

Børn i familier med vold – teorierne bag behandlingsmodellerne

Seniorforsker Else Christensen og projekt Børn og Kvinder
i Familier med Vold – Servicestyrelsen.

BØRN I FAMILIER MED VOLD – TEORIERNE BAG BEHANDLINGSMODELLERNE

*Else Christensen og projekt Børn og Kvinder
i Familier med Vold – Servicestyrelsen*



DET NATIONALE
FORSKNINGSCENTER
FOR VELFÆRD



BOGEN ER UDGIVET AF

Servicestyrelsen
Børn & unge
Åbenrå 5, 1. sal
1124 København K
Telefon: +45 72 42 37 00
servicestyrelsen@servicestyrelsen.dk
www.servicestyrelsen.dk

REDAKTION:

Janne Østergaard Hagelquist, psykolog
Else Christensen, seniorforsker
Anne Agerbo, psykolog
Inger Kjeldsen, socialfaglig konsulent
Susanne Dal Gravesen, projektleder

1. udgave, september 2011

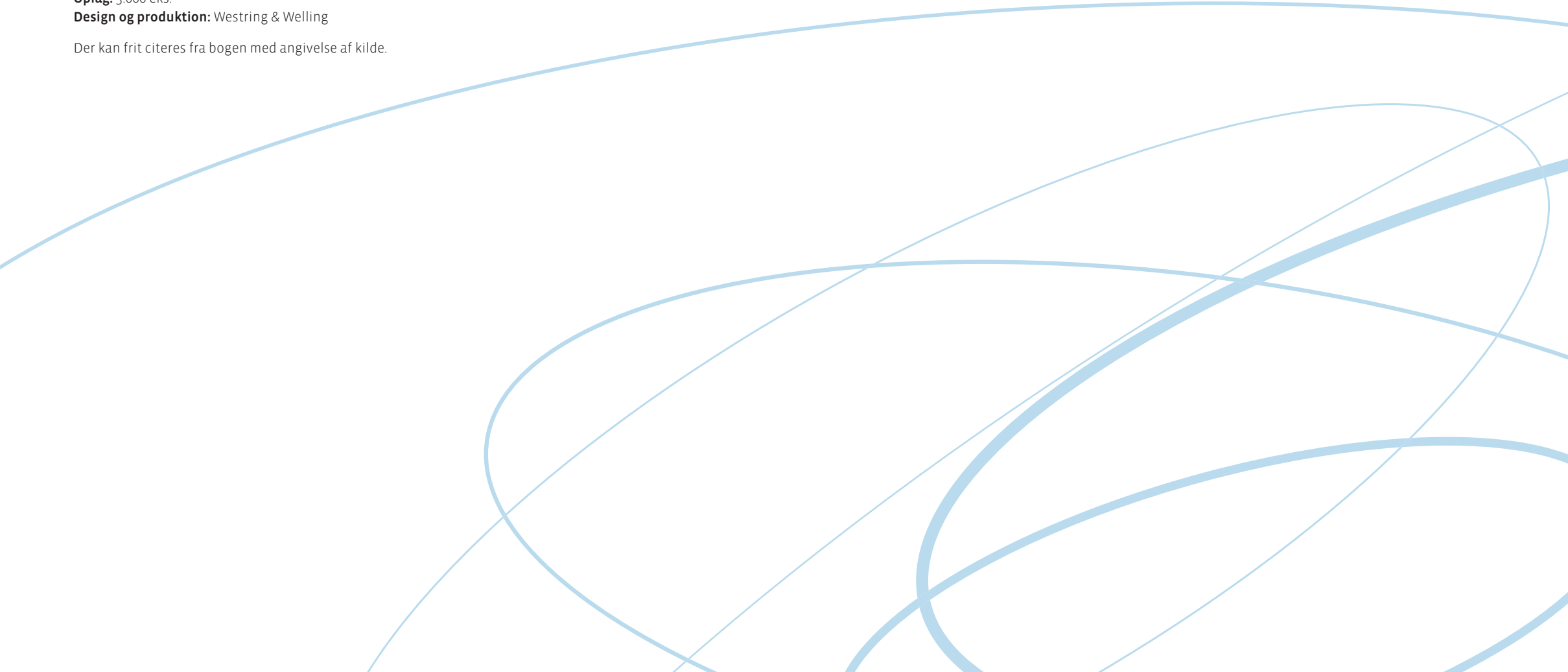
SFI-rapport nr: 11-31

ISBN: 978-87-92743-58-9

Oplag: 3.000 eks.

Design og produktion: Westring & Welling

Der kan frit citeres fra bogen med angivelse af kilde.



INDHOLD

SIDE 6	Forord
SIDE 11	Kapitel 1 Indledning
SIDE 15	Kapitel 2 At vokse op i en familie med vold
SIDE 29	Kapitel 3 Traumeteori
SIDE 41	Kapitel 4 Kognitiv teori
SIDE 53	Kapitel 5 Narrativ teori
SIDE 65	Kapitel 6 Mentalisering
SIDE 74	Referenceliste



FORORD

Vold mod børn er hverken acceptabel eller lovlig, og den har alvorlige personlige og samfundsmæssige konsekvenser.

Alligevel lever tusindvis af børn i Danmark i en utryk hverdag med vold og trusler. Det stiller krav til de professionelle behandlere og andre fagfolk i landets kommuner, der kommer i kontakt med disse børn og familier. Men hvordan støtter og behandler man børn, der er eller har været udsat for så alvorligt et svigt fra en, der skulle være omsorgsgiver?

Aarhus, Skanderborg, Randers, Odense og Haderslev Kommuner har over en treårig periode arbejdet systematisk med at udvikle, afprøve og beskrive modeller for behandling af børn, der er eller har været udsat for vold i hjemmet. Arbejdet er blevet fulgt og evalueret undervejs.

Denne bog beskriver *det teoretiske afsæt* for de behandlingsmodeller, som er resultatet af de fem kommuners arbejde. Vægten i denne bog ligger på en beskrivelse af teorierne bag behandlingen af børnene og mindre på beskrivelsen af selve behandlingsmodellerne i praksis.

En detaljeret beskrivelse af de konkrete behandlingsmodeller findes i en anden bog: *Børn i familier med vold – behandlingsmodeller*. Begge bøger er en del af en bogserie om vold mod børn, udgivet af Servicestyrelsen.

Denne bog er tænkt som inspiration for fagfolk, der har med vold mod børn at gøre. Den kan med fordel læses i sammenhæng med bogen om behandlingsmodellerne, men den kan også læses selvstændigt. Bogen er tænkt som en lettilgængelig, overskuelig gennemgang af de anvendte teorier bag behandlingsmodellerne med gennemgang af de væsentligste begreber inden for hver teori. Det vil også være muligt at sammenligne og se ligheder og forskelle i tilgangen til og synet på bl.a. børnene og helingsprocessen.

Bogen indledes med en introduktion til en forståelse af vold mod børn og dens konsekvenser for børnene. Herefter følger fire beskrivelser af teorierne bag de behandlingsmodeller, der er udviklet: *den traumeorienterede behandlingsmetode, den kognitive behandlingsmetode, den narrative behandlingsmetode og mentalisering som behandlingsmetode*.

Vi håber, du finder bogen anvendelig. Hvis du ønsker at hente yderligere inspiration, viden og evt. konsulentbistand til det videre arbejde med støtte til og behandling af børn, der har været udsat for vold i hjemmet, er du velkommen til at kontakte os i Servicestyrelsen, Videnscenter for Sociale Indsatser ved Vold og Seksuelle Overgreb mod børn (SISO).

Susanne Dal Gravesen

Projektleder,
Børn og Kvinder i Familier med Vold

Inger Kjeldsen

Socialfaglig konsulent,
Børn og Kvinder i Familier med Vold



MERE VIDEN OM VOLD MOD BØRN

Du kan læse mere om SISO's tilbud på www.servicestyrelsen.dk/siso

Du kan også gå ind på hjemmesiden www.servicestyrelsen.dk/voresansvar, hvor du kan finde yderligere inspiration.

På Servicestyrelsens vidensportal www.vidensportal.servicestyrelsen.dk kan du under tema et "Vold i hjemmet" finde den nyeste viden om forskning inden for feltet, statistik og veldokumenterede erfaringer fra andre projekter.



PROJEKT BØRN OG KVINDER I FAMILIER MED VOLD

Fem kommuner har i tre år arbejdet med at udvikle og beskrive modeller for behandling af børn udsat for vold i familien. Behandlingsmodellerne er udviklet som en del af et stort landsdækkende satspuljeprojekt, hvis overordnede formål var at forbedre indsatsen over for kvinder og børn i familier med vold.

Aarhus, Skanderborg, Randers, Odense og Haderslev Kommune har bidraget til denne del af projektet.

Den overordnede målgruppe var fastlagt på forhånd med en tidsramme på tre år. Kommunerne fik ikke direkte økonomisk støtte, men har modtaget undervisning, rådgivning og supervision undervejs.

Fra projektets start blev der indsamlet viden om eksisterende, velafprøvede og velbeskrevne behandlingsmetoder til børn, der har været udsat for vold. Denne viden viste sig at være forholdsvis begrænset. Behandlingsmodellerne er udviklet på baggrund af denne viden med afsæt i kommunernes eksisterende kompetencer og med det relevante kompetenceløft, som individuelt er tilført hvert projekt.

I projektperioden har der været et tæt samarbejde mellem Servicestyrelsen og kommunerne. Det har bidraget til udfordring og inspiration i hele forløbet.





KAPITEL 1

Indledning

DENNE BOG HANDLER OM BØRN i familier med vold. Den vold, som bogen behandler, er vold udøvet af børnenes far mod børnenes mor, hvor børnene er *vidner* til volden, samt vold mod børnene selv, hvor børnene er *ofre* for volden. >>

I nogle familier er børn både vidner til vold mod deres mor og selv ofre for vold, i andre familier er børnene enten udelukkende vidner til vold mod deres mor eller udelukkende selv ofre for vold.

Børn kan også være vidner til vold udøvet mod deres far. Denne problemstilling indgår ikke i bogen, idet bogen er knyttet til Servicestyrelsens udviklingsprojekt *Børn og Kvinder i Familier med Vold* (1). Der er dog ikke tvivl om, at det, uanset om barnet er vidne til vold mod sin mor eller mod sin far, vil være en belastende oplevelse for barnet, ligesom der kan være brug for samme form for indsats.

Udviklingsprojektet *Børn og Kvinder i Familier med Vold* løber i perioden 2008-2011 og er aktuelt ved at blive afsluttet. Projektet har fulgt arbejdet i forskellige kommuner, hvor der gives særlig hjælp til børn i voldsramte familier. Bogen *Børn i familier med vold – behandlingsmodeller* (Servicestyrelsen, 2011) beskriver behandlingsarbejdet og de anvendte metoder (2).

Den foreliggende bog *Børn i familier med vold – teorierne bag behandlingsmodellerne* indgår som en del af formidlingen af relevante erfaringer med tilknytning til udviklingsprojektet, idet der redegøres for, hvad det betyder for børn at vokse op i en familie med vold, betyd-

ningen af at give hjælp til børnene, samt for fire forskellige teorier, som hver for sig har udgjort det teoretiske afsæt for behandlingsmodellerne.

Bogens indhold

Bogen indeholder en redegørelse for *traumebegrebet*, herunder ganske kort for begrebet *komplekst traume*. Traume er et grundlæggende begreb, når man vil forstå, hvad det betyder for børnene, at der er vold i familien, enten vold mod børnenes mor eller vold mod dem selv.

Dernæst gennemgår vi begrebet *vold* – hvordan begrebet forstås og anvendes – ligesom det gennemgås, hvad børn oplever, når de lever i en familie, hvor mor bliver udsat for vold fra barnets far (eventuelt mors samlever), eller i en familie, hvor barnet selv bliver udsat for vold, samt hvordan børnene kan reagere på det, de oplever.

Endelig redegør vi for hver af de fire teorier (traumeteori, kognitiv teori, narrativ teori og mentalisering), der er anvendt i udviklingsprojektet. De fire teorier er ikke de eneste mulige måder at arbejde på, når man skal behandle børn, der vokser op med vold i familien, men vi har valgt at gennemgå de fire teorier, da det er de tilgange, der er anvendt i Servicestyrelsens udviklingsprojekt.





KAPITEL 2

At vokse op i en familie med vold

OM BEGREBET TRAUME *Traume* er et gennemgående teoretisk begreb i det arbejde, der er gennemført i udviklingsprojektet. Begrebet anvendes, når man taler om en reaktion på en skade af fysisk eller psykisk art. >>

I det følgende beskæftiger vi os primært med psykisk traume – herefter kaldet traume. Et traume kan medføre, at man kommer til at befinde sig i en psykisk krisetilstand, hvor det, man tidligere har lært eller erfaret, ikke længere er tilstrækkeligt til, at man kan klare sig lige så godt, som man plejer (3). Både børn og voksne kan komme i en psykisk krisetilstand som følge af en traumatisk fysisk eller psykisk skade.

Traumereaktioner kan karakteriseres som normale reaktioner på unormale hændelser. Samtidigt er der tale om belastende, krævende og særdeles udmattende reaktioner. Hvis traumereaktionerne er meget belastende, og personen ikke får nogen støtte til at bearbejde dem, kan de udvikle sig til en permanent tilstand, ligesom de kan føre til, at personen fremover kommer til at leve sit liv på et dårligere funktionsniveau end tidligere. Der er således altid grund til at forholde sig alvorligt til traumer og til at støtte, at traumerne bliver arbejdet ordentligt igennem, samt at give en relevant behandling. Hvis barnet (eller den voksne) får den relevante hjælp, vil vedkommende som regel kunne få det lige så godt som tidligere eller måske endnu bedre, fordi personen via hjælp og/eller behandling har fået en bedre indsigt og en større forståelse af tingene end tidligere og derfor har fået nye handlemuligheder (3).

Man kan godt komme igennem en krisetilstand efter et traume uden at have brug for hjælp fra fagfolk, men specielt for børn vil det ofte være nødvendigt at få hjælp (eller behandling). Det gælder ikke mindst de yngre børn, hvor børnene oplever traumet, inden de er blevet så gamle, at de har almen viden og erfaringer, som kan hjælpe dem til at bearbejde traumet.

