

**Psykolog, cand.pæd.psych. Tove Mejdahl**

*Tove Mejdahl er specialist og supervisor i børnepsykologi samt uddannet SE-practitioner.*

*Var i 11 år psykolog i hhv. Roskilde og Stenløse kommune.*

*Egen fuldtidspraksis fra 2001. Holder foredrag, supervision og kurser.*



## **Forladthedstraume, påvirkninger i nervesystemet og SE-terapi**

Adoptivbørn har det fælles træk, at de alle er blevet forladt af deres biologiske forældre.

I dette kapitel vil jeg begynde med at beskrive ”det tidlige forladthedstraume” ved at forholde det til kontrasten – ”den ideelle start på livet”. Herefter vil jeg kort beskrive nervesystemets funktion og baggrunden for udviklingen af traumeterapiformen Somatic Experiencing®. Jeg vil slutte af med at beskrive de grundlæggende principper i SE-metoden og eksemplificere, hvordan jeg anvender principperne i praksis i arbejdet med adoptivbørn og deres forældre.

Den ideelle begyndelse på livet starter før undfangelsen – mor og far er glade for hinanden, og de ønsker sig at få et barn sammen. Der er glæde og forventning, da graviditeten bliver konstateret, og mor passer godt på sig selv – ryger ikke, drikker ikke alkohol, spiser fornuftigt og sørger for at få ro og hvile nok. Far bliver optaget af, hvordan han kan sørge for de bedst mulige rammer for den lille familie. Mor og far følger med i graviditetens faser og især mor begynder at fornemme og kontakte det lille væsen, som hun bærer i sin mave.

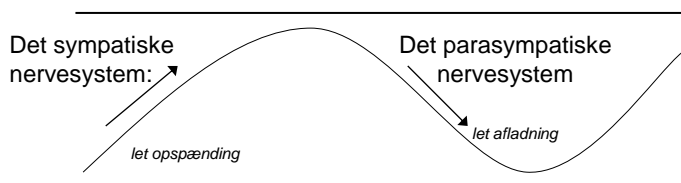
Fødslen foregår i rolige, trygge rammer og er ideelt set så naturlig som muligt med kun nødvendig indblanding fra fødselshjælperne. Mor og barn ”samarbejder”, hvilket betyder, at mor helt overgiver sig til fødselsprocessen og kan lade kroppen og naturen tage over. Faren støtter og skærmer morens proces, og når barnet er født, kommer det direkte op på mors mave, hvor navlestrengen bliver klippet. Herefter skal forældre og barn helst have ro de næste par timer, for det lille barn er som et ”lille dyr” designet til at kunne klappe op ad mors mave og selv finde frem til brystet. Ved sådan en fødsel vil barnet føle sig velkomment i verden og vil kunne udvikle en fornemmelse af ”at høre til”.

Tidlige traumer grundlægges i fostertilstanden, ved fødslen eller i den første spædbarnstid. For mange adoptivbørns vedkommende, har den biologiske mor vidst, at hun ikke ville eller kunne beholde barnet. Derfor starter det ”tidlige forladthedstraume” allerede ved undfangelsen og i den biologiske mors livmoder. Hun kan være i en kronisk stresstilstand på grund af sine livs omstændigheder og den formentlig uønskede graviditet. Den stresstilstand påvirker fosteret direkte: ”Når hormonerne hos en mor der oplever stress, passerer gennem moderkagen, virker de kraftigt ind på, hvordan blodtilførslen fordeles i hendes foster og ændrer den måde, fosterets fysiologiske

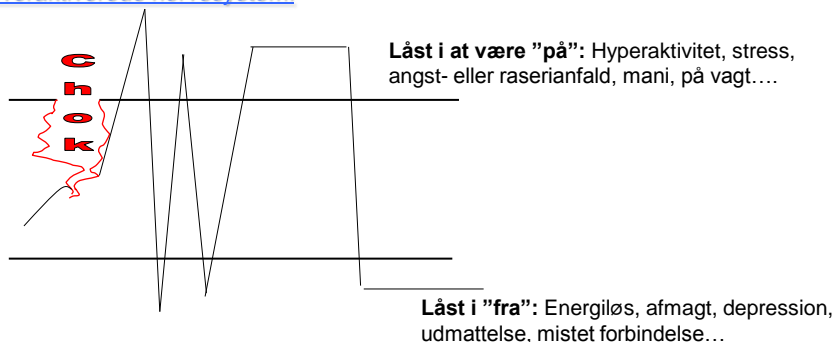
udvikling foregår på” (Lipton 2009). Hun vil formentlig også undgå at forholde sig til barnet i sin mave, hvilket kan betyde, at hun ingen hensyn tager til sin graviditet i forhold til fx hvad hun spiser og drikker, og måske har hun pga. fattigdom simpelt hen ikke adgang til fødevarer i tilstrækkeligt omfang.

