

Traumebehandling for små barn

Anita Krøvel-Velle

Psykologspesialist / BUP Sentrum, Helse Bergen, med deltidsengasjement ved RBUP Øst og Sør
krvarn@helse-bergen.no

Guro Vigestad

Psykologspesialist / BUP Sentrum, Helse Bergen, med deltidsengasjement ved RBUP Øst og Sør

Anne Gunn Tingvold

Psykologspesialist / BUP Sentrum, Helse Bergen, med deltidsengasjement ved RBUP Øst og Sør

Tidlege traume viklar seg inn i barnet si utvikling på komplekse måtar. Metoden Child-Parent Psychotherapy gir oss høve til å få fram barnet si stemme samtidig som vi jobbar med auka tryggleik og utviklingstøtte i omsorgsrelasjonen.

Då Kaia var 16 månadar, vart ho akutt flytta i beredskapsheim etter gjentekne alvorlege valdsepisodar heime. Ho kjem til behandling ved BUP 3 år gamal, saman med fostermor. Det er bekymringar knytt til humørsvingingar, sinneutbrot og separasjonsangst. Ingen har snakka med Kaia om valdshendingane ho sannsynlegvis har vore vitne til i biologisk heim.

Korleis kan vi som terapeutar hjelpe små barn til gjennomarbeiding og heiling når skremmande hendingar stoggar normal vekst? I denne artikkelen ynskjer vi å dele kliniske erfaringar med metoden Child – Parent Psychotherapy (CPP). Vi vil kome tilbake til Kaia seinare i artikkelen. Gjennom å fylgje behandlinga hennar ynskjer vi å illustrere korleis eit behandlingssløp kan sjå ut.

CPP er ein relasjonsbasert og traumeinformert behandlingss metode for sped- og førskulebarn. Metoden kan nyttast i alle situasjonar der relasjonen mellom eit lite barn og omsorgspersonen er negativt påverka av vanskelege tilhøve i familien (Lieberman et al., 2015). Årsaker kan mellom anna vere eksponering for traumatiske hendingar, miljømessige belastningar, psykisk sjukdom hjå foreldre, omsorgssvikt, store utfordringar relatert til temperament eller andre vanskar hjå barnet. Barn og omsorgsperson møter saman til behandlingstimar på leikerom. Målet med behandlinga er å styrke relasjonen mellom barn og omsorgsperson, og at omsorgspersonen i aukande grad skal bli i stand til å forstå barnet si åtferd, hjelpe med regulering av følelsar og å støtte barnet tilbake til normalutvikling.

CPP er ein godt etablert behandlingss metode for denne pasientgruppa i USA, medan implementering av metoden er heilt i startfasen i Noreg. Effektstudiar viser til gode resultat for barn med PTSD-symptom og barn med åtferdsvanskar (Lieberman, Gosh Ippen & Van Horn, 2006; Lieberman, Van Horn & Gosh Ippen, 2005). Desse studiane viser til at behandlinga også har effekt på omsorgsgivar sine symptom på psykisk lidning. Ein finn også god behandlingseffekt for barn med fleire traumatiske og belastande livshendingar (Gosh Ippen et al., 2011). CPP har dessutan vist positiv effekt på tilknytingsmønster hjå barn til deprimerede mødrer (Toth, Rogosch, Manly & Cicchetti, 2006), og ein langtidsstudie finn at effekten varar ved over tid (Guild, Toth, Handley, Rogosch & Cicchetti, 2017).

Teoretisk grunnlag

Fears about the future mirror what happened in the past and live on as a burden in the present. (Lieberman & Van Horn, 2008).