Traditionelt har man hovedsagelig fokuseret på traumer forårsaget af, hvad man kan betegne som ”almindelige hændelser”, der principielt er en del af den erfaringsverden, mennesker har. Temaer som traumer udløst af vold i familien er man først begyndt at beskæftige sig med i løbet af 1980’erne. Man beskæftigede sig i begyndelsen mest med behandling af voksne. Forståelsen af, at børn kan få traumer eller få posttraumatiske reaktioner som følge af vold i familien, er endnu relativt ny, ligesom behandlingstilbud til børn for sådanne traumer fortsat er under udvikling (4, 5, 6).

Reaktioner på traumeudløsende begivenheder

Folk har det forskelligt, før de får et traume, ligesom det er forskelligt, hvor godt de fungerer efter traumet. Når man siger, at målet for en behandling er, at den skal medføre, at personen bagefter får det lige så godt som tidligere, betyder det derfor, at der også efter en behandling vil være tale om, at

folk har det forskelligt. Det vil ikke være sådan, at alle har det perfekt efter en behandling. Dette vil – fortsat – være forskelligt, men målet er, at alle skal have det (mindst) lige så godt som tidligere.

Flere forskellige hændelser kan give en skade, hvor der er risiko for, at det kan føre til et traume. Der kan være tale om alvorlige ulykker i forbindelse med for eksempel biluheld, brand eller lignende. Der kan være fysiske eller psykiske skader på grund af naturkatastrofer, skræmmende oplevelser i forbindelse med behandling på hospital, at nærtstående personer dør, eller at man bliver udsat for trusler. Man kan blive bortført eller kidnappet (kan ske for børn, hvis forældrene ikke kan enes om forældremyndighed og samvær), eller man kan blive slået, overfaldet, skadet af nogen uden for familien. Man kan også blive slået af nogen i familien, eller se andre i familien blive slået af et familiemedlem. Der kan desuden være tale om seksuelle overgreb, voldtægt eller andre handlinger, som gør én rædselsslagen. I alle tilfælde er det oplevelser, som man ikke helt forstår, og som får én til at føle sig hjælpeløs og forvirret.

Der er ikke nogen bestemte hændelser, der med sikkerhed altid fører til et traume, men mange forskellige hændelser, der medfører en *øget risiko* for et traume. Samtidigt gælder det, at mennesker er forskellige og reagerer forskelligt på forskellige hændelser.

Mennesker kan være udsat for præcis den samme hændelse, hvor nogle personer bagefter vil få en traumatisk reaktion, mens andre ikke vil.

Det er forskelligt, hvor meget man kan klare på forskellige tidspunkter i livet, og det kan være forskelligt, hvor mange gange den enkelte har været udsat for forskellige hændelser med øget risiko for en skade, der fører til et traume. Hvordan et traume påvirker en person, er også afhængigt af, hvordan den traumatiske hændelse er blevet oplevet af personen og af personens forudgående sårbarhed. Der er personer, der tilsyneladende klarer en eller flere potentielt traumatiske hændelser rimeligt godt, men derefter bryder sammen i forbindelse med en tilsyneladende knap så belastende hændelse.

Der er ligeledes situationer, hvor en person kan klare sig i den akutte fase, men hvor reaktionen kommer bagefter, måske på et tidspunkt, hvor andre mener, at personen nu må have lagt hændelsen bag sig. Man kan for eksempel se en sådan reaktion ved dødsfald, hvor personen klarer alt det konkrete praktiske med begravelse og bodeling, men så bryder sammen, når hverdagen igen bliver normal.

I familier med vold vil de traumatiske reaktioner måske først blive tydelige, når volden er stoppet, og hverdagen forventes at vende tilbage til et normalt leje.

Erfaringer fra krisecentre for voldsudsatte kvinder peger på, at kvinder og børn, når de har overstået alle de akutte vanskeligheder, er flyttet på krisecenter eller for sig selv i en ny bolig og for alvor skal til at have et nyt liv, kan få nye problemer (7). Både mor og børn kan udvikle en række posttraumatiske reaktioner, f.eks. have vanskeligt ved at koncentrere sig eller have depressive reaktioner.

I nogle familier kan reaktionerne være med til, at mor alligevel beslutter at flytte tilbage til far, fordi hun tror, hun ikke kan klare at leve alene, og at det er derfor, hun får det dårligt. I andre familier vil mor og/eller barn blive ved med at have det dårligt i en lang periode. Ofte er der formentlig tale om en forsinket krisereaktion, som kunne have været afhjulpet med en behandlingsmæssig indsats.

Når der ikke ydes nogen behandlingsmæssig indsats, kan det være fordi, man mange gange ikke er opmærksom på de forsinkede kriser eller på muligheden af, at der kan komme en forsinket krisereaktion. For eksempel vil et efterværn efter ophold på et krisecenter ofte være tilrettelagt, så det i høj grad er orienteret mod alle de konkrete, praktiske ændringer i livet, ligesom efterværnet slutter efter måske et halvt år. Samtidig viser erfaringen, at kvinderne har brug for en længerevarende kontakt, som ikke

nødvendigtvis behøver at være intens, men som skal have karakter af en mulighed, der er til stede, når de har brug for det (7).

Traditionelt har man størst erfaring med at behandle traumer hos voksne, men man er i stigende grad blevet bevidst om, at det også kan være relevant for børn, at man tilbyder et behandlingsforløb i forhold til traumet.

Der er altid en risiko for, at der udvikles en traumatisk krisereaktion, når et barn har overværet vold eller har været udsat for vold.

Tavse traumer

Det traume, børn kan få, når de oplever vold i familien, adskiller sig fra andre traumer på flere måder. For det første er traumet baseret på begivenheder i familien. Der er tale om, at far slår mor, eller at barnet selv er udsat for vold enten fra sin mor, fra sin far eller fra begge sine forældre. I begge tilfælde er det sted, der skulle være den trygge base for barnets udvikling, ikke sikkert, fordi der sker vold.

For det andet gælder det, at volden sædvanligvis finder sted flere gange og gennem flere år. Der er sjældent tale om, at der er én enkeltstående begivenhed, som har ført til traumet. Vold i familien er for langt de flestes vedkommende noget, der finder sted adskillige gange gennem flere år, uanset om

volden er rettet mod kvinden eller mod barnet (8).

Det tredje særlige forhold i forbindelse med vold i familien er, at der meget ofte er tavshed om volden. Volden omtales ikke, hverken blandt personer i familien eller blandt personer uden for familien.

Både de personer, der har udøvet vold, de personer, der har været ofre for vold og de personer, der har været vidner til vold, er alene med deres viden og erfaringer om, hvad der er sket.

Det forhold, at der ikke tales om volden, og at ofret og vidnerne dermed ikke har mulighed for at fortælle, hvad der er sket, og udtrykke deres sorg over det, er i særlig grad traumatiserende. Når barnet ikke får talt om hændelserne, betyder det, at mange børn vil have en usikker fornemmelse af, om alt det, de kan huske eller fornemme, virkelig er sket, eller om det bare er noget, de har drømt.

Til sammenligning kan nævnes, at man, hvis man mister en nær pårørende eller bliver udsat for en trafikulykke, som også kan føre til et traume, kan tale om det. Selvom man måske langt fra er i stand til at fortælle andre mennesker om det specifikke tab, man har lidt, kan man fortælle om savnet eller smerten, ligesom man som regel vil opleve, at andre spørger

til, hvordan det går, og hvordan man klarer sig.

Når man kan tale om de begivenheder, der udløser traumet, betyder det, at andre kan se savnet eller smerten. De kan på den måde være til stede som personer, der anerkender, at man har det svært. Hvis man har været offer for vold i sin egen familie, har man ikke den mulighed. Tavsheden betyder, at man er alene med sit tab og med sit traume.

Komplekse traumer

For børn og unge betyder dette, at de har en øget risiko for at udvikle et komplekst traume (9). Når børn og unge lever i en familie med vold, vil de være udsat for længerevarende, alvorligt stressende faktorer, som svarer til det, der definerer et komplekst traume. Det vil sige, at det:

- har fundet sted adskillige gange eller gennem en lang periode
- involverer skade eller afvisning fra omsorgspersoner eller andre ansvarlige voksne
- sker på tidspunkter i individets liv, hvor individet er i en sårbar udviklingsperiode, for eksempel tidligt i barndommen eller i puberteten.

Denne definition understreger de risici, der er for børns og unges psykiske udvikling, når de lever i en familie, hvor de er vidner til eller ofre for vold

og derfor bruger deres energi på at overleve frem for at udvikle sig.

At være alene med sit traume

Når man er alene med et traume, vil en almindelig reaktion være, at man forsøger at skubbe traumet væk og forsøger at lade, som om der slet ikke er sket noget. Den enkelte kan tænke: Det har nok været en helt speciel og uheldig situation, jeg har provokeret volden og på den måde i virkeligheden fortjent den, og det kan faktisk være min egen skyld! Ligesom man kan tænke, at det vil være bedre at tilgive end at bære nag til den, der har været voldelig.

Hvis volden kun fandt sted én eneste gang, kunne det måske være logisk, at reaktionen var at skubbe hændelsen væk eller at fokusere på ens eget ansvar/ens egen skyld. Men da vold i familien netop sker langt oftere end én enkelt gang, er det ikke nogen god overlevelsestrategi. På kort sigt kan strategien måske godt løse nogle problemer, men på lang sigt vil en sådan reaktion være skadelig for barnet.

Tavsheden betyder, at børn, der er vokset op i en familie, hvor mor har været udsat for vold, og børn, der selv har været udsat for vold, kan have ganske alvorlige traumer. Børnene kan leve med traumerne i adskillige år uden nogen sinde at få hjælp til at komme igennem traumet og den fysiske og

psykiske skade, der har forårsaget traumet.

Et barn, der oplever vold mod mor eller selv bliver udsat for vold, og således lever en stor del af sin barndom i et miljø præget af vold, vil have en øget risiko for psykiske og/eller adfærdsmæssige forstyrrelser. Gennem årene sker der en kontinuerlig opbygning af barnets vanskeligheder knyttet til traumet. Barnet har dermed en øget risiko for at være i en permanent krise-tilstand som følge af traumet og for et permanent dårligere funktionsniveau.

Når begrebet *traume* bruges i denne sammenhæng, er der således tale om en påpegning af alvorlige forhold, som kan afhjælpes, hvis der kommer en rigtig indsats. Uden nogen relevant hjælp vil der være øget risiko for langvarige skadevirkninger (gennem hele livet). Barnet kan have brug for hjælp gentagne gange i forbindelse med nye udviklingsmæssige udfordringer, f.eks. når barnet selv blive forælder og skal opdrage sine egne børn, uden der forekommer vold i familien.

Om begrebet vold

Begrebet *vold* kan defineres forskelligt. I dag er der størst enighed om en definition, der inddrager både fysiske, psykiske, seksuelle overgreb samt vanrøgt. (10). Servicestyrelsen har en overordnet definition af, hvad man skal forstå ved vold.



DEFINITION PÅ VOLD

Vold er en handling eller trussel, der – uanset formål – er egnet til eller krænker en anden persons integritet eller skræmmer, smerter eller skader personen – uanset om personen er et barn eller en voksen. Volden kan have samme effekt på andre personer, der overværer eller overhører handlingen. Volden kan både være en bevidst handling eller en handling, der sker i affekt. Handlingen overskrider endvidere samfundets love og normer.

Uanset typen af vold, der begås mod et barn, så er der tale om, at barnet udsættes for en adfærd fra forældre eller andre omsorgsgivere, som er ødelæggende for eller forhindrer udviklingen af et positivt selvbillede hos barnet. Enhver form for vold bringer barnets udvikling og sundhed i fare. Vold er udtryk for, at barnet ikke frivilligt indgår i den handling, der begås mod barnet. (...) Fysisk vold kan beskrives som korporlig afstraffelse, slag eller anden form for straf, hvor barnet rammes direkte på kroppen. Vold omfatter også, når barnet er vidne til vold mod forældre eller søskende (11).

Kilde: Servicestyrelsens Voldsnetværk



Definitionen indeholder, hvad der i denne sammenhæng forstås som vold. Det er en generel definition, der i lige så høj grad beskriver det, volden gør ved det menneske, der udsættes for vold, som selve volden.

I det følgende tænker vi udelukkende på vold i familien, enten vold rettet mod barnets mor og udført af barnets far (eventuelt mors samlever), hvor barnet er vidne til volden, eller vold rettet mod barnet udført af enten barnets mor eller barnets far (eventu-

elt mors samlever). For at sikre, at der er viden om, hvad vold er, vil der i det følgende være nogle mere konkrete beskrivelser.

Når børn er vidner til vold mod mor

Forståelsen af, hvad det betyder for børn at være vidner til vold, har udviklet sig. Tidligere var det almindeligt at mene, at børn ikke vidste noget præcist om volden. Det blev især begrundet med, at børnene aldrig stillede spørgsmål om volden, underforstået at man,

hvis man havde set volden, også ville spørge om den. Med den viden, vi i dag har om tavsheden i forbindelse med vold, kan vi afvise denne opfattelse. Så godt som samtlige børn i familier, hvor mor udsættes for vold, har overværet volden mod deres mor, ligesom mange børn har overværet, at deres mor er blevet truet på livet (12, 13).

Børn i familier, hvor mor udsættes for vold, har i langt de fleste tilfælde været vidner til grov vold. Mødrene har især været udsat for slag med flad hånd, slag med knyttet hånd, spark, kast ind i møbler eller vægge og kast ned ad trapper og kvælningsforsøg. Flertallet af børnene har mindst én gang været i det lokale (de fleste børn flere gange), hvor volden har fundet sted, og de øvrige børn har som regel været i et lokale ved siden af, hvor de har kunnet høre volden. Mange af børnene har desuden overværet trusler på livet mod deres mor. Volden har fundet sted adskillige gange, ofte i det meste af barnets levetid (12, 13).

Børn i familier, hvor mor udsættes for vold, har både set og hørt ganske voldsomme ting, som ikke kan forstås og heller ikke kan tackles med de almindelige erfaringer og den almindelige viden, det lille barn har.

Når børn er udsat for vold

At leve i en familie, hvor man selv bliver udsat for vold fra en eller begge

forældre, vil være særdeles belastende. Både mødre og fædre kan udøve vold mod deres børn, og volden kan være rettet mod såvel de helt små børn som mod større børn. For de helt små børn kan der være tale om, at børnene bliver rasket så kraftigt, at der kan ske skader på hjernen. For både små og store børn kan der være tale om fysisk vold med slag, principielt af samme karakter, som den vold, mødrene er udsat for (14). Der kan både være tale om en meget voldsom, næsten livstruende vold, som forekommer uden for kontrol, og om mere kontrolleret vold, der anvendes til at markere en uønsket adfærd. I begge tilfælde er der dog tale om vold, som ikke er tilladt ifølge den danske lovgivning.