Selve fødslen vil være en traumatisk begivenhed i sig selv, hvis moren er klar over, at hun ikke vil beholde sit barn. Smerterne bliver meningsløse og overvældende, og følelsesmæssigt vil hun antageligvis være fyldt af sorg, vrede og håbløshed. Under de omstændigheder kan der opstå alle mulige komplikationer, fordi det ”samarbejde”, der ideelt set skulle være mellem mor og barn, slet ikke kan fungere. Og når barnet endelig er født, bliver det sikkert ikke mødt på sin naturlige instinktive adfærd i forhold til at søge mad, kontakt og beskyttelse. Det bliver ikke budt velkommen til verden. For en del børns vedkommende bliver de konkret forladt allerede her. De bliver fjernet straks efter fødslen og opnår derfor ikke at komme i morens arme eller blive lagt til hendes bryst. Det som ligger indbygget i barnet (og i moren), som en biologisk forprogrammeret plan bliver brutalt afbrudt, og det er voldsomt traumatisk. Det tidlige forladthedstraume er hermed grundlagt.

#### Det velfungerende nervesystem:



#### Det overaktiverede nervesystem:



**Det autonome nervesystem** er normalt fuldt udviklet ved fødslen. Det er det, som styrer alle vitale funktioner i vores krop så som puls, blodtryk, appetitregulering, vågenhed, søvn og vores reaktion på fare - senere i form af kamp-, flugt- eller frysereaktionen. Nervesystemet består forenklet set af to systemer: en igangsættende del, der gør os klar til handling, som kaldes det *sympatiske nervesystem*, og en hæmmende del, som får os til at slappe af igen, som kaldes det *parasympatiske*

*nervesystem*. Man kunne kalde det for henholdsvis kroppens ”speeder” og kroppens ”bremse”. Se figur herover.

Nervesystemet styres af den mest primitive del af hjernen, kaldet reptilhjernen, og den har vi til fælles med krybdyrene. De højere hjernefunktioner som pattedyr og primater udvikler er helt afhængig af god yngelpleje. Det spæde barn kan ikke regulere sig selv. Når det er ophidset, reagerer det med en gråd, som er designet til at omsorgsgiveren vil reagere på den. Ved at blive vugget, trøstet og få den rette omsorg udefra hjælpes barnet med reguleringen i nervesystemet. Barnets sunde vækst og højere hjerneudvikling har brug for utallige daglige følelsesmæssige interaktioner med moren, faren eller det man kalder ”en primær omsorgsperson”. Når den sociale interaktion er for mangelfuld, vil barnets adfærd i højere grad blive præget af overlevelsesadfærd; hvilket betyder, at de områder af hjernen, der har med primitiv overlevelse at gøre, er de mest aktive. Adoptivbarnet er således nærmest ”forprogrameret” til overlevelse, når det møder sine adoptivforældre, og selve mødet kan i sig selv være en overvældende og traumatisk oplevelse. Det som for adoptivforældrene er kulminationen på en lang, besværlig proces i forhold til at få deres ønskebarn, er for barnet måske endnu en bekræftelse på en uforudsigelig, farlig verden, hvor man kun har sig selv at stole på.

**Somatic Experiencing® - SE-metoden** er udviklet af Dr. Peter Levine, der igennem mere end 30 år har forsket i chokreaktioners påvirkninger af nervesystemet. Metoden bygger således på de ret enkle neurologiske principper, som er beskrevet i foregående afsnit.

I den ”Somatisk Erfaringsproces” handler det primært om at finde en vej til at kontakte den sansede/oplevede fornemmelse i kroppen. Peter Levine udviklede metoden bl.a. ud fra iagttagelse af dyrs instinktive måde at frigøre sig fra den overlevelsesenergi, som mobiliseres i livstruende situationer. Vi mennesker har det samme instinktive beredskab; men vores evne til at tænke og føle har betydet, at vi har en tilbøjelighed til at ”bremse” den proces, som kroppen behøver for at frigøre sig af den høj-stress, som er forbundet med livstruende begivenheder. I stedet bindes overlevelsesenergien kropsligt og sætter sig som ubehagelige symptomer forbundet med nervesystemets funktion. Det vil komme til udtryk i form af forskellige overlevelsesmønstre, hvor stærk affekt, opspændthed, fraværenhed, energiløshed og fastlåsnings hører til de karakteristiske symptomer. Dette følges ofte af en oplevelse af angst eller endog panik (knyttet til opspændthedsstilstanden) og afmagt eller hjælpeløshed (knyttet til kollapstilstanden i kroppen) se figuren ovenfor.