Metoden har vaks ut frå Infant – Parent Psychotherapy, som vart utvikla av Selma Fraiberg og kollegaer (1980). Dei var opptekne av korleis forstyrningar hjå spedbarnet ofte hadde samanheng med foreldre sine eigne psykologiske konflikter, uttrykt gjennom foreldra sine haldningar til og åtferd overfor spedbarnet. Fraiberg et al. (1975) presenterte omgrepet «Ghosts in the nursery», som viser til korleis eigne vonde omsorgserfaringar pregar forventningar til og oppfatningar av barnet. Desse igjen formar forelderen si åtferd og reaksjonar i møte med barnet, som igjen internaliserer desse oppfatningane om seg sjølv. Dess mindre tidlege omsorgserfaringar er bevisst erkjent og forankra i kjenslelivet, jo meir står ein i fare for å repetere dei. Gjennom å legge til rette for å kunne knytte kjensler til erfaringane skapar ein grunnlag for å kunne bryte generasjonsoverføringar av traume.

CPP er ei vidareutvikling av denne tradisjonen som var forankra i psykoanalytisk teori og utviklingspsykologi. Ein har utvida målgruppa si alder oppover, samt inkorporert nyare traumeforståing. Metodetruskar er ikkje manualisert ut frå spesifikke teknikkar, men ut frå nokre overordna målsetjingar og moglege intervensjonsmodalitetar, der ein legg stor vekt på refleksiv praksis (Lieberman et al., 2015). Verktøy knytt til metodetruskar skal hjelpe terapeuten med å finne vegen for den aktuelle dyaden i behandlingsrommet gjennom å heile tida reflektere over eigne haldningar og kva som skjer emosjonelt både i terapeut, i barn, i forelderen og i relasjonen.

Metoden kan nyttast i alle situasjonar der relasjonen mellom eit lite barn og omsorgs- personen er negativt påverka av vanskelege tilhøve i familien

I kvar behandlingstime vil der vere eit hav av moglege tema og terapeutiske vegval. Child–Parent Psychotherapy har tatt utgangspunkt i Daniel Stern sitt omgrep «Ports of entry» (inngangsportar) (1995) for å auke medvit om terapeutiske moglegheiter som oppstår fortløpande (Lieberman & Van Horn, 2008). Terapeuten har langsiktige målsetjingar for dyaden, og idear om kva som kan vere mest endringsskapande her og no. Terapeuten vil til dømes kunne velje å opne meir opp for forståing av barnet sin leik, å styrke omsorgspersonen eller å fokusere på å bringe dyaden nærmare kvarandre. Ein vel også mellom ulike modalitetar, som kroppsspråk, samtale, aktivitet eller leik. Ut frå det som spelar seg ut augneblink for augneblink i terapirommet, vel terapeuten ein *inngangsport* og fylgjer det som då opnar seg.

Små barn og traume

CPP legg til grunn kunnskap om den gjennomgripande og øydeleggjande krafta traume kan medføre i ein person sitt liv, og spesifikt hjå dei minste. Små barn har eit lite utvikla nervesystem for å handtere skremmande hendingar, og dei er difor heilt avhengige av omsorgspersonar si støtte og hjelp. Dette vert framheva av traumefeltet generelt og av spedbarnsfeltet spesielt, der den nye utgåva til Sjøvold og Furuholmen (2020) si bok *De minste barnas stemme. Sped- og småbarn utsatt for vold og omsorgssvikt* målbærer dette på ein tydeleg måte i Noreg. Ved fråvær av slik støtte eller når omsorgspersonar er årsak til dei skremmande erfaringane, står barnet svært utsett til for å få alvorlege forstyrningar i utviklinga si. Dette påverkar barnet si oppfatning av verda rundt seg, mellom anna i form av

manglande tillit, som igjen gir ringverknader i nære relasjonar (Lieberman et al., 2015). Traume vil slik kunne hindre at foreldre klarer å etablere seg som ein trygg beskyttar for barnet i fortsetjinga. Det er difor avgjerande at behandlinga inkluderer eit eksplisitt fokus på relasjonen mellom barnet og ein eller fleire omsorgspersonar. Når skremmande minne vekkast hjå små barn, treng dei omsorgspersonar si støtte med å gi meining til minna og å etablere eller gjenetablere kjensla av tryggleik og vern.