Andre børn er udsat for vold i forbindelse med, at deres mor bliver udsat for vold. Små børn kan sidde på mors arm, mens mor bliver slået, og større børn kan søge at hindre volden mod mor ved at gå mellem mor og voldsudøveren, det gælder for mindst en fjerdedel af de børn, der er vidner til vold mod mor (12, 13).

Hvis man undersøger, hvorfor forældre udøver vold mod deres børn, finder man forskellige begrundelser (15). Nogle forældre forklarer, at de har slået barnet, når barnets adfærd var en forhindring for det, forældrene ønskede at realisere, for eksempel hvis

barnet skreg, når forælderen havde tænkt sig, der skulle være familiehygge om et måltid. Andre forældre udtrykker, at de slår for at disciplinere barnet. En tredje gruppe slår i situationer, hvor barnets adfærd vækker følelser af afmagt fra forælderen egen barndom på en måde, så forælderen oplever, barnet har mere magt end forælderen, og forælderen slår derfor for at beskytte sig mod barnet. Endelig er der forældre, der slår i afmagt, fordi de selv er i en langvarig krisesituation.

Uanset hvad der begrunder volden, kan det principielt være de samme handlinger, der udføres. Vold kan derfor ikke kun forstås som handlinger, men må også forstås som handlinger, der finder sted i en bestemt kontekst, hvis den skal kunne behandles.

At være vidne til vold eller at være udsat for vold

At være vidne til vold og at være udsat for vold er to forskellige oplevelser for barnet, men begge dele er belastende. Ud over at der er forskel på at se en anden blive slået og selv at blive slået, er der også forskel på, hvordan volden fortolkes og forstås.

Volden mod mor vil oftest være uforklarlig og dermed mere uforståelig for barnet, mens den vold, barnet selv udsættes for, ofte vil være mere ”forståelig” for barnet. Børn vil som regel søge en mening med og en for dem

umiddelbar forståelig forklaring på de hændelser, de udsættes for. Samtidig er børn op til en vis alder selvhenførende, forstået på den måde at de, hvis ikke den voksne tager ansvar for f.eks. vold, selv tager ansvaret på sig. De fleste børn vil umiddelbart kunne ”forstå”, at de har været ”uartige”, også selvom de måske ikke helt ved, hvad det er, de har gjort, som er ”uartigt”. Nogle af de yngste børn kan også ”forklare” volden mod deres mor med, at de selv har været ”uartige” (16).

Børnene husker volden

Uanset om børnene har været vidner til vold eller har været udsat for vold, er der dog en række fællestræk i børnenes reaktioner. Mange af børnene vil også huske volden, efter at de er blevet voksne. Ét eksempel er en kvinde, der fortalte, at hun hele livet havde haft et mareridt, hvor hun faldt baglæns ned ad en trappe. Drømmen var altid den samme, den var både levende og uhyggelig og fandt sted på en trappe, som hun havde et tydeligt billede af. Som voksen fortalte hun sin mor om drømmen. Hendes mor blev helt bleg og fortalte, at det var noget, der faktisk var sket. I de første knap to år efter fødslen havde mor levet sammen med barnets far, og han havde været voldelig over for hende. Én gang, hvor den nu voksne kvinde havde siddet på sin mors arm, havde faren skubbet dem begge baglæns ned ad trappen (17).

Dette er et eksempel på, at mindet om volden kan være til stede, selvom barnet har været så lille, dengang volden fandt sted, at der ikke er ord knyttet til mindet.

Et andet eksempel er en voksen kvinde, der fortæller: ”Et af de første billeder, jeg husker fra min barndom, er min far, der står og slår min mors hoved ind i væggen, mens han råber: ”Jeg slår dig ihjel” (18).

Da hun fortalte det, var forældrene for længst døde, og hun havde aldrig nogen sinde talt med dem om hverken denne eller andre tilsvarende erfaringer. Kvinden var præget af det, hun havde oplevet. Hun havde først talt om volden, efter forældrene var døde, og havde på den måde levet det meste af sit liv med følgerne af den tavse vold.

Voldens betydning for barnet

Børn, der oplever vold i familien, har større risiko end andre børn for at få en række forskellige sociale og psykiske vanskeligheder. Man kan ikke præcis sige, hvilke oplevelser der fører til hvilke reaktioner, men det kan dokumenteres, at der for alle børn, der har oplevet vold i opvækstfamilien, er en øget risiko for både at få en dårligere og mere usikker barndom end andre børn og for på længere sigt at få forskellige psykiske og sociale vanskeligheder (19, 20, 21).

Det betyder ikke, at alle disse børn vil få et dårligt liv. Men det betyder, at børnene har en øget risiko for at få et svært liv.

En del af børnenes øgede risiko hænger sammen med, at de traumatiske oplevelser øger risikoen for en traumatisk krise. Tavsheden om den vold, barnet har været vidne til eller har været udsat for, er stærkt medvirkende til, at volden kan blive så traumatisk for barnet. De helt små børn ved ikke, at verden kan være anderledes, og kan ikke gøre andet end at indrette sig efter det. De større børn kan derimod erfare, at andre børn og andre familier ikke har det på samme måde.

Det er ikke nødvendigvis sådan, at børnene taler med andre børn (eller voksne) om volden, men de lidt større børn iagttager forskellene og ved, at deres eget liv er anderledes, selvom de måske ikke kan sætte præcise ord på forskellene (22).

Volden betyder, at børnene ikke har ”en sikker barndom” (23), hvor de bliver beskyttet og taget vare på, og hvor de kan have nogle trygge forventninger til, hvordan dagene skal gå. Der kan altid ske noget uventet, forfærdeligt og skræmmende.

Volden medfører et meget forskelligt liv med både gode og vanskelige perioder. De gode perioder er karakteriseret

ved, at der ikke er vold, mens der er vold i de vanskelige perioder. Men selv i de gode perioder kan det være svært at opleve en sikker barndom, da uforudsigeligheden er svær at leve med. Der kan altid komme ny vold.

I nogle familier er der også andre vanskeligheder. Vi ved, der er andre faktorer så som misbrug af alkohol og stoffer eller psykiatriske lidelser, som kan have indflydelse på og kan øge risikoen for vold (24).

Tilknytning til forældrene

Der er desuden risiko for, at volden kan præge barnets tilknytning til sine forældre. En forælder, der udøver vold, kan være skræmmende, og der kan i nogle tilfælde i højere grad være tale om, at barnet underkaster sig (for at opnå sikkerhed og tryghed), end om en almindelig sund tilknytning. Det kan også være svært at få en god tilknytning til en mor, der er udsat for vold. I nogle tilfælde kan moren have det så dårligt, at hun ikke er i stand til at tilbyde barnet en god tilknytning, mens hun i andre tilfælde måske i højere grad kan knytte barnet til sig i en symbiotisk relation eller have en opfattelse af barnet som en person, der først og fremmest er sat i verden for at støtte hende.

For nogle børn kan der være andre tilknytningsproblemer, som for eksempel kan vise sig ved, at de har

svært ved at tro på, at det er muligt at få hjælp fra andre, eller har svært ved at være afhængige af andres hjælp, ligesom de kan have svært ved at tackle deres følelsesmæssige reaktioner eller ved at tackle deres angstelse og vrede. I de senere år er disse spørgsmål blevet gradvis mere udforskede (25).

I det omfang, barnet udvikler en traumatisk krise som reaktion på volden i hjemmet, er det muligt at give en god og relevant støtte til barnet. Det er formentlig ikke alle børn, der vil kunne hjælpes tilstrækkeligt af en relativt kortvarig behandling, som den der er givet via projektet *Børn og Kvinder i Familier med Vold*. Der kan være børn, der er så skadede, at de har brug for mere vidtrækkende behandlingstilbud.

Fire forskellige behandlingsteorier

I det følgende gennemgår vi de fire forskellige teoretiske tilgange for støtte og behandling til børn fra familier med vold. Det er traumeteori, kognitiv teori, narrativ teori og mentalisering. Alle teorier har metoder til at behandle børnenes traumatiske krisereaktioner. Alle fire teorier og metoder er anvendelige og kan anbefales. Der vil også være andre metoder, som vil kunne anvendes, men her har vi valgt at fokusere på metoder, der bruges i de kommuner, der deltager i Servicestyrelsens udviklingsprojekt.

Når man læser gennemgangen af de fire teorier og metoder, vil man finde en række lighedspunkter, selvom der også er forskelle. Lighedspunkterne er blandt andet, at alle fire teorier lægger vægt på, at barnets udvikling i behandlingen sker i et fællesskab mellem barn og terapeut, og at der lægges vægt på barnets evne til at lære at blive bedre til at klare sig, blive bedre til at forstå, hvad der sker, og til at ændre tingene.

Kapitlerne her er en indgang til at forstå, hvad der foregår i det terapeutiske

arbejde, og dermed også til at forstå, hvad der lægges vægt på, når målet er, at barnet skal have en god udvikling. Hvis man vil i gang med behandlingsmæssige tiltag, skal man selvfølgelig læse mere, samt helt konkret lære det terapeutiske arbejde inden for de enkelte teorier. Det anbefales desuden at læse bogen *Børn i familier med vold – behandlingsmodeller* udgivet af Servicestyrelsen i denne bogserie, som er en konkret praktisk redegørelse for det arbejde, der er gennemført (2).





KAPITEL 3

Traumeteori

ORDET TRAUME stammer fra det græske ord for skade eller sår og bruges i dag til at beskrive de fysiske eller psykiske spor, der følger en traumatisk episode (9). >>

Den psykologiske forståelse af begrebet traume har gennemgået en stor udvikling inden for de seneste århundreder. I starten ansås psykiske traumer som specifikt relaterede til en bestemt episode. Eksempelvis talte man i begyndelsen af 1800-tallet om "jernbanerygmarv", når man skulle forstå de efterreaktioner, mennesker, der havde oplevet en togulykke, udviste. Efter første verdenskrig beskrev man de hjemvendte soldaters efterreaktioner som "granatchok". Kvinder, der beskrev symptomer efter vold og overgreb, blev blandt andre af Sigmund Freud beskrevet som "hysteriske", en betegnelse for en kvindesygdom med forskellige og uforståelige symptomer, man formodede stammede fra livmoderen. Som begreberne antyder, var man tidligere optaget af den fysiske forståelse af menneskers efterreaktioner på traumer. Efter anden verdenskrig og ikke mindst efter Vietnamkrigen begyndte der at samle sig en mere systematisk viden om, hvad det betyder for mennesker at have oplevet traumatiske hændelser. I 1980 blev diagnosen PTSD (Post Traumatic Stress Disorder, eller posttraumatisk stresstilstand), som beskriver efterreaktioner ved traumer, for første gang en del af det amerikanske diagnosesystem (DSM). Herefter var kvindebevægelsen desuden med til at gøre opmærksom på, at de typiske traumer ikke kun forekommer hos mænd i krig, men i langt større omfang hos kvinder i det civile liv,

som har været ofre for vold og seksuelle overgreb (26). I de sidste årtier er brugen af traumbegrebet blevet udvidet. Der er blevet opmærksomhed på, at børn også kan udvikle traumeefterreaktioner, og at det også gælder, når børn overværer vold i hjemmet.

I traumeteorien forstår man som udgangspunkt mennesket som helt, men at der i forbindelse med et traume er sket en skade, som skal behandles. Man er dog helt bevidst om, at menneskets historie, netværk, medfødte sårbarhed, alder, køn og personlighed spiller ind på, hvordan traumet opleves og bearbejdes.

I den traumeteoretiske behandling, vi henviser til her, er der tale om et relativt kortvarigt, tidsbegrænset forløb med helt klare mål om problemløsning og adfærdsmæssig forandring. Der findes en række forskellige manualer for arbejdet, ligesom der kan være forskellige procedurer og metoder, der anvendes (9, 27).

Vigtige elementer i traumebehandlingen

I behandlingen arbejder man ud fra centrale begreber i traumeteorien, hvor man især lægger vægt på en behandlingsplan med fokus på barnets og familiens sikkerhed, og hvor der er mulighed for, at der foregår psykoedukation, så barnet undervejs får en bedre forståelse af sig selv og sine

LITTERATUR

Gennemgangen her er især baseret på følgende litteratur: Arnon Bentovim, m.fl. (red.) (2009), *Safeguarding Children Living with Trauma and Family Violence. Evidence-Based Assessment, Analysis and Planning Interventions*. London • Jessica Kingsley Publishers; Julian D. Ford & Christine A. Courtois (2009), "Defining and Understanding Complex Trauma and Complex Traumatic Stress Disorders". • Christine A. Courtois & Julian D. Ford (eds.) (2009), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*. New York & London, The Guilford Press • K.C. Peterson, M.F. Prout & R.A. Schwarz (1991), *Post-Traumatic Stress Disorder. A Clinician's Guide*. New York & London, Plenum Press.

reaktioner. Der er fokus på barnets resourcer, og man forsøger at bearbejde den traumatiske hændelse ved at tale om den sammen med barnet.

Sikkerhedsbegrebet – personlig sikkerhed

Børnenes og familiernes sikkerhed har en afgørende betydning i traumebehandling. Det betyder, at man ved enhver behandlings start identificerer potentielle trusler mod sikkerhed (og stabilitet) i familien og forholder sig til eventuelle risici.

Man forholder sig til, om der er risiko for fortsat vold i familien, for (yderligere) mishandling af barnet og for omsorgssvigt, samt til forekomst af alkohol- eller stofmisbrug og psykopatologi hos forældrene. Desuden forholder man sig til, om

barnet kan være udsat for seksuelle overgreb (eller eventuelt har en adfærd, der kan føre til øget risiko for overgreb), ligesom man er opmærksom på risici i barnets liv uden for familien (9).

Sikkerhed i boligen

Man er desuden opmærksom på, om familiens bolig er sikker. Hvis mor har været udsat for vold fra barnets far (eller sin samlever), og forældrene ikke længere lever sammen, må man være sikker på, at far ikke vil opsøge mor for igen at være voldelig over for hende.