Symptomerne handler, ifølge Peter Levine, om den ufuldendte biologiske reaktion på en trussel, som engang var. Man har i situationen ikke fået fuldført kamp/flugt impulserne, som blev mobiliseret, og kroppen har derfor ikke haft mulighed for at slippe overlevelsesenergien forbundet med truslen. Den er derfor nærmest blevet ”frosset” i tid, og oplevelsen er at truslen stadig ligger foran én, selvom den farefulde situation for længst er overstået.

På baggrund af denne viden, som er alment kendt indenfor traumeforskning, udviklede Peter Levine Somatic Experiencing®, SE-metoden, som primært sigter på at få fuldført de kropslige impulser

knyttet til den trussel, som var, og derved hjælpe nervesystemet til at genetablere den naturlige balance mellem handlekraft og nysgerrighed samt afslapning og hvile.

### **SE-terapi anvendt på tidlige traumer/forladthedstraumet:**

Det er forældrene, de voksne, der skal kunne regulere barnets nervesystem, og da vi alle påvirker hinandens nervesystemer, vil det være hensigtsmæssigt først at have fokus på forældrenes eventuelle uforløste traumer og deraf følgende overlevelsesstrategier og ubalancer i deres nervesystem. Forældrene skal helst være i stand til at regulere sig selv, for at kunne regulere deres barn optimalt.

#### ***SE-terapiens principper:***

I SE-terapi anvendes nogle enkle og helt basale principper, som her vil blive gennemgået.

Den **somatiske erfaringsproces** er primær. Barnet skal have udviklet en god fornemmelse af kroppen og have udbygget sit ordforråd med sans-føle ord. Sanseintegrationsarbejde, som er beskrevet i et særskilt afsnit i denne bog, er derfor meget vigtigt, og ofte anbefales forældrene at samarbejde med en sanseintegrationsspecialist før eller parallelt med traumeterapien.

**Ressourcer** findes frem og udbygges lige fra begyndelsen af terapien og hele vejen igennem, hvilket er et bærende element i SE-metoden. Fokus er på tryghed, sikkerhed, omsorg, på betydningsfulde relationer, på hvad der opleves rart eller sjovt og på barnets kompetencer.

**Pendulering** er kroppens naturlige vekslen mellem udvidelse og sammentrækning. Når man er traumatiseret er man tilbøjelig til at opleve sig fastlåst ("fanget i sammentrækningen"), og nye situationer kædes sammen med og begrænses af begivenhederne i fortiden. Traumatet bliver konstant genopvækket ved forskellige traumeudløser. Forladthedstraumatet bliver eksempelvis aktiveret, hver gang barnet oplever den mindste risiko for at blive ladet alene. Det er bl.a. derfor overgang til pasning i institution kan være særlig vanskelig for adopterede børn. Ved at fokusere skiftevis på ressource og traume understøttes oplevelsen af pendulering. Når man kan følge og mærke fornemmelsen af udvidelse og sammentrækning (uden at opleve sig angst), så sidder man ikke længere fast.

**Biologisk fuldførelse** er et af de vigtigste principper i se-terapi. Biologisk indlejret i os, ligger der en slags motoriske "handleplaner", som ideelt set kommer til udførelse, når vi bliver udsat for potentielt farefulde situationer. Kamp-flugt reaktionen ligger lige for, når den sympatiske del af nervesystemet bliver aktiveret. Men vi er fx også designet til at "ofre" en arm for vores hoved: Hvis vi kan nå det, tager vi instinktivt fra med arme og hænder for at beskytte vores hoved. Når man grundet omstændighederne ikke når at fuldføre den indlejrede motoriske plan i den farefulde situation, så ligger planen som en slags "åben mulighed", en parathed i krop og nervesystem, som betyder, at man ikke kan blive færdig og få afsluttet situationen. Traumatet bliver på den måde "frosset i tid", som Levine udtrykker det. Færdiggørelsen af den biologiske reaktion knyttet til den farefulde situation, er ofte lige præcis det, som skal til, for at man kan komme ud af fastlåsningsen og virkelig få oplevelsen af, at faren er overstået nu.