Kunnskap om utviklingspsykologi, og særleg heilt tidleg utvikling, er ein viktig del av grunnkompetansen for å forstå dei minste barna sine reaksjonar på traume. I barn si normalutvikling er ulike former for universell angst relatert til ulike utviklingstrinn, som angst for å bli forlaten, for å miste foreldre si kjærleik, for kroppsleg skade og angst for å ikkje vere god nok. Spedbarn reagerer først og fremst på opplevd fare med sensorimotorisk desorganisering og forstyrning av biologisk rytme (Lieberman et al., 2015). Dei oppfattar gjennom alle sansar, og ulike sanseerfaringar kan seinare utgjere traumatiske påminningar. Frå 2-årsalderen kan barn i større grad reagere med kamp-flukt-reaksjonar, og dei kan i aukande grad nytte språk og symbolsk leik til å aktivt prøve å forstå erfaringane sine. Ofte vil dei feiltolke årsakene til skremmande hendingar, og barn frå 2-årsalderen har ein tendens til å klandre seg sjølv når noko går gale i familien. Tidlege traume viklar seg slik inn i barnet si utvikling på komplekse måtar. Traumet er ikkje berre ting som har skjedd, men forventningar om kva som kan kome til å skje, og sannsynlege vrengebilde av eige ansvar og skuld. Slik er CPP alltid traumeinformert, sjølv om behandlinga ikkje alltid er traumefokusert.

CPP er ein godt etablert behandlingsmetode for denne pasientgruppa i USA, medan implementering av metoden er heilt i startfasen i Noreg

I normalutvikling har leik og fantasi ein viktig plass i å hjelpe barnet å handtere frykt. I Selma Fraiberg si klassiske bok *The Magic Years. Understanding and handling the problems of early childhood* (1959) peiker ho på korleis barn over heile verda har ulike former for titt-tei-leik i fasen der dei strevar med separasjonsangst. Gjennom at barnet slik repeterer det det er redd for, under forhold som det kan kontrollere, hjelper barnet seg sjølv til å overkomme angsten. Leiken gir også høve for å snu ein situasjon som i røynda ville vere smertefull, til ei gledefylt erfaring.

Leik kan seiast å vere den kommunikasjonsforma som på ein rikast måte formidlar små barn sine forsøk på å skape meining frå eigne erfaringar. Førspåklege minner av traumatiske hendingar kan seinare spelast ut gjennom leik, og ein erfarer at barn kan sette ord på minne etter at dei har utvikla ekspressivt språk (Reyes & Lieberman, 2012).

Frå praksis

Vi har hatt høve til å jobbe med denne metoden i nokre år, og metodikken er no godt forankra i poliklinikken. Svært mange av barna vi har hatt i behandling, har vore vitne til dramatiske hendingar (som sjølv mord, alvorlig vold mellom foreldre, drap eller drapsforsøk), fleire i førspåkleg alder. Andre har levd over tid med diffus omsorgssvikt, som foreldre med alvorleg psykisk sjukdom eller rusmisbruk. Vi erfarer at CPP gir oss eit solid rammeverk til å jobbe med komplekse saker. Den gir oss høve til å få fram barnet si stemme samtidig som vi jobbar med å trygge omsorgsrelasjonar. Vi ynskjer å gjere metoden kjent for norske klinikarar og vil illustrere metoden med utgangspunkt i eit klinisk kasus. Kasus er anonymisert og er sett saman av fleire familiar vi har hatt i behandling. Terapeuten blir presentert i eg-form.