I nogle tilfælde bliver der foretaget en fysisk sikring af boligen, så det er vanskeligt at bryde ind, i andre tilfælde får mor en overfaldsalarm, så hun har kunnet tilkalde politiet (7). For kvinder, der ikke er danske stats-

borgere, er der desuden en række sikkerhedsspørgsmål i forbindelse med kvindens muligheder for at kunne blive boende i landet.

Overvejelser om sikkerheden har høj prioritet. Børn i familier med vold har gennem lang tid levet uden sikkerhed i hverdagen, ligesom de ikke altid har modtaget tilstrækkelig (fysisk og psykisk) omsorg fra deres forældre. I nogle familier skyldes dette, at forældrene selv har haft det så svært, at de ikke har haft kræfter til at tage tilstrækkeligt godt vare på børnene, i andre familier er det på grund af forældrenes vold mod børnene. I en del familier har børnenes liv desuden været præget af, at de har oplevet, at det var deres opgave at sørge for at give forældrene omsorg.

Det er afgørende for behandlingen, at man sikrer, at barnet (og familien) er i sikkerhed, og bl.a. skaber sikkerhed for, at der ikke opstår ny vold mod mor eller barn. En mulighed er at udarbejde en sikkerhedsplan for, hvad der skal gøres, hvis det opstår ny vold. Børn, der har oplevet traumatiske hændelser, vil opleve reaktioner, som de ikke forstår. Ofte vil børn slet ikke fortælle om disse reaktioner, fordi de tror, de er ved at blive skøre og er sikre på, at andre ikke vil forstå dem. Børn, der har levet med vold, kan også tænke, at mor og far har så mange problemer, at det ikke er en god ide at fortælle dem om de efterreaktioner, barnet oplever.

Psykoedukation

En vigtig del af behandlingen består derfor i, at barnet (familien) skal have større indsigt i sine egne reaktioner og i, hvad der giver anledning til reaktionerne. Ved psykoedukation forstås i denne sammenhæng undervisning i traume-efterreaktioner. Målet med psykoedukationen er at gøre barn (og familie) opmærksom på, at de reaktioner og symptomer, barnet har udviklet efter den traumatiske hændelse, er normale reaktioner, som børn udviser, når de har oplevet ting, børn ikke normalt oplever, her at have været udsat for vold eller overværet vold (26).

De efterreaktioner, der undervises i, er blandt andet 'genoplevelsesreaktioner', hvor barnet igen og igen genoplever dele af traumet, f.eks. i form af flashbacks, hvor barnet f.eks. ser sin far komme hen mod det med et bælte i hånden. En anden type efterreaktion kan være 'undgåelsesreaktioner', hvor barnet undgår følelser og tanker, der vedrører traumet, og for eksempel bliver rædselsslagen, når voksne drikker øl, fordi farens vold mod mor var knyttet til hans alkoholmisbrug. Desuden kan der undervises i efterreaktioner som vedvarende, forhøjet stressniveau. Det viser sig f.eks. ved, at barnet farer sammen ved den mindste lyd og reagerer med en meget kort lunte på konflikter i skolen eller ikke kan falde i søvn om natten. Tilbagevendende mareridt er ligeledes en almindelig,

og meget ubehagelig, efterreaktion, som børn kan udvikle efter voldsomme oplevelser. Barnet kan i psykoedukationen også få beskrevet, at det er normalt for børn, der har været udsat for vold, at være aggressive og dårlige til at løse konflikter eller være triste, bange og have mavepine.

Når børn udvikler separationsangst, kan det også være en efterreaktion på traumet. Da volden pågik, holdt barnet øje med mor. Når denne fare ikke er der længere, kan angsten alligevel være der i lang tid efter. I psykoedukationen lægger man i høj grad vægt på, at barnets reaktion i traumesituationen og lige bagefter var konstruktiv i situationen. Men efterfølgende kan der være brug for at nuancere og videreudvikle disse strategier.

Når barnet gemte sig under et bord, når far var vred, var det en konstruktiv måde at mestre situationen på, men når barnet i dag kravler ned under et bord, når en lærer skælder ud i skolen, er der tale om en strategi, som skal videreudvikles og nuanceres. Psykoedukationen giver barnet en fornemmelse af kontrol, som barnet i høj grad har brug for efter den traumatiske hændelse. Psykoedukation vil ofte være med til at understøtte det positive forhold mellem barn og behandler, da barnet ofte vil opleve, at der her er nogen, der forstår dem (28).

Ressourcefokus

En del af traumebehandlingen er at fokusere på barnets ressourcer, både ressourcer, som barnet har udvist i forbindelse med traumet, men også andre af barnets ressourcer. Der kan både være tale om medfødte talenter, kvaliteter, personlige karakteristika og mestringsstrategier. Det kan f.eks. være, at barnet er god til at spille fodbold, en god kammerat, dygtigt til matematik, eller at barnet passede på sin lillesøster, da far opsøgte familien og truede dem osv. Det understøtter barnets oplevelse af kontrol og støtter barnets selvværd, som ofte vil være påvirket af traumer. Det er endvidere nødvendigt at frembringe tilstrækkeligt med ressourcer til, at barnet kan mestre traume-efterreaktionerne og holde ud at arbejde med selve traumet.

I eksemplet på side 34 arbejder psykologen med sikkerhedstemaet, hun anvender psykoedukation og er ressourcefokuseret. Eksemplet viser også det, der ofte sker i disse sager, nemlig at sikkerhedstemaet bliver aktuelt gentagne gange, og at behandleren må være i stand til at udvise tålmodighed og fleksibilitet og vende tilbage til sikkerhedstemaet igen og igen.

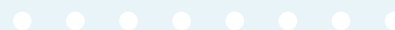
ET EKSEMPEL

En pige på syv år har igennem en årrække overværet sin fars vold mod moren. Pigen og hendes mor er nu flyttet på krisecenter, og pigens mor er blevet tilbudt et traumebehandlingsforløb. Ved første samtale er pigens mor med, og hun fortæller om livet med pigens far. Der har været meget vold, blandt andet er moren flere gange blevet slået, så hun kortvarigt har været bevidstløs. Moren er overbevist om, at hendes datter ikke har overværet noget eller er påvirket af volden i familien.

Ved første samtale er pigens mor meget optaget af, at hun skal på samvær med sin far. Hun er bange for, at han nu vil slå hende eller moren, når moren afleverer hende, men hun fortæller også at hun savner sin far. Der er tale om et vigtigt sikkerhedstema, som skal håndteres, før det videre forløb kan komme i gang. Psykologen hjælper med at tage kontakt til statsforvaltningen, og overværet samvær bliver arrangeret.

Pigen fortæller, at hun ofte lader være med at lege med kammerater, fordi hun hellere vil hjem og holde øje med, hvordan hendes mor har det. Psykologen forklarer pigens mor, at det er en helt normal måde at reagere på, når man har oplevet, at de voksne ikke kan passe på sig selv. Psykologen gør pigens mor opmærksom på, hvor stærk og omsorgsfuld en pige hun er. Pigen er forundret. Hendes SFO-pædagog har flere gange skældt hende ud over, at hun ikke griber de muligheder, der er for legeaftaler, og er så "morsyg". Psykologen arbejder med at støtte pigens mor i at videreudvikle og nuancere de mestringsstrategier, hun har udviklet. Det gør hun eksempelvis ved at lave aftale med pigens mor om, at hun skal italesætte, hvor hjælpsom pigens mor har været, men også fortælle hende, at hun har søgt sikkerhed på krisecenteret og skal nok passe på sig selv og få den hjælp, hun har brug for. Samtidig får psykologen børnepædagogen på krisecenteret til at arrangere, at pigens mor kommer en tur i biografen med en af sine veninder.

Da alt går fremad, beslutter psykologen, at der nu skal arbejdes med at bearbejde de traumatiske begivenheder, pigens mor har oplevet. Der er især én begivenhed, der har været særligt traumatisk for pigens mor. Dengang hvor far slog mor bevidstløs, var pigens mor overbevist om, at hendes mor var død. Den dag psykologen og pigens mor har aftalt at tale om denne hændelse, virker pigens mor lukket, stille og svær at få kontakt med. Psykologen vender tilbage til sikkerhedstemaet, og det kommer frem, at pigens mor og far er blevet kærester igen og har aftalt, at mor og datter skal flytte hjem. Sikkerhedstemaet er igen aktuelt, og det er nødvendigt at arbejde med dette frem for med bearbejdning af traumatet.



I mange behandlingsforløb opleves det frustrerende, at der går så lang tid, inden traumbearbejdningen går i gang, og at det ikke sjældent slet ikke lykkes at skabe så meget sikkerhed for barnet, at det er muligt at arbejde med traumatet. Det er vigtigt at forstå, at det er en central del af behandlingen at støtte den traumatiserede i at blive ved med at have tro på, at det er muligt at leve i sikkerhed, og at det altid skal prioriteres.

Bearbejdning af traumatet

Formålet med at tale om traumer er at støtte barnet til at blive bedre til at håndtere minderne og ikke blive overvældet af dem, og at minderne ikke trænger sig på og styrer barnets liv. Endvidere er det tanken, at ved at traumehistorien bliver fortalt, får den en bedre form og bliver en historie med en begyndelse, en midte og en slutning. Barnet har fået sammenhæng i det, som er sket, og forståelse for, hvad der skete. En del af bearbejdningen kan også være at hjælpe barnet til at få mening i det hændte. Måske oplever barnet, at volden sker, fordi barnet er uartig. Ved at få fortalt sin historie kan barnet få hjælp til at få tillagt en anden mening til traumatet. "Der er ikke vold i min familie, fordi jeg er uartig, men fordi far drikker, og når han drikker, bliver han vred på alle omkring sig." Arbejdet består i at sætte ord på de svære oplevelser. Der arbejdes med at støtte barnets hukommelse om de traumatiske hændelser.

Nogle børn kan have vanskeligt ved at huske de traumeudløsende hændelser, eventuelt som følge af neurologiske skader, men også som følge af, at barnet kan have svært ved at være til stede i sin erindring. For at kunne holde erindringen ud kan der ske det, at barnet i situationen fjerner sig fra oplevelsen af sig selv og fra det skete (dissocierer), hvor barnet f.eks. kan beskrive overgrebet set udefra, samtidigt med at barnet forklarer, at det stod/svævede uden for sin krop og så overgrebet finde sted, uden at det mærkede noget. Tilsvarende gælder det for nogle børn, at de godt kan huske volden, men de kan ikke huske oplevelsen af, at det var dem, der var vidner til volden, eller at det var dem, der var udsat for volden.

Det er et mål, at barnet skal blive i stand til at forstå eller tolke sine egne følelsesmæssige reaktioner og skal turde rumme dem. Det gælder ikke mindst for de lidt større børn, hvor der kan være potentielt varige lidelser som for eksempel spiseforstyrrelser (f.eks. anoreksi) eller selvskadende adfærd (f.eks. at skære i sig selv). Uanset om barnet umiddelbart kan huske at være en del af den situation, hvor volden fandt sted, eller ej, er det i de fleste traumebehandlingsmodeller en del af behandlingen at støtte barnet i at erindre volden og til at udtrykke sine tanker og følelser om volden samt at give barnet øget viden om såvel selve volden som almenmenneskelige reaktioner på vold. Det er et tilbud

til barnet om, at det kan opleve sig selv og sine egne reaktioner på vold som normale, så barnet kan få mulighed for at tænke, tale, forstå og fortolke det skete. Arbejdet med traumatet kan hjælpe barnet (og familien) til bedre at tackle fortiden og til at handle med henblik på at undgå gentagelser. Ofte kan barnet (og familien) udvikle en langt større indsigt i, hvordan hele familiens liv har været præget af volden og (måske især) af angsten for volden. Mange gange vil det, nogle familiemedlemmer opfatter som en helt almindelig væremåde, indeholde voldsomt stres-

sende elementer for barnet. For eksempel kan der være tale om, at familien kommunikerer så indirekte eller så ironisk, at især det mindre barn ikke er i stand til med sikkerhed at vide, hvad der foregår.

Behandlingsarbejdet består i at stille refleksive spørgsmål om, hvad barnet er bevidst om med hensyn til kropslige og følelsesmæssige forhold, og hvad barnet ikke er bevidst om. Målet er, at barnet igen får kontrol over krop og sind og dermed får integreret traumehistorien som en del af sin samlede livshistorie.



KOMMUNERNES BRUG AF TRAUMETEORI

Da traumeforståelsen er en central del af forståelsen af børn, der lever i familier med vold, anvender de fleste behandlingsmodeller elementer fra traumbehandlingsmodellen sammen med de specifikke teknikker, der hører til behandlingsmodellen. I forbindelse med Servicestyrelsens udviklingsprojekt om børn og kvinder i familier med vold er det specielt i Skanderborg Kommune, at man arbejder med brug af traumeteori. Man arbejder her med den svenskudviklede model Trappen (29), der er en nyere model for, hvordan man kan arbejde med børn i familier med vold. Modellen er blevet anvendt i Sverige i adskillige år. Man tilbyder barnet en individuel behandling med et forløb, der følger en række trin, som er beskrevet i modellen. Projektets målsætning er at synliggøre børn i familier med vold og at tilbyde dem en mulighed for at bearbejde de traumatiske hændelser, de har været vidner til. Man arbejder med andre ord ud fra en model med en meget konkret målsætning, hvor indsatsen følger de retningslinjer, der er indeholdt i modellen Trappen.

Læs mere om behandlingsmodellen i praksis i bogen "Børn i familier med vold – behandlingsmodeller", udgivet af Servicestyrelsen i samme bogserie.







KAPITEL 4

Kognitiv teori

DEN KOGNITIVE TERAPI blev udviklet i 1960'erne og 70'erne. Det var især psykiateren Aaron Beck, som bidrog til udviklingen. Beck ønskede at skabe en behandlingsform for angst og depression med god langtidseffekt (30, 31). Under dette udviklingsarbejde fandt han, at der for depressive klienter var et særligt gennemgående fællestræk, nemlig en udpræget tendens til at tolke negativt på situationer, sig selv, andre og verden. >>

Beck fandt, at denne massive tendens til negativ tænkning var med til at forstærke og vedligeholde et følelsesmæssigt ubehag hos klienten. Desuden fandt Beck ud af, at negativ tænkning nedsætter individets evne til at løse egne problemstillinger på en god måde. Heraf fulgte den kognitive terapi fokus på individets tolkning og tænkning som det, der først og fremmest, skal analyseres og forandres. Den kognitive terapi arbejder således med nuancering af tænkningen som middel til forandring af problemer og handlinger/adfærd.