**Afladning** følger naturligt efter opspænding og mobilisering, hvor nervesystemet har været aktiveret. Den kan opleves som prikken, sitren, strømmen, varme og til tider synlige rystelser i lemmerne. Man kunne også kalde det for deaktivering og den følges ofte af en afslapning og/eller tyngdefornemmelse.

### **SE-terapiens principper anvendt i forhold til adoptivbørn:**

Når man har tidlige traumer bliver man meget let overvældet af den aktivering af nervesystemet, som følger af oplevet fare. I stedet for at reagere med kamp eller flugt, vil man være tilbøjelig til at veksle mellem en stivnen og en slags total ophidselse, hvor bevægelserne virker uorganiserede eller diffuse, som hos et lille spædbarn. Udviklingen af mere organiserede bevægelser og biologiske ”handleplaner”, er derfor helt centralt i behandlingen.

Jeg vil i det følgende komme med nogle eksempler på arbejdet med at transformere den uorganiserede ophidselse eller aktivering til en mere organiseret handling og bevægelse:

*En lille pige på 3 år havde været i vellykket holdingterapi i et år og var nu trygt tilknyttet sine adoptivforældre; men hun havde stadig meget svært ved at falde i søvn både om aftenen og til middagslur i sin dagpleje. Hendes ”historie” var, at hun omkring et halvt år gammel var blevet forladt sovende under et træ. Det betød, at hun havde koblet angst for at blive forladt sammen med det at sove. Det at skulle falde i søvn blev således en slags ”traumeudløser” af det tidlige forladthedstraume. I en SE-behandling vækkede vi hendes flugtinstant, ved at gennemlege situationen – hun sov under ”et træ”, vågnede og løb hen til sine forældre i tryghed. Hun syntes vældigt godt om legen og gentog den mange gange. I løbet af 10 minutter forvandlede hun sig for øjnene af os, idet hun gennemlevede flere udviklingsstadier på ganske kort tid – fra den lille og hjælpeløse på halvt år til den store pige på 3 år, der mestrede at organisere sine bevægelser og planlægge sin adfærd. Hjemme gentog de legen gennem en længere periode, og hun lærte på den måde, at det ikke var farligt at falde i søvn, og at hun til en hver tid kunne løbe hen og finde tryghed hos sine forældre, når hun vågnede.*

*En lille dreng på 4 år blev adopteret kun 3 måneder gammel. Han var for tidligt født, og han led af astmatisk bronkitis, som han skulle have medicin for flere gange dagligt i form af en maske, der skulle sættes hen over hovedet på ham, så han kunne inhalere medicinen. Hjemme hos sine adoptivforældre blev han hurtigt rask og havde ikke længere brug for medicin. Han udviklede sig fint og blev trygt tilknyttet; men da han var halvandet år gammel, blev han retraumatiseret i forbindelse med et lægebesøg. I løbet af behandlingen hos mig blev vi opmærksomme på, at han havde koblet sin angst for masken til den lyd, som fulgte med. Bestemte lyde udløste således det tidlige traume. Det var busser, der lukkede trykluft ud, ketchupflasker og lignende, der spruttede, når man trykkede på dem. Intensivt arbejde gennem et halvt års tid hjalp, så han flyttede sig fra at være i panik, hvor han skreg og skreg uden mulighed for kontakt, til blot at blive lidt ængstelig og holde sine hænder for ørerne, når han blev præsenteret for fx de lyde, som han ikke kunne lide. Altså bevægede han sig fra total overvældelse til en mere organiseret beskyttelse i form af at holde sig for ørerne.*

Meget ofte sker der en traumatisering eller eventuelt ”retraumatisering”, som ovenfor i forbindelse med behandling af børn i sundhedssystemet. En behandling, som for læger og andet sundhedspersonale er ren rutine, kan have voldsomme konsekvenser for børn og forældre, hvis ikke de bliver mødt og forberedt godt nok på, hvad der skal ske. Som eksempel vil jeg beskrive, en enkelt SE-behandling ud af et længere forløb med en femårig pige og hendes forældre. Som toårig skulle hun have lagt dræn ind i sine ører, fordi man hos ørelægen konstaterede, at hun ikke hørte ret godt. Hos mange ørelæger foregår denne procedure som ren rutine, og det går stærkt: Barnet bliver sat hos mor eller far, og der skal holdes godt fast, mens bedøvelsesmasken bliver lagt hen over barnets næse og mund. Det uforberedte barn kæmper i bogstaveligste forstand for sit liv, og mor eller far, der ideelt set altid skal være der for at passe på barnet, kommer i stedet til at forråde barnet. I eksemplet som følger er det en far, der holder sin datter:

*I SE-behandlingen, hvor vi arbejdede med den traumatiske situation hos ørelægen, blev pigen bedt om at sidde hos sin far med mor ved siden af. Far holder blidt om hende og fortæller hende, hvor glad han er for hende, og at han altid vil passe på hende – her begynder pigen at ville kæmpe sig fri og rækker ud efter sin mor. Da far stadig holder fast, begynder hun at græde på en måde, så man tydeligt kan høre, hvor vred hun er. Hun tror tydeligvis ikke på, at far kan passe på hende, og jeg er ikke i tvivl om, at vi nu har kontakt med traumehistorien fra dengang, hun fik lagt dræn ind. Jeg går nu i rolle som den ”dumme” læge, der kommer med ”masken” og vil sætte den hen over hendes ansigt. Samtidig instruerer jeg far i at vise, hvordan han vil passe på sit barn ved at skubbe den ”dumme” læge væk. Hun skifter straks fra frustreret gråd til spænding og begejstring, og hun hjælper aktivt far med at skubbe lægen væk. Vi gentager legen flere gange, og far lover, at han aldrig mere vil medvirke til, at hun uforberedt bliver udsat for den slags ting hos lægen. Han vil altid passe på hende. Pigen er nu tydeligt roligere og meget gladere. Vi slutter af med, at hun sidder lidt hos mor, mens vi runder behandlingen af, og far bliver instrueret i, hvordan han kan arbejde videre hjemme.*

Med det adopterede barn må der arbejdes med ”sikker base”, omsorg og kontakt som det helt grundlæggende. I begyndelsen af barnets liv er intet gået efter den iboende plan fra naturens side. Barnet er blevet forladt af sit ophav, og i tidligere tider, ville det have betydet den visse død for et lille barn at blive efterladt. Alt efter den omsorg og næring som barnet har modtaget inden det kom til sine adoptivforældre, vil det være præget af en større eller mindre grad af traumatisering. Traumebehandlingen indebærer at tage fat i temaer omkring fostertilværelse, fødsel, børnehjem samt mødet med adoptivforældrene:

- Hvordan ville det have været at ligge i (adoptivmors) mave?  
*Barnet lytter til hjertet og maven. Det bliver dækket af tæppe, og mor og far snakker om barnet, der skal komme – snakker til maven – mærker på, når ”babyen” sparker osv.*  
Positive forventninger opbygges, og det er ofte meget berørende, fordi det også går ind i morens længsel efter rent faktisk at have oplevet graviditet. Hermed bliver den iboende plan for både mor og barn fuldført – og ønskebarnet kan mærke og virkelig opleve sig ønsket.

- Hvordan ville det være at blive født af mor?

*Vi leger fødsel, barnet får modstand på sit hoved og får lov at stemme af med sine fødder, så det kan få oplevelsen af, at mase sig igennem. Det bliver herefter straks taget imod af mor og far, der begge er meget glade og byder barnet velkomment. På den vis bliver den iboende plan for velkomsten i verden fuldført, og både barn og forældre kan virkelig mærke, at sådan skulle det have været.*

Under hele processen veksles mellem at fokusere på tryghed og invitation til nysgerrighed. Når der er tryghed nok, så ”vinder” nysgerrigheden nemlig, og barnet kommer på den måde gradvis ud af overlevelses-strategierne.

### **Opsummering**

Der er skrevet flere bøger om traumeterapi med børn. Det er et stort og omfangsrigt emne, og i dette afsnit har jeg forsøgt kort og enkelt at beskrive, hvordan SE-terapiens principper kan anvendes i traumeterapi med adoptivbørn og deres forældre. Med det tidlige ”forladthedstraume” virker det bedst at integrere SE-principperne med andre former for behandling. Det kunne eksempelvis være tilknytningsterapi (fx ”Holding”), spædbarnsterapi og en form for legeterapi, der kaldes Theraplay.

At få sit adoptivbarn sikkert tilknyttet og i positiv vækst er hårdt arbejde for forældrene, idet selve terapiforløbet med barn og forældre ikke kan stå alene. Det er afgørende, at behandlingen følges op hjemme med øvelser og træning. Kropsfornemmelse, regulering af nervesystemet og forældre-barn-kontakt skal til, for at det tidlige forladthedstraume kan heles.

Litteratur:

Levine, P. Væk tigeren. Borgens Forlag, 2001

Lipton, B. Intelligente celler. Borgens Forlag 2009