Kaia 3 år

Behandlinga startar med ein grundig *førebuingsfase*. Terapeuten brukar tid saman med omsorgspersonar til å forstå deira eiga historie og å skape felles forståing om barnet og relasjonen. Målet er å saman førebu det som møter ein i behandlingsrommet med barnet til stades. Saman startar arbeidet med felles utforsking og meiningsskapning av det barnet har erfart. Denne fasen endar i at ein formulerer *forklaringstriangelet*, der dei viktigaste traumeerfaringane vert knytt til barnet si åtferd og følelsar, og vidare til korleis behandlinga vil fokusere på desse samanhengane.

Forklaringstriangelet er med på å skape ei felles forståing med omsorgspersonen. Kunnskap om barnet si historie kan vere til hjelp for å oppdage viktige tema i barnet sin leik. Enno veit vi ikkje kva oppfatningar, minner og fantasiar barnet har.

I førebuingsfasen hadde eg samtaler med fostermor for å få mest mogleg detaljert kjennskap til Kaia sine erfaringar. Det var mykje ein ikkje visste, men det var ei kjend alvorleg hending der politi vart tilkalla etter alvorleg vald utøvd mot biologisk mor frå dåverande sambuar. Politi fann henne hardt skada, og barnet sov i same rom. Fostermor skildra at Kaia strevde med søvn og mareritt, reagerte voldsamt på høge lydar, ho viste frykt for å vere aleine og store skifte i humør. Det var som at ho var oppteiken av å halde god stemning i heimen for så plutselig å skifte humør til å vere meir kontrollerande og sint, utan at dei forstod kva som påverka henne. Eg valde å invitere biologisk mor til samtale for å forstå meir omkring jenta sine erfaringar. Ho var glad for å få fortelje si historie og formidla fortvilning over ikkje å få vere meir saman med jenta si. Biologisk mor gav også detaljerte skildringar av hendinga kor ho vart utsett for omfattande vald i rommet der Kaia sov.

Saman med fostermor gjekk eg også gjennom hennar oppveksthistorie og omsorgserfaringar, og vi reflekterte om korleis dette påverka henne i møte med Kaia. Vidare jobba vi med å skape mening mellom Kaia sine erfaringar (valdserfaringar, brå endring i omsorgsbasis og tap av omsorgspersonar) og hennar vanskar no med mareritt, varsemnd for høge lydar, sterke sinneutbrot og separasjonsangst. Vi blei samde om kva som ville vere viktig å presentere for Kaia. Uttalte behandlingsmål var å legge til rette for at Kaia skulle kunne kommunisere om kva ho har erfart, at ho skulle få uttrykke og dele eit større spekter av følelsar, samt søke tryggleik og vern når ho treng det.

Når førebuingsfasen er avslutta, går ein over i *behandlingsfasen*. No blir barnet tatt inn i terapirommet. I første behandlingstime med barn og omsorgsperson introduserer ein «forklaringstriangelet» til barn og omsorgsperson saman. Ein nyttar ord, handlingar og leikemateriale som er tilpassa utviklingsalderen til barnet. Vi ynskjer at introduksjonen skal vere ein dørøpnar gjennom å bringe inn tema og hendingar som ein lurar på om barnet oppfattar som unemnelege. Målet er også å gi ei byrjande forståing av at reaksjonar er meiningsfulle og forståelege, og at ein ynskjer at viktige vaksne skal forstå og passe på. Etter introduksjonen rettar vi merksemda mot kva barnet viser vidare. Nokre barn bygger straks vidare på historia på ein måte som er lett å fylgje. Andre barn kan vise meir diffuse og uklare tema gjennom åtferd eller leik, tema vi enno ikkje forstår. Det vi erfarer i rommet, og gradvis får større forståing for, nyttast for å tilpasse terapeutiske mål gjennom heile behandlingløpet.