Den kognitive terapi tager udgangspunkt i mennesket som et "fortolkende" væsen. Terapien sigter mod at give klienten større indsigt i, hvorledes egne negative tanker og tolkningsmønstre kan igangsætte, forstærke eller vedligeholde uhensigtsmæssige

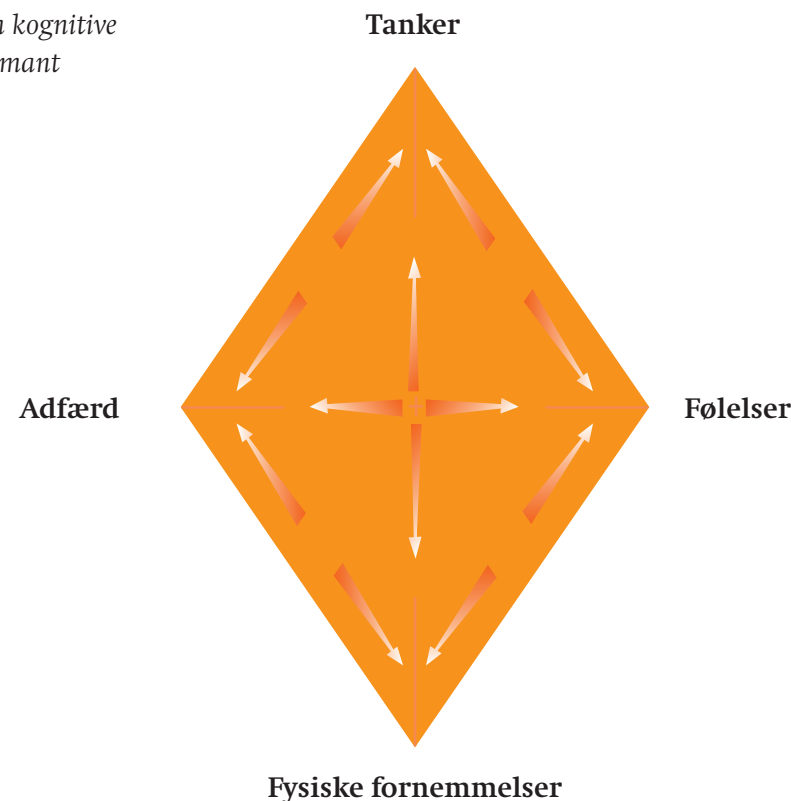
handling eller være medskabere af destruktive samspil.

Hovedrationalet er, at der, hvis et problem forstås bedre og/eller på en ny måde, vil være mulighed for nye handlinger (32). Den handlende kraft ligger i tanken. Derfor retter man i det terapeutiske arbejde også fokus på at identificere, analysere og nuancere tænkningen. Heraf følger individets mulighed for ændring i adfærd og handlinger (33).

Den kognitive diamant – grundmodelforståelse af tænkningens dominerende rolle

Den kognitive teori har en række modeller, som gør terapiens analytiske tænkemåde enklere at forstå. Den vigtigste er den kognitive diamant, som er en model, der illustrerer, hvad der tales om (34, 35).

Den kognitive
diamant



Den kognitive diamant er en måde at illustrere barnets indre processer på. Formålet er at hjælpe barnet til øget forståelse af egne indre processer. Ved at støtte barnet i at identificere de enkelte delelementer i de indre processer er det muligt at hjælpe barnet til at nuancere egen tænkning.

Udgangspunktet for arbejdet med diamantmodellen er det problem, der plager barnet, og som man gerne vil have igangsat en ændringsproces omkring, så problemet kan blive løst

eller bedret. I følelsesmæssigt intense situationer vil tanker, følelser, kropslige fornemmelser og handlinger opleves som en sammensmeltet helhed. Diamanten bruges her som støtte til at adskille disse indre processer og dermed isolere tænkningen. Isolering af tænkningen, løsrevet fra øvrige indre processer, er vigtig for at kunne etablere tanker som tolkninger (og dermed hypoteser). Etablering af tanker som tolkninger/hypoteser er vigtig for at kunne arbejde med nuancering af tænkningen.

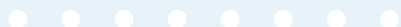
LITTERATUR

Udgangspunktet for den følgende gennemgang af den kognitive teori er primært: M.M. Mørch, N.K. Rosenberg & P. Elsass, (red.) (1995), *Kognitive behandlingsformer*. København, Hans Reitzels Forlag • Torkil Berge & Arne Repål (2004), *Kognitiv terapi i praksis*. København, Akademisk Forlag (med en konkret gennemgang af det terapeutiske arbejde) • Paul Stallard (2007), *Vejledning til gode tanker - gode følelser. Kognitiv adfærdsterapi med børn og unge*. København, Dansk Psykologisk Forlag.

ET EKSEMPEL

En dag i skolen ser en 13-årig pige, at en gruppe af klassens øvrige piger hvisker sammen. Den 13-årige piges første tanker er: "Der er ingen, der kan lide mig, og de gider overhovedet ikke være venner med mig. Jeg må ikke være med i deres snak." Følelserne kan bl.a. være: "ked af det". De fysiske fornemmelser kan bl.a. være: "et hul i maven og hjertebanken". Adfærden kan være: "trækker sig fra fællesskabet, isolerer sig, overspiser m.m."

Diamanten vil her illustrere, hvorledes problemadfærd som isolation, over-spisning igangsættes af pigens hypoteser om "de øvrige pigers intentioner". Hvad den 13-årige ikke kan høre er, at disse piger snakker om en ny dreng i klassen og slet ikke om hende. Men hendes første negative tolkning af den oplevede situation får afgørende indflydelse på hendes handlinger.

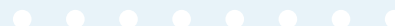


ET EKSEMPEL

En 14-årig dreng gik til en række individuelle psykologsamtaler, fordi han havde truet en kvinde med vold (22). Drengens mor var først blevet slået af drengens far og var derefter flyttet sammen med en ny mand, som også slog hende. Faren havde fået en ny kone, som han også slog. Drengen havde aldrig oplevet andet, end at den kvindelige part i familien blev udsat for vold.

Det var ikke vanskeligt at tale med ham om de voldelige hændelser eller om de følelser, han havde, som var knyttet til hændelserne. Ligesom han kunne fortælle, hvad der skete i hans krop (fysiske fornemmelser), når der var optakt til vold. Men det var næsten umuligt at komme til at tale om de tanker, han kunne have, der var knyttet til tolkningen af den voldelige hændelse. Hans holdning var, at vold var noget, der skete, og at det for så vidt var i orden, for hvad skulle man ellers gøre?

Gennembruddet kom ved en samtale om, hvordan voldelige mænd tænker, og hvordan de begrundet deres vold. Pludselig sagde han: "Sådan tænker min far!", og lidt senere kom drengen frem til, at mors nye mand tænkte på samme måde. I løbet af nogle uger fandt han ud af, at han også selv tænkte sådan, og blev i stand til at forestille sig alternative måder at tænke på og dermed alternative måder at opfatte verden på, så det ikke var nødvendigt for ham at have den adfærd, at han slog eller truede med vold.



Arbejdet med diamantmodellen er principielt cirkulært. Diamantens forskellige linjer viser, at tanker, følelser, fysiske fornemmelser og adfærd indgår i et samspil. Den kognitive terapeut sætter fokus på tankens betydning for, at situationen ender med en problemadfærd. Det er afgørende vigtigt, at den tænkning, som der arbejdes på at nuancere, er såkaldt forvrænget tænkning. Et eksempel på forvrænget tænkning er katastrofetanker.

Negative automatiske tanker, leveregler, skemata

I kognitiv terapi opererer man med tre lag i tænkningen:

- *De automatiske tanker* er individets umiddelbare tolkning af en given situation. I det terapeutiske arbejde er der fokus på "negative automatiske tanker", fordi det netop er disse, som er forstærkende og vedligeholdende for et givet problem. Det er således også disse, som skal nuanceres. Man taler om at danne alternative tanker, altså alternative tolkningsmuligheder.
- *Leveregler* er individets formuleringer af, hvordan livet skal leves, hvordan samværet med andre skal være, og hvordan man generelt skal handle. Leveregler dikterer individets adfærd. Rigide leveregler hæmmer individets muligheder for at udfolde en nuanceret adfærd.

- *Skemata* er individets grundlæggende modeller om selvet, andre og verden. Disse modeller grundlægges tidligt i livet og er baseret på kvaliteten i barnets interaktionserfaringer.

I kognitiv terapi kan man arbejde med alle niveauerne i tænkningen. Det terapeutiske arbejde med nuancering af tænkningen er direkte rettet mod, at barnet skal få en bedre selvindsigt, et større selvværd og blive bedre til at mestre sit liv.

Kerneelementer i kognitiv terapi

Kognitiv terapi er en struktureret og målrettet metode. Behandlingen starter typisk med, at der undervises i sammenhængen mellem tanker, følelser, fysiske fornemmelser og adfærd (den kognitive diamant) og i betydningen af negative, automatiske tanker. Desuden indgår en række faste kerneelementer: Sokratiske dialog, skemaer til registrering af tanker, følelser, fysiske fornemmelser og adfærd, adfærdseksperimenter (efterprøvning i virkeligheden), hjemmeopgaver, som er passende øvelser, barnet udfører imellem de enkelte terapigange. Formålet er at hjælpe barnet til at brobygge mellem det terapeutiske rum og hverdagen. Desuden arbejder man med tilbagefaldsforebyggelse.

Sokratisk dialog – at udspørge nysgerrigt

Samtalen er i kognitiv terapi baseret på den sokratiske dialog. I den sokratiske dialog indtager behandleren en nysgerrig og anerkendende position i den fælles undersøgelse af barnets tænkning. Man lader herigennem barnets egen forståelse af sig selv, andre og verden udfolde sig. Det har ikke nogen mening at spørge barnet på en måde, så det er presset til at indtage den "rette" position eller den "rette" tænkning. Netop derfor lægger man stor vægt på "den sokratiske udspørgen" (35), hvor man anvender spørgsmål, der begynder med "hvad", "hvordan", "hvor" og "hvornår". Målet er at give barnet mulighed for at gå på selvopdagelse og med tiden lære at forholde sig undersøgende, nogle gange kritisk, til sin egen tænkning (36). Igennem den sokratiske dialog med barnet tydeliggøres den mening, barnet tillægger forskellige hændelser, og barnet støttes i sit selvværd og får en øget kompetence til at vurdere egne tanker og handlinger. Begge dele har betydning for barnets kompetence til at skabe en ny og mere afbalanceret kognitiv struktur (36).

Brug af skemaer understøtter barnets udvikling

Kognitiv terapi har udviklet en lang række fortrykte skemaer bestående af modeller og teknikker inden for de

kognitive kerneelementer. Anvendelse af disse har altid til formål at understøtte og forstærke de terapeutiske forandringer. Desuden har anvendelsen af skemaer en eksternaliserende funktion – barn og behandler kan betragte "tanker" som et fælles tredje. Dette hjælper barnet til at etablere tanker som hypoteser og dermed i arbejdet med nuancering af tænkningen. Skemaer kan enten udfyldes af barnet eller sammen med barnet undervejs i behandlingen.

Fortrykte skemaer findes hos flere teoretikere, blandt andre Paul Stallard (36), som har udviklet et sæt af skemaer, der er tilpasset børn og samtidig er et udtryk for samtlige processer i et kognitivt terapiforløb. Der findes skemaer, som kan bruges til samtale om emner som f.eks. "hvad er angst", "hvordan hænger mine tanker sammen med det, jeg gør", "aktiviteter og humør", "trin for trinafprøvning af ny adfærd", "den gode tankecirkel" og mange flere. Barn og terapeut arbejder med skemaerne med afsæt i barnets udviklingstrin og det, som barnet formulerer som eget ønske om forandring.

Efterprøvning i virkeligheden – adfærdseksperimenter

Arbejdet med nuancering af tænkningen understøttes af adfærdseksperimenterne. Disse kan beskrives som "efterprøvninger i virkeligheden". Med afsæt i analyse og nuancering af

tænkningen opstilles en række konkrete handleopgaver, som barnet løser. På denne måde sikrer man, at terapien munder ud i konkret forandring i barnets hverdag og adfærd. Man undgår dermed, at terapien ender som intellektuelle formuleringer i det terapeutiske rum. Der kan være tale om noget, barnet gør, selv eller noget barnet gør sammen med jævnaldrende, sammen med forældrene eller eventuelt sammen med behandleren. Her anvendes ligeledes rollespil, hvor barnet sammen med behandleren "øver" sig i en given adfærdsforandring og herefter udfører denne adfærd i skolen eller over for venner, forældre osv. Igen er målet at tydeliggøre en tanke-krop-følelse-handlings-sammenhæng for barnet. Herved lærer barnet noget mere om at tackle diverse situationer og samtidig lære barnet at fastholde de ønskede adfærdsmæssige ændringer, som opstår af terapien.

Hjemmeopgaver

De enkelte samtaler suppleres af hjemmeopgaver, der som tidligere nævnt skal hjælpe barnet med at bygge bro mellem "terapien og hverdagen". Gode hjemmeopgaver udfordrer barnet i tilpas omfang og sikrer barnet en succesoplevelse i hverdagen, baseret på det, der arbejdes med aktuelt i den terapeutiske samtale. Hjemmeopgaverne skal tydeliggøre den (nye) forståelse, barnet allerede har fået, og støtte det videre forløb (37).

Et eksempel kan være, at barnet bliver bedt om til næste gang at registrere, hvad der sker, når der opstår en angstfyldt situation. Barnet kan blive bedt om at skrive ned, hvad det tænker, hvilke følelser det får, og hvad det gør (38). Målet er ikke at få udførlige redogørelser om hændelsesforløb, men at få barnet til at få et tydeligere billede af, hvordan det reagerer, og dermed at barnet får mulighed for at ønske, at der kan ske en ændring. Barnets registrering er det, der kan arbejdes med for at skabe en ændring.

Børn

Det centrale fokus på analyse af tænkningen og den rationelle analytiske tilgang til det terapeutiske samarbejde kunne forlede én til at tro, at kognitiv terapi er en behandlingsform, som i særlig grad er indrettet til voksne klienter, hvorimod børn kan føle sig fremmede over for behandlingen. Det er ikke tilfældet.

Børn er generelt gode til at tænke refleksivt i forhold til omverdenen og til at formulere deres tanker. De fleste voksne er formentlig blevet forbavset, når de har hørt barnets logik i almindelig samtale med spørgsmål og svar. Mange gange kan børn i 8-12-årsalderen tænke meget klare tanker om familiens situation og have gode og helt konkrete forslag til, hvordan en problemfyldt situation kan løses.

