppmärksamma, förstå och hjälpa*. Natur och Kultur.
- Alvarez, A. (2007). *Levels of intervention and levels of psychopathology: Questions of timing and technique*. Paper presented at the Annual Conference of the Association of Child Psychotherapists, London.
- Bergman, M. S. & Jucovy M. E. (1982). *Generations of the Holocaust*. New York, Basic Books
- Blake, P. (2011). *Child and adolescent psychotherapy*. United Kingdom by: Karnac Books Ltd
- Bowlby, J. (1988). *A secure base* (2nd edition). New York, Basic Books.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T (2003). *Klinisk barnpsykologi, Utveckling på avvägar*. Natur och Kultur.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B.; Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). *Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis*. American Journal of Orthopsychiatry, 82, 187-200.
- Denscombe, M. (2014) *The good research guide: for small-scale social research projects*, McGraw-Hill / Open University Press.
- Eatough, V. & Smith, J. A. (2008). *Interpretative phenomenological analysis*. I C.
- Ferenczi, S., (1933) - *Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind*. In S. Ferenczi, *Bausteine zur Psychoanalyse*, s. 517-519, Bd. 3, Bern, Huber, 1964
- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). *Ghosts in the Nursery; A Psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships*. Journal of American Academy of Child Psychiatry, 14, 387-421
- Garmezy, N. (1985). *Stress-resistant children: The search for protective factors*. In J.F. Stevenson (Ed.), *recent research in developmental psychopathology* (pp. 213-233). Oxford: Pergamon Press

- Havnesköld, L., Risholm-Mothander, P. (2009). *Utvecklingspsykologi*. Tredje upplagan. Stockholm, Liber.
- Herman, J. L. (2007), *Trauma och tillfrisknande*, Estland
- 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.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi*. Stockholm, Liber.
- Laynado, M., Horne, A. (2009)- *The Handbook of Child and Adolescent Psychotherapy*, Routledge, East Sussex.
- Lehmann, P. (1997). *The Development of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in a Sample of Child Witnesses to Mother Assault*. *Journal of Family Violence*, 12, 241-257.
- Lieberman Alicia F, Van Horn, P. (2011). *Psychotherapy with Infants and Young Children, Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*, The Guilford Press
- Mayes, L. & Cohen, D. (1993). *Playing and Therapeutic Action in Child Analysis*. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 1235-44
- McCrary, E., De Brito, S. & Viding, E. (2011). *The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors*. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 48.
Doi:10.3389/fpsy.2011.00048.eCollection 2011.
- Muller, N., Midgley, N. (2015). *Approaches to assessment n time-limited Mentalization- Based therapy for Children*. *Frontiers in Psychotherapy*, 6:1063. Doi 10.3389/fpsyg.2015.01063.
- Oehlman Forbes, D., Lee, M., & Lakeman, R. (2020). *The Role of Mentalization in Child Psychotherapy, Interpersonal Trauma, and Recovery: A Scoping Review*. *Psychotherapy*. American Psychological Association.
- Rosell, B., (2012) *Att utifrån mentaliseringsteori förstå det lilla barnets risk att bli andragerations traumapatient*, *Mellanrummet*, Nordisk tidskrift för barn och ungdomspsykoterapi, nr 27, s. 45-49
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Schmid, M., Petermann, F. & Fegert, J.M. (2013). *Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems*. *BMC Psychiatry*

- Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W.W. Norton.
- Smith, J. A., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Smith, J.A., & Osborn, M. (2003). *Interpretative phenomenological analysis*. I J.A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*, 51-80. London: Sage Publications.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., Brown, D. (2004). *Trauma related dissociation: conceptual clarity lost and found*. Wiley online Library. Doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01480.x
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). *Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaption to trauma*. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.
- Viberg, L. Viberg, M. (2019). *Dynamisk psykoterapi, Barn – Ungdom- Vuxen Teori och praktik*, Lund.
- Volk, C. (2010). *Entwurf eines entwicklungsorientierten psychodynamischen Therapieansatzes für früh traumatisierte Kinder*. Dissertation. Die Philosophische Fakultät IV der Humboldt-Universität. Berlin.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer*. Natur och kultur, Stockholm.
- Werner, E. (2013). *What can we learn about resilience from large scale longitudinal studies*. I:S.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method*. Open University Press.
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*, McGraw-Hill Education.
- Winnicott, D W (1971), *Lek och verklighet*, Natur & Kultur.
- W. Stainton-Rogers (Red). *The SAGE handbook of Qualitative Research in Psychology*. (ss. 179-194). London: SAGE Publications Ltd.