Kaia, fostermor og eg sit på golvet, og vi har framme dokker som representerer Kaia sin biologiske familie og fosterfamilien. Ved hjelp av dokkene illustrerer vi noko av det vi veit ho har opplevd. Vidare set vi ord på nokre av vanskanane Kaia viser her og no: at ho kan drøyme skumle draumar, at ho av og til blir så sint at ho slår, og at ho vert redd når fostermor går frå henne. Her kan vi leike og snakke om det ho har opplevd, og saman skal vi prøve å forstå. Fostermor held handa si på ryggen til Kaia under forteljinga og stryk varsamt. Undervegs i forteljinga opplever eg at Kaia fylgjer merksamt med, samtidig som ho beveger

seg rundt fostermor. Til slutt kryp ho heilt tett inn i fanget til fostermor, og ho tar med seg alle dokkene som representerer hennar biologiske familie.

I timane etter dette leiker Kaia ofte med dokkehuset. Eg observerer at i leiken har ho brå skifte, frå leik prega av idyll til plutslege sinneutbrot der ho kastar leikene på golvet. Eg legg også merke til at ho har rørsler der ho brått slår ut i lufta med armane sine, utan at fostermor og eg kan skape meining ut av det eller forstå kva dette representerer. Medan eg ser på dette, slår det meg plutsleg at rørslene ho viser, kan minne om biologisk mor si skildring av då ho kjempa mot sambuaren sin. Dette gjer meg nyfiken på om Kaia kan ha påtrengande minner frå hendinga då ho var 16 månader.

I starten har fostermor ei haldning der ho korrigerer Kaia når ho kastar leiker, og kor ho ynskjer å roe henne ned. Eg vel her å fokusere på anerkjenning av fostermor sitt ynskje om å hjelpe Kaia til å samle seg og å behandle leiker fint. Samtidig undrar eg høgt om moglegheit for at Kaia prøver å vise oss noko viktig. Fostermor viser gradvis større interesse og omsorg for dokkene når dei vert skada, og er nyfiken på Kaia sin repeterande aggresjon mot dei. I time 5 tar Kaia ei dokkeseng, legg ei baby-dokke oppi og trekker dyna over hovudet til dokka. Deretter tek ho to vaksne dokker og slår dei hardt mot kvarandre. Etter dette er det som at Kaia mistar muskeltonus og fell saman. Fostermor lyfter opp Kaia og held henne fast, tett inntil seg, voggar ho og stryk henne over håret, medan ho seier at ho forstår, og ho skal passe på Kaia.

Etter dette synest leiken å få ein annan kvalitet. Kaia byrjar å leike at vaksne kan passe på og beskytte dei små når dei blir skada eller får vondt. Tema vidare omhandlar å vere glad i mammaer, og det vert mogleg å snakke om Kaia si biologiske mor, som kunne ynskje ho hadde passe betre på Kaia då ho var lita jente.

Når ein vurderer at omsorgspersonen klarer å ta imot barnet si historie og har funne nye måtar å støtte barnet på, går ein over i avsluttingsfasen. Saman med omsorgsperson blir vi einige om når avslutting nærmar seg, og vi introduserer avslutting for barnet i god tid. Avslutting og separasjon som tema er til stades frå første møte med familien. Avsluttinga av kvar behandlingstime er ei førebuing til den endelege avsluttinga, og ein tenkjer seg også at avsluttingsfasen er ein modell for korleis det er mogleg å skiljast på ein føreseieleg og trygg måte, der ein kan dele og snakke om ulike følelsar. Slik legg vi til rette for nye og korrigerande emosjonelle erfaringar. Når avslutting vert introdusert for barnet, erfarer vi at barnet ofte bringer viktige tema inn igjen. Dette gjer det mogleg å få ei djupare gjennomarbeiding i lys av avsluttinga. Saman med barn og omsorgsperson prøver vi også å finne gode ritual for å seie farvel.