Ligesom alle andre terapiformer skal også den kognitive naturligvis tilpasses det enkelte barn eller den enkelte gruppe af børn. Eftersom kognitiv terapi i udpræget grad vægter analysen af egne tanker, vil det tit være en fordel at lade de indledende faser omfatte en generel snak om emner som: hvad er følelser, hvad er tanker, hvordan mærkes angst i kroppen osv.? Barnet må hjælpes til at besidde de forudsætninger, som gør, at den kognitive terapi bliver en succes. Derfor omfatter de behandlingsprogrammer, som er udviklet til børn og unge, netop også et fokus på den generelle viden om tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærd, som udgør grundlaget for at kunne arbejde problemrelateret med disse forhold.

Der er udviklet en række forskellige kognitive terapiprogrammer til børn. Traditionelt har de været udviklet til brug for børn med forskellige psykiske vanskeligheder som for eksempel depression, angst eller lavt selvværd (36, 38). Men metoden må også anses for velegnet til børn, der er vokset op i familier med vold.

Forældreinddragelse

Forældrene inddrages ofte i kognitiv behandling af børn. Forældrene har en vigtig betydning for deres børns udvikling (36), både når det handler om funktionel og dysfunktionel adfærd. Man kan inddrage forældre på forskel-

lige måder: som samarbejdspartnere, som en del af det terapeutiske team eller indgå i forløbet som klienter (ligesom børnene). Inddragelsen vil være forskellig afhængigt af problemets karakter og barnets alder. Inddragelsen af forældrene medfører, at de bliver langt mere involverede i interventionen, ligesom de kan tilegne sig en ny og anerkendende forståelse af barnets problemer og samtidig lære en ny forældreadfærd og derved understøtte barnets positive udvikling.

For børn i familier med vold bør det derfor altid overvejes, hvilken betydning det har, at barnet er blevet slået, eller at barnet har været vidne til vold mod mor. Der kan være situationer, hvor det måske ikke er hensigtsmæssigt at inddrage den voldsudøvende forælder, mens det i andre situationer vil være det rigtige.

Gruppeterapi

Kognitiv terapi anvendes i individuelle forløb såvel som i gruppeforløb. Til gruppeforløb er der udviklet en række såkaldt manualiserede programmer, hvor man følger en helt fast struktur og proces. Dette er særligt gældende i forbindelse med angsttilstande, depression og konflikthåndtering (38).

Gruppeterapi er imidlertid også relevant i forbindelse med det at have været vidne til vold eller at have været udsat for vold. Indholdet i gruppemø-

derne svarer principielt til indholdet i de individuelle sessioner, dog med mindre fokus på den enkelte. Gruppens medlemmer vil kunne genkende og spejle sig i hinandens tankemønstre, støtte og inspirere hinanden til nuancering af tænkningen og samtidig fungere som platform for træning af konkret ny adfærd. For voldsramte eller personer, der har været vidner til vold, er målet at få en bedre viden om de tanker, følelser, fysiske fornemmelser og den adfærd, det giver personen at have været vidne til vold eller selv

at have været udsat for vold, samt at ændre de tankemønstre, der er knyttet til volden (38).

Indholdet i et gruppeforløb har de samme faser som en individuel behandling. Men på samme måde som man afstemmer individuel behandling efter den enkelte, vil gruppeforløbet naturligvis være tilpasset gruppemedlemmernes alder, sociale forhold og tilsvarende, så det sproglige indhold svarer til det sprog, som gruppemedlemmerne (børnene) bruger.

.....

KOMMUNERNES BRUG AF KOGNITIV TEORI

I forbindelse med Servicestyrelsens udviklingsprojekt om Børn og Kvinder i Familier med Vold bruger Skanderborg Kommune kognitiv teori som udgangspunkt for arbejdet med børn og mødre i grupper.

Læs mere om behandlingsmodellen i praksis i bogen "Børn i familier med vold – behandlingsmodeller", udgivet af Servicestyrelsen i samme bogserie.

.....





KAPITEL 5

Narrativ teori

DEN NARRATIVE METODE blev udviklet i 1980'erne med Michael White som en af de mest markante personer inden for narrativ terapi (39). >>

Narrativ betyder 'fortælling' eller 'historie', og det er netop omdrejningspunktet i narrativ terapi, fordi det antages, at mennesker organiserer eller ordner de oplevelser, som de får gennem livet i historier – de 'historiegør' deres liv. Menneskelig meningsdannelse opstår, samtidig med at mennesker taler om deres liv: om tanker, oplevelser, følelser og holdninger. I den narrative teori kalder man dette *fortællinger* og siger, at mennesker formulerer identitet i fortællinger (39).

Den narrative tilgang er baseret på socialkonstruktivistisk teori og har derfor fokus på, at individer og grupper (herunder familier) hele livet igennem skaber og konstruerer deres egen virkelighed.

Narrativ terapi har fokus på menne-

sket som et fortolkende væsen – man taler om individet som konstruktør af egen virkelighed og identitet. Fortællingerne opstår dog på baggrund af konkret levet liv – de er ikke opdigtede 'konstruktioner', blot opdigtede på afstand af den rigtige virkelighed.

Relationer skaber konstruktioner

De relationer, som individet indgår i, er desuden afgørende medskabere af disse 'konstruktioner'. Dermed er der et særligt fokus på identitet som produkt af de konkrete fortællinger, som skabes og vægtes under individets opvækst.

Fortællinger kan have forskellige udtryk: De kan være nuancerede, rigide, succesorienterede eller fejlfindende, skabe udvikling og handlekraft eller skabe magtesløshed og opgiveness osv.

Formålet med narrativ terapi er at hjælpe og inspirere klienten til at lade positive fortællinger udvikle sig. Det kan være nye fortællinger eller tidligere oversete fortællinger. Der er et særligt fokus på netop de delfortællinger, som definerer individet positivt og som handlekraftigt i eget liv.

Et grundlæggende princip i den narrative terapi er at lade en fortællings oversete nuancer udfolde sig. Det giver individet mulighed for at betragte sig selv og egen situation fra nye vinkler – i en vis forstand at placere sig i en ny position. Fra denne nye position bliver det muligt at opdage nye detaljer om sig selv, andre og verden. Herved gør man nye handlinger mulige.

Fortællingens betydning

Ifølge den narrative teori er fortællinger definerende for individets oplevelse af sig selv, sine kompetencer, sine problemer, de forskellige situationer livet består af, samt for hvordan man indgår i relationer m.m. Individets fortællinger har derfor også stor indflydelse på handlemønstre. I den narrative terapi er der fokus på at udforske problemskabende fortællinger på en sådan måde, at oversete fortællinger om individet som kompetent, værdifuldt og problemløsende kan træde i forgrunden i stedet.

For at få en identitet som menneske er det nødvendigt at tale om sit liv og

sine tanker, sine oplevelser og følelser. I den narrative teori kalder man dette fortællinger og siger, at mennesker formulerer meninger i fortællinger (40). I terapien stiller man ikke spørgsmålstegn ved rigtigheden af fortællingerne. Fortællingerne er klientens måde at forstå sin historie på.

En hovedopgave for den narrative behandler er at lytte og stille spørgsmål til den enkelte fortælling på en sådan måde, at der skabes grobund for øget selvværd, motivation for forandring, tillid til egne kræfter osv. At lytte betyder også, at behandleren retter sin aktive opmærksomhed mod det, som "ikke fortælles" og det, som "næsten fortælles". Altså er der en særlig opmærksomhed på de dele af fortællingen, som kan bidrage til øget indsigt og forståelse. Der sigtes hele tiden mod at forstærke identitetsfortællinger, som er positive og udviklende.

Dominerende og alternative, tynde, tykke eller foretrukne

I narrativ teori har man udviklet begreber for historiers forskellige karakter. Den dominerende historie er den eller de historier, som tilsammen udgør den mest fremtrædende og måske også mest fortalte identitetskonklusion om et menneske. Den dominerende fortælling kommer tættest på menneskets grundfølelse af sig selv og vil være sådan, som en person først og fremmest vil betegne

LITTERATUR

Den følgende gennemgang er foretaget med udgangspunkt i følgende litteratur: Michael White (2008), *Kort over Narrative landskaber*. København, Hans Reitzels Forlag • Alice Morgan & Michael White (2007), *Narrativ terapi med børn og deres familier*. København, Akademisk Forlag • Anne Sofie Møller Sparre & Katrine Dall Jørgensen (red.) (2009): *Syv fortællinger om narrativ praksis*. København, Dansk Psykologisk Forlag.

og kende sig selv. Den dominerende fortælling vil også betegne det, andre mennesker ville sige var kendetegnende for personen, hvis de bare fik 20 ord til at beskrive vedkommende med. Den dominerende historie kan lige så vel være primært positivt ladet: "Jeg kan det hele," som den kan være negativt ladet: "Jeg kan aldrig noget." Det fremstår klart, hvordan disse to dominerende fortællinger opridses vidt forskellige handlemuligheder fremover.

Men afgørende er ikke alene, om grundtonen i den dominerende historie er positiv eller negativ. Selve måden, som historien fremlægges og formuleres på, har også markant betydning. Forskellighederne beskrives ofte med henvisning til en skelnen mellem 'tynde' og 'tykke' historier, hvor de tynde historier er enstrenge og forsimplede, mens de tykke er flerstrengede og nuancerede/rige historier.

I en tyndt/ensidigt eller enstrenget fortalt historie anvendes eksempelvis 'absolut sprog', såsom "altid" og "aldrig"; sprog, der totaliserer personens responser i forhold til hændelser i verden. Således kan ytringer som: "Jeg kan klare alt," umiddelbart fremstå

stærke. Men den er samtidig ensidig og derfor 'tynd' og entydig. Eksempelvis vil personen med en sådan dominerende historie kunne blive maksimalt udfordret, hvis livet pludselig byder ham/hende en situation, hvor alt ikke kan klares. Her vil en mere tyk eller righoldig fortælling a la: "Jeg klarer for det meste alt – resten må jeg arbejde på" tilbyde et mere udviklet refleksions- og handlerepertoire over for den nye livsudfordring. Dette 'tykke' eller 'rige' i en fortælling er dens nuancer, dens bredde, dens fleksibilitet i forhold til at kunne tage nye erfaringer ind i de overordnede plot – eller helt udskifte dem.

Opsamlende kan man sige, at narrativ teori understreger, at mængden af historier samt deres omfang af nuancer eller 'rigdom' i fortælleformen er afgørende for, om individet kan leve det liv, vedkommende ønsker. Helt konkret vil personer med få og ensidige historier om deres liv derfor have adgang til et smallere handlespektrum. Personer med mange livshistorier om, hvem de er, og hvad de kan i forskellige situationer og med livshistorier, hvor identitetskonklusionerne (plottene) har flertydighed og nuance, vil derimod have adgang til et bredere handlerepertoire.

Problemer eksternaliseres

I narrativ terapi er man ikke så optaget af at udrede et givent problem som sådan. Fokus er i overvejende grad på problemets betydning og på den fortælling, barnet laver om problemet (eksempel: "Det er min skyld. Hvis jeg bare var et bedre barn, ville min far ikke blive så vred og irriteret, og så ville han ikke slå mor.").

Den narrative børnesamtale handler således ikke om problemer i den forstand, at problemet er i centrum. Man fokuserer på problemets betydning og spørger rundt om fortællingen og dermed også rundt om problemet, så betydningen kan træde tydeligere frem (41).

Et fundamentalt kerneelement er at sikre adskillelsen af "problem" og "identitet". Derved sikrer man, at barnet ikke bliver gjort til problemet, ikke bliver opfattet som problemet og endelig ikke bliver behandlet som et problem. For at kunne udvikle sig må barnet have fuld anerkendelse som et værdifuldt medlem af familien, gruppen og samfundet. Det må understreges og tydeliggøres, at "det er problemet, der er problemet". Herefter inviteres problemets betydning frem og belyses fra forskellige vinkler, og herfra vokser muligheden for, at både barnet og familien kan se alternative handlemuligheder.

Når problemet er, at barnet har været vidne til vold eller har været udsat for vold, er det vigtigt at være opmærksom på, at det er problemet/volden, der er et problem, ikke barnet. Tilsvarende er det voldens betydning for barnet, der skal kortlægges. Specielt små børn vil kunne indtage en anden position og føle sig enten skyldige i eller ansvarlige for volden (12, 38) og vil sjældent have forstået voldens betydning for dem selv.

Eksternalisering er et kerneelement i narrativ terapi. Ved eksternalisering forstår man, at det problem, som er i fokus for terapien, adskilles klart fra barnet og betragtes som en selvstændig helhed uden for personen frem for at blive betragtet som en iboende personlig egenskab (39). I praksis gør man dette ved at give problemet en selvstændig identitet som et fælles tredje. Man kan give problemet et navn, en form, en farve og undersøge forskellige karakteristika ved problemet: hvornår dukkede det op, hvad mon det får energi og næring fra, hvad mon vil kunne få problemet til at "flytte væk" eller "holde ferie" osv.

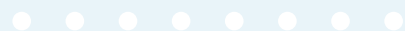
Eksternalisering er aldrig ensbetydende med at negligere problemer. Hensigten er til enhver tid at konstruere en måde at tale om problemet på, som øger handlemulighederne og mindsker skyld og skam. Eksternalisering skal give barnet de bedste

ET EKSEMPEL

En 12-årig dreng har i en årrække overværet, at hans mor blev udsat for vold fra sin kæreste. Efter et ophold på et krisecenter har moren endegyldigt afsluttet forholdet til kæresten. I en periode forfulgte ekskæresten dem, kastede sten på ruden om natten og truede drengens mor med at slå hende ihjel. Da ekskæresten fandt en ny samlever, ophørte truslerne og forfølgelserne. Imidlertid udviklede drengen efterfølgende massiv angst og dertilhørende undgåelsesadfærd i form af besvær med at sove uden for hjemmet og i det hele taget opholde sig uden for hjemmet i længere tid.

Da drengen ønskede at arbejde med sin angst, var det med et stort ønske om at kunne deltage i en sommerlejr med overnatning. Det terapeutiske arbejde med angsten tog afsæt i en eksternaliseringsproces, hvor drengen valgte at navngive problemet "monster-møg". Han beskrev "monster-møg" som en grå og lidt slimet størrelse, som kunne vokse og aftage i størrelse. Det viste sig, at "monster-møg" havde tendens til at dukke op ved aftens-tid, hvor drengen begyndte at bekymre sig for natten. Ved nysgerrigt at lade fortællingen om "monster-møg" udfolde sig, blev drengen klar over, at "monster-møg" levede af undgåelsesadfærd.