Bilaga 1 Informationsbrev

Hej!

Stort tack för att du vill vara med och bli intervjuad i vårt examensarbete! Vi som skriver uppsatsen heter Mahnaz Changolh och Camilla Liedberg Dannhusen och vi går sista året på psykoterapeutprogrammet vid Lunds universitet, psykodynamisk inriktning, barn och ungdom. Uppsatshandledare heter Per Johnsson, Docent i klinisk psykologi och leg psykolog. Institutionen för psykologi.

Arbetsnamnet på vår uppsats är: "Att förlora sin barndom och få hjälp att hitta den på nytt". Fokus för uppsatsen är psykodynamisk terapi för barn i åldern 0–12 år som har varit med om komplexa trauman. Studien handlar om att utforska dels hur traumatiska upplevelser kan komma till uttryck hos barn dels hur man som psykodynamisk barnterapeut kan arbeta med dessa barn. I undersökningen fokuserar på vilka erfarenheter du som terapeut har av traumabehandling med barn, om du använder en viss metod vid traumabehandling och vilka tankar du har om metoden. Studien handlar även om hur du som barnpsykoterapeut ser på föräldrarbete i terapin. Intervjun kommer att ta som längst 1 och 1/2 timme. Intervjun kommer att spelas in för att kunna senare bearbeta intervjuvären.

Uppsatsen kommer att följa de etiska krav som ställs på uppsatsarbeten på universitetsnivå. Intervjupersoner deltar frivilligt i uppsatsarbete och har rätt att när som helst under arbetets gång meddela ifall de beslutar sig för att de inte längre önskar delta i arbetet. Någon förklaring till ett eventuellt avhopp krävs inte och ett avhopp kommer inte på något sätt att påverka intervjupersonen. Intervjupersoners svar kommer att avidentifieras. Personliga uppgifter kommer att anonymiseras genom fingerade namn. Förvaringen av intervjuuppgifterna kommer enbart att användas av oss intervjuare och handledare och de kommer att hållas inlåsta för att sedan destrueras när examensarbetet är godkänt. Uppsatsen kommer att läggas ut på internet via Lunds universitet.

Välkomna!

Kontaktuppgifter:

Camilla Liedberg Dannhusen:

Arbetar som kurator BUP Öster Väster i Malmö, Mobil.nr: 0723 - 61 80 04

Epost: c.dannhusen@gmail.com

Mahnaz Changolh

Arbetar som familjebehandlare på Resursenheten Barn och Ungdom

Mahnaz.changolh@gmail.com

Bilaga 2 Intervjufrågor

Intervjufrågor - uppsats

Vilken är din akademiska utbildning? Hur länge har du varit verksam i ... (arbetsplatsens namn)? Vilken är er målgrupp? (barnens ålder) Arbetar du utifrån någon särskild terapimetod när du arbetar med trauman hos små barn?

1. Vem brukar initiera en psykodynamisk traumabehandling för de barn du träffar?
 2. När du träffar barn i traumabehandling, vilka är de vanligaste bakomliggande orsakerna till att de behöver terapi?
 3. Hur kommer dessa traumatiska upplevelser till uttryck hos barnen? Hos föräldrarna? Eller i samspelet mellan barn och föräldrar?
 4. Hur ser kartläggningen ut och vad är viktigt att hålla fokus på när man gör en bedömning om trauma?
 5. Hur skulle du vilja beskriva terapiprocessen i en traumabehandling?
 6. Om man använder en särskild terapimetod, behöver man då följa den strikt eller brukar man behöva anpassa metoden efter situation?
 7. Vilka "verktyg"/insatser använder barnpsykoterapeuter i sin behandling? Hur ser arbetet med föräldrarna ut?
 8. Vilka kan de största utmaningarna vara i arbetet med föräldrarna?
 9. När vet man att barnet/familjen är redo att klara sig utan terapi?
 10. Vad tänker du brukar vara särskilt verksamt för barnets tillfrisknande? (både i och utanför terapिसammanhanget)
- Finns det någonting viktigt inom detta område som vi glömt att fråga er om?