Saman med fostermor fortel eg Kaia at vi nærmar oss avslutting og seier noko om viktige tema ho har vist oss, og utvikling som ho og fostermor har vore gjennom. Kaia reagerer med aukande uro og brå rørsler, som minner om dei første timane på leikerommet. Ho finn så fram korga med dei ville dyra. Ho spelar ut at ei farleg løve angrip alle i familien, dei blir kasta av garde slik at Kaia er heilt aleine tilbake. Fostermor prøver å få bli med i leiken med figurar som skal hjelpe, men Kaia avviser dette og leiker vidare at Kaia er sterk og overvinn løva aleine. Fostermor byrjar då å sette ord på at kaia-dokka trur den må klare seg heilt aleine, og at ingen kan hjelpe. Det blei slik ei ny moglegheit til å erfare korleis Kaia kan ha opplevd å vere aleine og utan vern ved fare, og den djupe frykta ho ber med seg om å bli forlaten ein gong til.

Drøfting

Som med Kaia blir vi i møte med små barn stadig overraska over kva dei er i stand til å formidle når vi legg til rette for det. Kaia viste i leiken minne frå tida då ho var 16 månadar gamal. Dette var minne ingen hadde snakka med ho om, og som ho no kunne søkje trøyst for. Ved å kartleggje grundig

kva barnet har med av erfaringar, set terapeuten seg i stand til betre å forstå det barnet viser i leik. Dersom biologisk mor ikkje hadde fått høve til å fortelje detaljane kring viktige hendingar, ville det vore vanskelegare å skape mening for terapeut og fostermor. Å oppleve desse augneblinkane saman med barn og omsorgsperson er gripande, og vi opplever dei som skilsetjande og heilande for dyaden. Omsorgsperson får ei djup erkjenning av barnet si oppleving, noko som kan vekke nye intuitive omsorgskvalitetar, som igjen kan sette omsorgspersonen i stand til å beskytte barnet i framtida. I denne kaspresentasjonen var fostermor og biologisk mor dei involverte omsorgspersonane, i andre saker har fedrar ei større rolle i behandlingsprosessen. CPP opnar for at det også er mogleg å jobbe dyadisk og terapeutisk med ein omsorgsperson som sjølv har utøvd vald.

Barn har trong til å repetere angstfulle tema som del av gjennomarbeiding. Det er ikkje alltid leiken er tydeleg knytt til spesifikke hendingar. Barn leiker ofte ut tema og kjensletilstandar framfor ei lineær forteljing av kva som har skjedd. Ofte kan det at viktige vaksne blir i stand til å kjenne dei kjenslene barnet formidlar gjennom leik og åtferd, vere viktigare enn å forstå meir kognitivt. Ved at fostermor fekk vere vitne til Kaia si formidling av korleis ho erfarte historia si, og at fostermor viste aksept for kjenslene ho hadde, fekk Kaia erfare aksept for djupe kjensle knytt til angst og frykt. I CPP har ein mål om å gi rom for sterke kjensler for å forstå før ein regulerer dei ned. Grunnhaldninga er at barnet treng å få validert og uttrykt si indre verd, med alle kjensler som er knytt til dette, også når det er negative og aggressive uttrykk barnet viser. Ved å bli forstått og møtt på dette frå den som skal verne om barnet, kan nye måtar å forstå og ta hand om dei vanskelege kjenslene på, vekse fram.

Dess mindre tidlege omsorgserfaringar er bevisst erkjent og forankra i kjenslelivet, jo meir står ein i fare for å repetere dei

Ei grunnhaldning i CPP er at terapeuten ber med seg medvit om familien sin kulturelle og historiske bakgrunn (til dømes historiske traume), også om viktige personar i barnet sitt liv som ikkje tek del i behandlinga (Gosh Ippen, 2019). Dette inkluderer å ha ei respektfull haldning til dei som ikkje lenger er ein del av barnet sitt kvardagsliv, og ei erkjenning av spekteret i kjensler barna kan ha til desse. Samarbeid både med andre viktige personar i barnet sitt liv og med andre instansar er ein viktig del av arbeidet for å skape tryggleik rundt barnet og familien. Kaia hadde med seg biologiske foreldre opp i fanget til fostermor i første time. Vi undrar om Kaia nytta godt av at ho fekk lov å nemne mor og kunne uttrykke spekteret av kjensler knytt til mor. Ved at ho fekk kjennskap til at biologisk mor var glad i ho og sakna ho, kunne ho samtidig oppleve seg som ein elskeleg person andre bryr seg om, og at fostermor toler at ho er glad i fleire mødrer.