Ved yderligere at undersøge drengens erfaringer med "monster-møg", blev det tydeligt, at det nogle gange lykkedes ham at tage kampen op mod "monster-møg". Det havde blandt andet resulteret i, at han deltog i en fodboldovernatning. Da drengen blev opmærksom på dette, fortalte han spontant, at det var præcis sådan noget, som "monster-møg" blev mindre af. Når han mindede sig selv om dette, kunne han mærke, hvordan "monster-møg" blev mindre kraftfuldt og han selv mere og mere handlestærk.



muligheder for at betragte sig selv som "andet og mere end problemet". Eksternalisering skal som et grundlæggende princip skabe tiltro til egne kræfter, reducere angst og håbløshed og altid gennemføres med stor omhyggelighed i forhold til barnets sikkerhed og trivsel.

Når problemet direkte vedrører vold i familien, betyder eksternaliseringen, at volden kan ses på en ny måde – en måde hvormed barnets ret til at tænke og føle i forbindelse med de voldelige hændelser tydeliggøres. Via eksternaliseringen kan man drøfte problemet helt konkret, uden at det fører til uproduktive konflikter. Det betyder, at det er muligt at samarbejde i kampen mod problemet (39). Eksternaliseringen frigør energi til at arbejde med at få problemet fjernet.

Platform

Begrebet "platform" anvendes i den indledende del af samtaleforløbet. Her er tale om samtaler om positive historier om barnet (familien). Det kan være historier om barnets færdigheder, værdier og drømme.

Rent billedligt beskrives etablering af platformen/værdierne som en flodbred, man kan stå på, mens traumeoplevelserne kan beskrives som den rivende flod. Påstanden er, at mennesker må have et sted at stå, uafhængigt eller uberørt af problemet, for at

kunne forholde sig til det. Eller sagt på en anden måde: Man kan ikke drukne i problemet og samtidig reflektere og tage stilling til det.

Formålet er at styrke barnets identitet og via samtaler om positive historier at tilbyde det et nyt og positivt ståsted (platform) i livet, som det kan handle ud fra (39).

Forældre som bevidnere i forhold til børns fortællinger

Ved bevidning forstår man at give barnets fortælling plads og rum og at støtte barnet i retten til at have de tanker og følelser, som barnet har. Man lader barnet mærke, at dets stemme bliver hørt og respekteret, dets fortællinger er betydningsfulde, og at dets erfaringer er væsentlige.

I narrativ terapi med børn er det oplagt at inddrage forældrene som bevidnere til deres børns fortællinger (41). Når forældre bruges som bevidnere, er det fortsat børnene, som er i centrum. Det er børnenes fortælling, der styrer forløbet. Forældrene lytter og skal ikke blande sig i fortællingen. Som bevidnere skal forældrene lytte til, hvad barnet fortæller, og være opmærksomt til stede.

Bevidning er en struktureret måde at organisere den måde, vi normalt reagerer på over for hinanden. Bevidningen styres af en interviewer, således

at barnets udsagn bliver centrum for bevidnernes eller forældrenes refleksion. Barnets sagte ord gentages af forældrene og bliver udgangspunkt for den genklang, bevægelse og læring, forældrene får gennem at lytte til ordene. Undervejs eller til slut kan forælderen eventuelt få lov at stille spørgsmål, der kan få fortællingen til at udfolde sig. Man kunne for eksempel spørge ind til: "Hvad tænkte du, da det skete?" "Hvordan følte du, da du sagde, du var forbavset?" Forældrene må ikke stille spørgsmål, der standser eller afsporer barnets fortælling, ligesom de ikke må stille spørgsmål, der rejser tvivl om rigtigheden af barnets fortælling. Bevidningens effekt er markant, og med den kan familien og forældrene få mulighed for at forholde sig til voldens effekt eller respondere over for barnet på markant anderledes måde, end de muligvis tidligere har haft adgang til.

Når forældre bruges som bevidnere til børnenes fortællinger, er det vigtigt at være opmærksom på, hvor meget fortællingen direkte må forventes at komme til at inkludere forældrene. Det er også vigtigt at overveje forløbet særligt, hvis det er forældrenes handlinger, der er årsag til barnets terapi, hvilket typisk vil være tilfældet, når barnet har været vidne til vold mod

mor eller selv har været udsat for vold. Her må man altså være opmærksom på, om barnet selv har været udsat for vold fra moren, eller om der udelukkende er tale om, at barnet har været vidne til vold.

Som et eksempel kan nævnes, at i arbejdet i Danners første børnepsykologiske rådgivning (16) blev anvendt en metode, der ligner det, som i dag kaldes bevidning. Alle børn kom til mindst én samtale hos psykolog sammen med deres mor. Målet for samtalen var, at barnet skulle fortælle om den seneste hændelse med vold i familien. Barnet skulle fortælle, mor skulle lytte, og psykologen skulle styre og stille spørgsmål (42). Under samtalerne skulle barnet have mulighed for at fortælle, hvad det havde set, hørt og oplevet, og mor skulle lytte til det fortalte uden at sige noget. Tanken var, at et sådant samtaleforløb støttede barnet, fordi det betød, at volden ikke længere var fuldstændig tabuiseret som hemmelig. Når børnene havde forstået, at de gerne måtte tale, så fortalte de. Mødrene klarede også at lytte, men de var bange og blev tydeligt rystede, når de blev klar over, hvad barnet havde set og oplevet.



KOMMUNERNES BRUG AF NARRATIV TEORI

I forbindelse med Servicestyrelsens udviklingsprojekt om børn og kvinder i familier med vold har man primært brugt en behandlingsteori med narrativ tilgang i Aarhus Kommune og i Haderslev Kommune. I Odense og Randers Kommuner er der brugt elementer fra den narrative behandlingsteori.

Læs mere om behandlingsmodellen i praksis i bogen "Børn i familier med vold – behandlingsmodeller", udgivet af Servicestyrelsen i samme bogserie.







KAPITEL 6

Mentalisering

MENTALISERING er et relativt nyt begreb inden for psykologisk teori. Mentalisering har som teori fokus på bedre forståelse af egne og andres mentale tilstande, især i forbindelse med forklaring på adfærd (45). De inddragne mentale tilstande, som påvirker adfærden, er blandt andre: følelser, tanker, behov, mål og grunde (44). Det er kendetegnede for mentaliseringsbaseret behandling, at den henter inspiration fra og integrerer elementer fra en række andre behandlingsteorier, bl.a. systemiske, kognitive og psykoanalytiske teknikker. >>

I løbet af de seneste ti år er begrebet mentalisering blevet anvendt som forståelsesmodel for borderline-personlighedsforstyrrelser og antisociale personlighedsforstyrrelser (45). Senest er begrebet anvendt mere bredt, bl.a. til psykoterapi med forældre og spædbørn, familieterapi, i skoler og i gruppeterapi med teenagere (46). Psykologen Peter Fonagy er den gennemgående person i udviklingen af mentaliseringsbaseret behandling og udformningen af det teoretiske grundlag for metoden. Men behandling og teori er udviklet sammen med en række andre kollegaer på Anna Freud-centeret på University College of London og på The Menninger Clinic i Houston (47).

Mentaliseringstilgangen er velegnet som behandlingsmodel for børn, der har levet i familier med vold, fordi den tilbyder en samlet teori om børns udvikling og en beskrivelse af, hvilke konsekvenser det får, når børn oplever traumer i deres udvikling. Teorien bag mentalisering beskriver også, hvad det betyder, når forældre bl.a. pga. vold i familien ikke tilbyder barnet det udviklingsfremmende samspil, det har brug for. En af fordelene ved at bruge begrebet mentalisering er desuden, at det er en evne, som kan læres. Det giver positive forventninger til udviklingsmuligheder både i forhold til den voldelige forælder og i forhold til barnet, der har levet i en familie med vold (47).

LITTERATUR

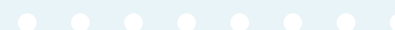
Dette kapitel tager afsæt i følgende litteratur: A.W. Bateman & P. Fonagy (2007), *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline-personlighedsforstyrrelse. En praktisk guide*. København, Akademisk Forlag • Jon G. Allen, Peter Fonagy & Anthony W. Bateman (2010), *Mentalisering i klinisk praksis*. København, Hans Reitzels Forlag • Janne Østergaard Hagelquist (2012), *Sind på sinde. Mentalisering i mødet med omsorgssvigtede og traumatiserede børn og unge*. København, Hans Reitzels Forlag (under udgivelse).

ET EKSEMPEL

En mor har slået sit treårige barn temmelig hårdt adskillige gange. Hun fortæller, at hun slår, når hun føler sig presset af barnet. Som regel er det i nogle situationer, hvor barnet med stor intensitet insisterer på at ville noget, som mor ikke er enig i.

Mor oplever, at barnet presser hende på samme måde, som hun havde oplevet at blive presset, da hun var barn, hvor hun var blevet presset af sin stedfar til at gøre ting, hun ikke ønskede.

Når det sker, oplever mor, at hun har de samme følelser som i barndommen, og hun bliver bange og tænker, at hun bliver angrebet af barnet. Det betyder, at hun oplever et behov for, at hun må forsvare sig, og derfor slår hun.





HVAD BETYDER MENTALISERING?

At *mentalisere* betyder at forstå adfærd som udtryk for ens egne og andres mentale tilstande, som f.eks. følelser, tanker, behov, mål og grunde (46). Det betyder, at man er opmærksom på, hvad andre mennesker tænker og føler og har af behov, samtidig med at man er opmærksom på, hvad man selv tænker og føler, og hvilke behov man har. Ligesådan er man opmærksom på, at andre menneskers handlinger tager udgangspunkt i såvel deres tanker som deres følelser og behov. Dette kræver en forståelse for, at andre menneskers tanker, følelser og behov kan være meget forskellige fra ens egne.



Når voksne slår børn

Hvis et menneske føler sig forfulgt, kan det handle ud fra følelsen af at være forfulgt og af at være i fare, uanset om andre mennesker mener, at personen er forfulgt eller ej. Hvis personen begynder at forsvare sig mod forfølgelsen eller forfølgeren, kan det give dramatiske udslag, som for den udenforstående er helt utilstedelige, samtidig med at forsvarshandlingerne kan forekomme nødvendige for den, der forsvare sig.

For iagttageren er det at slå sit barn, som det beskrives i eksemplet i boksen, helt irrationelt og må simpelthen bare høre op. Men hvis man forstår hændelsen ud fra en mentaliseringsbaseret forståelse, får man et bredere

perspektiv. Man ser, at den voksne i situationen har fokus på sine egne tanker, følelser og behov, mens hun slet ikke har noget billede af barnets mentale tilstand, eller dets tanker, følelser og behov. Den voksne er ikke i stand til at se barnets adfærd som et udtryk for dets mentale tilstande. Den voksne ser kun sig selv og kun sine egne tanker, behov og følelser i situationen. Den voksne handler derfor i overensstemmelse med sine egne tanker og følelser – og slår for at forsvare sig.

I den voksnes forklaring har barnet en meget tilbagetrukket rolle i fortællingen, barnet indgår ikke tydeligt. Man kunne fra starten have spurgt direkte til barnets rolle, men sand-

synligvis ville det have ført til, at den voksne ville blive overvældet af intense følelser som angst og skam. Det ville betyde, at den voksnes evne til mentalisering ville blive forringet, da intense følelser forringer evnen til mentalisering. Derfor spørger man i stedet nysgerrigt og empatisk ind til morens mentale tilstande i situationen for at få et mere tydeligt billede af den voksnes egen forståelse af sin handling. Man spørger f.eks.: ”Er der andre tidspunkter i dit liv, hvor du har haft en tilsvarende oplevelse?” Ved at den voksne indgår i et mentaliseringsbaseret samspil, er det muligt for den voksne at forstå egne mentale tilstande og derigennem udvikle evnen til mentalisering.

Der vil senere i forløbet være mere og mere fokus på barnets mentale tilstande. I eksemplet kunne man opmuntre den voksne til at tænke over barnets mentale tilstande. Hvad kan der ligge bag barnets adfærd, når det vil noget, den voksne ikke vil. Måske er det ikke fordi, det vil forfølge den voksne, men fordi det er nysgerrigt og har behov for at udforske ting. Når barnet græder om aftenen, er det heller ikke for at forfølge den voksne, men fordi det er træt og ikke kan finde ud af at falde til ro. Man kan også arbejde med, hvad der sker i relationen mellem den voksne og barnet. Når den voksne bliver vred, bliver barnet bange og tænker på, at

den voksne nogle gange slår, og det har derfor et behov for at løbe væk i stedet for at komme, når mor kalder med vred stemme.

I forløbet understøttes og udvikles den voksnes evne til mentalisering hele tiden. Dette er væsentligt, da mentalisering støtter selvregulering og dermed er en central del af processen med at undgå at reagere med vold.

Vigtige elementer i behandlingen

Når man arbejder med mentalisering som behandlingsteori, er det vigtigt at have en spørgende, nysgerrig og ”ikke-vidende” indstilling (45). Dette er vigtig for at holde de mentale tilstande hos klienten i fokus. Det er også nødvendigt at opretholde visheden om manglende viden om, hvad der foregår i den andens sind (47). Det vil sige hele tiden fastholde, at selv om man som behandler har mange forestillinger om, hvad andre mennesker tænker og føler, kan man dybest set ikke vide det, og man kan kun finde ud af, hvad den anden tænker og føler, ved at spørge. Dette giver plads til, at klienten kan forstå og opleve sine egne mentale tilstande. Det lærer også klienten, at man ikke kan vide, hvad andre mennesker tænker og føler, og denne viden kan klienten bringe med i sine andre relationer.

I mentaliseringsbaseret behandling anvender man de naturligt udviklings-

fremmende elementer, man kender fra det almindelige sunde samspil mellem børn og forældre. En del af dette sunde samspil er, at forældrene fungerer som en tryk base for barnet. På samme måde vægter man, at behandleren fungerer som en tryk base for klienten under behandlingen. En del af det naturligt udviklingsfremmende samspil er også, at forældre er optagede af deres barns mentale tilstande og indgår i mentaliseringsbaserede samspil med barnet. Ligeledes er behandlerens evne til at mentalisere en central del af behandlingen. Tanken er, at mentalisering avler mentalisering. I og med at behandleren er en tryk base og er mentaliserende i forhold til klienten, støtter han eller hun ikke blot klienten til at mentalisere i forhold til sig selv. Terapeuten er også en model for forældrens mentalisering af barnet.