Som nemnt nyttast omgrepet *inngangsportar* om terapeutiske moglegheiter og val som til kvar tid oppstår i terapirommet. Til grunn for alle val ligg ei terapeutisk grunnhaldning der ein tillegg velmeinde intensjonar bak omsorgspersonen sine handlingar. Med Kaia viste fostermor ei trong til å stoppe Kaia når ho kasta leiker, og til å roe henne ned. Dette er noko ein ofte ser i behandlinga, at forelderen ynskjer å lære barnet god oppførsel samtidig som barnet viser viktige erfaringar i leiken. Med å ha ei velmeinde forståing av fostermor sin intensjon bak handlinga kan terapeuten anerkjenne at fostermor ynskjer å lære barnet noko viktig, og samtidig opne for at barnet viser noko viktig i leiken.

Ei anna terapeutisk grunnhaldning er å anta at barnet sin leik og åtferd er meningsberande. Med Kaia verka det som at når fostermor forstod leiken si betydning, og at ho anerkjente kjensla Kaia viste, kunne Kaia stadig komme djupare i å opne opp for minna ho hadde. Dette gjorde det også mogleg for terapeuten å rette fokus mot Kaia sine uttrykk. Det var som at fostermor no var med i «båten» og dei

saman utforska Kaia sine uttrykk og minne. I arbeid med biologiske foreldre er dette ofte eit større arbeid, då barnet si historie og symptom også kan utgjere traumetriggerar for forelderen i rommet. Dersom det var Kaia si biologiske mor vi jobba med, ville det vere enda meir avgjerande å ha god kjennskap til mor si historie og reaksjonar. Dette gir høve til betre å kunne forstå mor sine reaksjonar inne i rommet, og til å støtte henne i å skilje eigne reaksjonar og behov frå barnet sine.

Val av *inngangsportar* vil også påverkast av kor ein er i behandlingsprosessen. I første del av behandlinga rettar ein ofte fokus mot forelderen, då det er naudsynt at dei er med i forståinga og kan ta imot det barnet viser. Gjennom heile behandlingssløpet er det viktig å vere merksam på relasjonell kontakt, til dømes når Kaia søker fostermors fang medan ho ber med seg dokkene som representerer biologiske foreldre. Målet med behandlinga er at relasjonen skal kunne bere historia vidare. Difor er relasjonen og forelderen si forståing naudsynt for å kunne hjelpe barnet. I *avslutningsfasen* fekk Kaia høve til å på nytt vise si frykt for at viktige menneske forsvinn og at ingen kan hjelpe. I denne delen av behandlinga hadde fostermor no ei djupare emosjonell kontakt med Kaia si frykt og ga støtte. Slik vart det mogleg å i enda større grad legge til rette for anerkjenning og gjennomarbeiding av trauma.

Det er ikkje lett å fange alle moglegheiter idet dei oppstår. Kaia viste fleire gongar og over fleire timar aggresjon i leiken, før vi vaksne klarte å ta den inn over oss. I CPP tenkjer vi at barn vil repetere viktige tema, med ynskje om å bli forstått. Alicia Lieberman kallar desse *inngangsportane* for bussar; dei sentrale tema vil kome tilbake, og ved å reflektere over viktige tema aukar vi sjansen for å få med oss neste buss.

Samanfatting

Vår kliniske erfaring er at CPP gir oss eit rammeverk som er tydeleg nok til å finne vegen i overveldande og dels kaotiske saker, og samtidig opent og fleksibelt nok til at kvar terapeut kan finne sine eigne menneskelege og faglege ressursar på vegen saman med familien. Det er ein heilskapleg metode som vektlegg at vi som terapeut har eit ansvar for å sjå heile livssituasjonen barnet er del av.

CPP er ei vidareutvikling av denne tradisjonen som var forankra i psykoanalytisk teori og utviklingspsykologi

I CPP er ein opptatt av å hjelpe barn og omsorgsperson til å leike saman. Leiken kan samskape både traumenarrativ og narrativ om vern. Dette kan gjere det mogleg å sette ord på det som til no har vore usnakkeleg, som er eit av kjernemåla i CPP. I CPP jobbar ein med relasjonen framfor å jobbe med rettleiing til foreldre eller direkte med barnet utan forelderen til stades. Ved at terapeuten får kjenne på dynamikk og kraft i relasjonen, får ein djupare og meir direkte kunnskap om tematikk som påverkar samspelet negativt. Ved å kjenne til omsorgspersonen si eiga oppveksthistorie kan ein lettare forstå og kjenne omsorg for strev som den vaksne viser i møte med barnet sine traume. Vi opplever at denne grunnleggjande forståinga for forelderen gir moglegheiter for – saman med forelderen – å utforske nye vegval. Målet er heile tida at forelderen skal settast i stand til sjølv å nytte prinsipp frå behandlinga. Det gir håp om at relasjonen skal kunne bere endringa vidare også i møte med nye utfordringar og belastningar i livet.

Referanser

Fraiberg, S. (red.). (1980). *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. New York: Basic Books.

- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Child & Adolescent Psychiatry, 14*, 387–421. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61442-4](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61442-4)
- Fraiberg, S. H., (1959). *The Magic Years. Understanding and handling the problems of early childhood.* Oxford, England: Charles Scribners' Sons.
- Gosh Ippen, C., Harris, W. W., Van Horn, P. & Lieberman, A. F. (2011). Traumatic and Stressful Events in Early Childhood: Can Treatment Help those at Highest Risk? *Child Abuse and Neglect, 35*, 504–513. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.03.009>
- Gosh Ippen, C. M. (2019). Wounds from the past: Integrating Historical Trauma into a Multicultural Infant Mental Health Framework. I C. H. jr. Zeanah (red.), *Handbook of infant mental health* (4. utg.). New York: Guilford Press.
- Guild, D.J., Toth, S.L., Handley, E.D., Rogosch, F.A. & Cicchetti, D. (2017). Attachment security mediates the longitudinal association between child-parent psychotherapy and peer relations for toddlers of depressed mothers. *Development and Psychopathology, 29*, 587–600. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000207>
- Lieberman, A. F., Gosh Ippen, C. & Van Horn, P. J. (2006). Child-Parent Psychotherapy: 6 month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*, 913–918. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000222784.03735.92>
- Lieberman, A. F., Gosh Ippen, C. & Van Horn, P. (2015). *Don't hit my mommy! A manual for child-parent psychotherapy with young children exposed to violence and other trauma* (2. utg.). Washington DC: Zero to Three Press.
- Lieberman, A. F. & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and Young Children. Repairing the effects of stress and trauma on early attachment.* New York: Guilford Press.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P. J. & Gosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*, 1241–1248. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000181047.59702.58>
- Reyes, V. & Lieberman, A. (2012). Child-Parent Psychotherapy and Traumatic Exposure to Violence. *Zero to Three, 7*, 20–25.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy.* New York, NY: Basic Books.
- Sjøvold, M. S. & Furuholmen, K. G. (2020). *De minste barnas stemme. Utredning og tiltak for risikoutsatte sped- og småbarn.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Toth, S. L., Rogosch, F. A., Manly, J. T. & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1006–1016. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1006>