De mentaliserende interventioner begynder med, at behandleren hjælper forældrene til at få bedre forståelse for deres egne mentale tilstande. I forløbet arbejder man senere hen imod, at barnets mentale processer bliver mere og mere tydelige for forælderen, og at forælderen bliver mere optaget af, hvilke mentale tilstande der ligger til grund for barnets adfærd.

Det er desuden vigtigt, at klienten udfordres til at se både samspil med andre og oplevelsen af sig selv fra flere forskellige vinkler og på den måde

bliver mere vidende om mentalisering. Behandleren skal desuden indgå i spejlingsprocesser med klienten, hvor behandleren understøtter forældrens evne til at registrere, kategorisere og italesætte følelser.

Mentalisering i relation til børn

Når man anvender mentalisering som behandlingsteori i arbejdet med børn, der er vokset op i en familie med vold, anses det som centralt, at den voksne spejler de mentale tilstande, der ligger bag barnets adfærdsmæssige udtryk. Når et lille barn oplever vold i familien, kan oplevelsen være så voldsom, at barnet ikke er i stand til at forstå de følelser og tanker, som det, der er sket, fører med sig (47). Barnet har derfor brug for voksne, der kan spejle disse mentale tilstande. I den mentaliseringsbaserede forståelse formuleres dette ved at tale om, at barnet har brug for en mentalt orienteret mor, og der lægges vægt på, at mentalt orienterede mødre er gode traumeterapeuter (47).

Udgangspunktet for forståelsen af barnets udvikling er, at barnet har en tilfredsstillende god relation til en voksen omsorgsperson (48). Når et barn har en god relation til sin voksne omsorgsperson, har det stor betydning for barnets evne til at mentalisere. Omsorgspersonen støtter barnet i at sætte begreber på sine indre tilstande. Barnet lærer, at "når

jeg oplever denne tilstand, så kan jeg forstå det som en følelsesmæssig tilstand, som har et begreb knyttet til sig, det vil sige, så er jeg glad/vred/ivrig/aggressiv". Det har afgørende betydning, at barnet på den måde lærer at få begreber i sit liv, specielt at barnet får støtte til at få rigtige begreber til de indre tilstande.

At mærke sine følelser

Børn i familier med vold kan i højere grad end andre børn risikere forkerte koblinger mellem følelser, tanker og begreber. En væsentlig grund til dette er, at der i disse familier er så mange ting, der ikke bliver sagt. Når der ikke bliver talt om volden, mangler det lille barn begreber til at forstå, hvad det er, der foregår, ligesom barnet mangler begreber, der kan bruges til at karakterisere følelserne og til at forstå, i hvilke situationer følelserne opstår. Al ligevel handler barnet på sine følelser, og det vil derfor let kunne blive sådan, at barnet handler på nogle følelser, det ikke er i stand til at sætte ord og begreber på.

Det kan også være svært for andre (både børn og voksne) at forstå, hvad der udløser barnets måske uforudsigelige adfærd. Man kan derfor sige, at man med mentalisering støtter barnet til at få et bedre kendskab til sine følelser og tillader barnet at have de følelser, det nu engang har i en given situation. Det gøres blandt andet ved,

at man i samtalerne er opmærksom på at identificere barnets indre tilstand og at spejle den tilbage på en måde, så barnet kan genkende de følelser, der bliver spejlet. Der tales om en markeret spejling (46), hvor den voksne spejler barnets følelser, men med en anden intensitet, en lavere eller eventuelt en større intensitet. Barnet får, når det modtager de spejlede følelser, dels mulighed for at reflektere over dem og dels mulighed for at fornemme, at følelser kan reguleres. På den måde får barnet også mulighed for at lære at regulere sine egne følelser.

Hvis et barn for eksempel, hver gang det er trist efter at have været udsat for vold, oplever, at moren reagerer med at sige: "Hvor er du sur, det har du ingen grund til," så vil følelsen tristhed blive koblet med begrebet surhed, og barnet vil tillige opleve det som en negativ og uønsket følelse. Tilsvarende vil det få følger for barnets senere relationer, når det oplever, at kærlighed og angst hører sammen.

Inddragelse af netværk

I arbejdet med børn er samarbejdet med barnets netværk, dvs. skole, børnehave m.m., også betydningsfuldt. Det skyldes, at det også er vigtigt, at de voksne, der omgås barnet i det daglige, forstår barnets adfærd med udgangspunkt i barnets mentale tilstande. Når barnet stikker af, når det får skældud af en lærer, kan det således være vig-

tigt at forstå de mentale processer, der ligger bag adfærden. Når en voksen hæver stemmen, bliver barnet bange og tænker, at nu slår hun sikkert, og derfor stikker barnet af.

I mentaliseringsbaseret behandling af børn kan man anvende mange af de behandlingsteknikker, man traditionelt anvender til børn, som eksempelvis tegning, musik, eventyr, bevidning

fra forældrene osv. Forskellen i forhold til den traditionelle måde at bruge teknikkerne på og den måde, de bruges på i mentaliseringsbaseret behandling, er, at der hele tiden er fokus på mentaliseringen og på at fremme denne. Mentaliseringsbaseret behandling af børn kan foregå både individuelt, sammen med barnets forældre eller i gruppe.

.....

KOMMUNERNES BRUG AF MENTALISERING

I forbindelse med Servicestyrelsens udviklingsprojekt om børn og kvinder i familier med vold er der flere projekter, hvor man har arbejdet med brug af mentalisering som behandlingsteori. Det er sket i Randers Kommune, hvor musikterapi indgår, og i Odense Kommune.

Læs mere om behandlingsmodellen i praksis i bogen "Børn i familier med vold – behandlingsmodeller", udgivet af Servicestyrelsen i samme bogserie.

.....





REFERENCELISTE

- (1) www.vidensportalen.servicestyrelsen.dk.
- (2) Servicestyrelsen (2011): *Støtte og behandling til børn i familier med vold*. København: Servicestyrelsen.
- (3) Johan Cullberg (1995): *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- (4) Christine A. Courtois & Julian D. Ford (red.) (2009): *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*. New York & London: The Guilford Press.
- (5) Alexandra Cook et al. (2005): "Complex Trauma in Children and Adolescents". *Psychiatric Annals* 35:5. Maj 2005.
- (6) Arnon Bentovim, m.fl. (red.) (2009): *Safeguarding Children Living with Trauma and Family Violence. Evidence-Based Assessment, Analysis and Planning Interventions*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- (7) Else Christensen, Maia Lindstrøm & Anne-Kirstine Mølholt (2010): *Efterværn for voldsudsatte kvinder. Krisecentrenes støtte og hjælp til kvinder, som flytter fra centrene*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- (8) Den første danske undersøgelse, der dokumenterede, at vold i familien som regel skete flere/mange gange, var: Else Christensen & Inger Koch-Nielsen (1992): *Vold ude og hjemme*. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 1992:4. Det er også påvist i adskillige internationale undersøgelser, f.eks. Gillender Bedi & Chris Goddard: "Intimate partner violence: What are the impacts on children?". *Australian Psychologist*, marts 2007, 42(1): s. 66-77.
- (9) Julian D. Ford & Christine A. Courtois (2009): "Defining and Understanding Complex Trauma and Complex Traumatic Stress Disorders". I: Christine A. Courtois & Julian D. Ford (red.) (2009): *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*. New York & London: The Guilford Press.
- (10) Helene Hjorth Oldrup, Sara Korzen, Maia Lindstrøm & Mogens Nygaard Christoffersen (2011): *Vold mod børn og unge. Hovedrapport*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:15.
- (11) Servicestyrelsen (2009): *Kommunernes beredskab i forhold til vold*. Odense: Servicestyrelsen.
- (12) Else Christensen: *Børnekår. En undersøgelse af omsorgssvigt i relation til børn og unge i familier med hustrumishandling*. Monografi 31. Nordisk Psykologi, 1990, bd. 42, nr. 3.
- (13) H.L. Behrens (2002): *5230 børn på krisecenter. En deskriptiv undersøgelse*. Esbjerg: Formidlingscentret for socialt arbejde.
- (14) Else Christensen & Dorthe Agerlund Pedersen (2004): *Vold mod børn. En undersøgelse af omfang og håndtering af fysisk vold mod børn – baseret på litteraturgennemgang og interview med sagsbehandlere*. København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdspapir, 2:2004.
- (15) Else Christensen (1991): *Trængte familier*. København: Socialforskningsinstituttet, 91:08.
- (16) Erfaringer fra de år, Else Christensen arbejdede som psykolog for børn i familier med vold. 1988-1990 i Danners børnepsykologiske rådgivning.
- (17) Personlig beretning fra en beboer på et krisecenter.
- (18) Personlig beretning fra en kvinde, der er vokset op i et hjem præget af vold. Her citeret fra Else Christensen & Lenie Persson (red.) (1998): *Når mor får bank. En mosaik om børn i voldsramte familier*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- (19) K. Henning et al. (1997): "Long-term Psychological Adjustment to Witnessing Interparental Physical Conflict During Childhood". *Child Abuse & Neglect*, bd. 21, nr. 6 s. 501-515.
- (20) E.M. Bootsman (1995): *Langtids-effekten af fysisk børnemishandling*. Aarhus: Aarhus Universitet (Psykologisk skriftserie, bd. 20, nr. 1).

- (21) J.F. Knutson (1995): "Psychological Characteristics of Maltreated Children: Purgative Risk Factors and Consequences". *Annual Review of Psychology*, 46, s. 401-431.
- (22) Else Christensens erfaringer fra psykologarbejdet med at støtte børn, der boede på krisecentret Danner, hvor der ved hjælp af fondsmidler var oprettet en psykologisk og pædagogisk rådgivning for børn og for mødre med børn. Rådgivningen eksisterede fra 1988 til 1990.
- (23) Bessel A. van der Kolk: "Developmental Trauma Disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories". *Psychiatric Annals*, 35:5. Maj 2005.
- (24) Else Christensen (2010): *Alkoholproblemer og partnervold*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 10:35.
- (25) Kym L. Patrick & Leanne M. Williams (1997): "Post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence". *American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (4). Alexandra Cook et al.: "Complex Trauma in Children and Adolescents". *Psychiatric Annals*, 35:5. Maj 2005.
- (26) Judith Herman (1995): *I voldens kølvand. Om psykiske traumer og deres heling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- (27) Julian D. Ford & Marylene Cloitre (2009): "Best Practices in Psychotherapy for Children and Adolescents". I: Christine A. Courtois & Julian D. Ford (red.) (2009): *Treating complex traumatic stress disorder. An Evidence-Based Guide*. New York & London: The Guilford Press.
- (28) K.C. Peterson M.F. Prout & R.A. Schwar (1991): *Post-Traumatic Stress Disorder. A Clinician's Guide*. New York & London: Plenum Press.
- (29) Ami Arnell & Inger Ekblom (1999): '...och han sparkade mamma...' Möte med barn som bevittnar våld i sina familjer. Stockholm: Rädda Barnen.
- (30) A.T. Beck & G. Emery (1985): *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- (31) A.T. Beck & A. Freeman (1990): *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- (32) Mogens Brørup, Lene Hauge & Ulrik Lyager Thomsen (red.) (1999): *Den nye psykologihåndbog*. København: Gyldendal Uddannelse.
- (33) Bodil Burian & Kirsten Børsting (2009): "Narrativ samtale med børn. Narrativ børneterapi med familiefokus". I: Anne Sofie Møller Sparre & Katrine Dall Jørgensen (red.) (2009): *Syv fortællinger om narrativ praksis*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- (34) C.A. Stewart-Ferrer (2008): "Kognitiv par- og familieterapi". *Månedsskrift for Praktisk Lægegering*, bd. 86, jan. 2008, s. 103-114.
- (35) C.A. Stewart-Ferrer (2008): "Kognitiv par- og familieterapi". I: Rosendahl, M. & Hilden, J. (red.): *Kognitiv adfærdsterapi i almen praksis*. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegering.
- (36) Paul Stallard (2007): *Vejledning til gode tanker - gode følelser. Kognitiv adfærdsterapi med børn og unge*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- (37) M.M. Mørch, N.K. Rosenberg & P. Elsass (red.) (1995): *Kognitive behandlingsformer*. København: Hans Reitzels Forlag.
- (38) Torkil Berge & Arne Repål (2004): *Kognitiv terapi i praksis*. København: Akademisk Forlag.
- (39) Thilde Westmark, Lasse Offenberget & Dorte Nissen (2009): "Narrativ samtale med voksne. Kunsten at 'få øre på' spirende fortællinger". I: Anne Sofie Møller Sparre & Katrine Dall Jørgensen (red.) (2009): *Syv fortællinger om narrativ praksis*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- (40) Anne Sofie Møller Sparre & Katrine Dall Jørgensen (red.) (2009): *Syv fortællinger om narrativ praksis*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Teorierne bag modeller til behandling af børn i familier med vold

Tusindvis af børn i Danmark lever i familier med vold og trusler som en del af deres hverdag. Det stiller krav til professionelle behandlere og andre fagfolk, der kommer i kontakt med disse børn og familier. For hvordan støtter og behandler man børn, der er eller har været udsat for så alvorligt et svigt fra den, der skulle være barnets omsorgsgiver?

Aarhus, Skanderborg, Randers, Odense og Haderslev Kommuner har i tre år arbejdet systematisk med at udvikle, afprøve og beskrive modeller for behandling af børn, der er eller har været udsat for vold i hjemmet.

Behandlingsmodellerne er baseret på fire psykologiske teorier – traumeteori, kognitiv teori, narrativ teori og mentalisering – som er beskrevet i denne bog. Den er tænkt som inspiration til alle, der har med voldsramte børn at gøre – inspiration til at læse yderligere teori som baggrund for arbejdet med disse børn og familier. Desuden kan bogen inspirere i behandlingsarbejdet med andre former for omsorgssvigt. Bogen kan med fordel læses i sammenhæng med bogen *Børn i familier med vold – behandlingsmodeller*, udgivet af Servicestyrelsen i samme serie.

Det er vores ønske, at viden om de udviklede modeller bliver udbredt og implementeret i landets kommuner.

