NÅR LIVETS BEGYNDELSE RYSTER FAMILIEN

Tekst: **Maiken Bjerg og Janni Ammitzbøll**
Illustration: **Petra Nielsen**

Traumers betydning og vigtigheden af en traumeinformeret indsats

At blive forældre og give liv til et lille nyt væsen er en stor og livsforandrende begivenhed, og de fleste forældre drømmer om at skabe et godt og kærligt familieliv. Graviditet, fødsel og barselsperiode er nok den livsfase, der mest af alt forbinder fortid og nutid med ønsker og visioner for fremtiden, og en udviklingsperiode, hvor det er tydeligt, hvor meget krop og psyke er et hele. I dag ved vi at forældreskab starter ved undfangelsen, og at trivslen under graviditeten kan have stor betydning for barnets senere regulering og udvikling. Ligeledes har fødselsoplevelsen hos kvinde, partner og barn stor betydning for den første vigtige tilknytning og for, at forældre og barn kan indgå i et samspil om at tage næring og kontakt til sig.

Ved en normal graviditet og en ukompliceret fødsel kan disse processer udfolde sig spontant og fleksibelt. Men traumer under graviditet, fødsel og/eller komplikationer i barnets første levemåneder kan forstyrre trivsel og tilknytning. Det kan medføre, at forældre og barn kan være fastlåste i dysregulerede tilstande, som kan trække lange spor individuelt og relationelt.

Med denne artikel vil dele vores erfaringer med, hvad der kan være forstyrrende og traumatisk for familiedannelsen, samt hvordan man kan arbejde traumeinformeret i psykoterapeutisk praksis med disse temaer.

PÅVIRKNINGER OG TRAUMER UNDER GRAVIDITETEN

Mange graviditeter forløber uden komplikationer og med tid til at glæde sig til at blive forældre. Men en række påvirkninger kan være med til at give bekymring og tvivl hos parret. I graviditet og fødsel er man tilknyttet sundhedsvæsnet, og det er en tryghed at blive fulgt af professionelle fagpersoner. Men samtidig kan der gennem tjek og screeningsundersøgelser blive installeret en tvivl på og en ydrestyring af, om barnet har det godt og er sundt og raskt. Selvom tvivl om barnets sundhed ofte kan afkræftes ved yderligere undersøgelser, kan måden, beskeder om bekymring kommunikeres på og ventetid på svar, gøre, at utrygheden kan ligge som en understrøm af bekymring. Den kan påvirke tilknytningen til barnet og forældrenes regulering.

Andre kendte årsager til belastninger og traumer under graviditet er reaktivering af udviklingstraumer, tidligere tab af graviditet både bagud i generationerne og hos parret selv, tab af nærtstående relationer, smerter under graviditeten hos moderen, stressende faktorer på arbejdspladsen, konflikter i parforholdet eller i det

større familienetværk samt usikkerhed omkring fx bolig og økonomi.

Fertilitetsbehandling kan også påvirke kvinden og partneren under graviditeten.[1] Gennem fertilitetsforløbet kan kvinden have gennemgået medicinske procedurer, der er både er smertefulde, invasive og til tider grænseoverskridende, samt være påvirket af hormonbehandling. Dette kan alt sammen medvirke til dissociation fra egen krop for at udholde behandlingen. Hvis kroppen oplever behandlingen som en trussel, kan den dorsale gren af vagusnerven aktiveres (Porges 2011). Hvis disse oplevelser er ubearbejdede, kan kvinden få akkumulerede reaktioner på at have tålt mange smerter og dermed få en lavere smertetærskel under graviditet og fødsel (Moseley et al. 2017).

Hvis parret er blevet mødt med et instrumentelt og dehumaniseret perspektiv i sundhedsvæsnet, kan overlevelsesstrategier ofte være at vende følelserne indad og opleve sig som en, der er noget i vejen med, og som skal tage sig sammen. Når man møder det gravide par i klinikken, er det hjælpsomt at have en forforståelse for mulige påvirkninger og reaktioner og give forældrene en indblik i de traumereaktioner, de kan have. Det åbner op for forældrenes tillid og baner vejen for, at de begynder at forstå deres egne reaktioner som meningsfulde og får kontakt med deres sunde forældreinstinkter.

Det anbefales at vente med at arbejde med gamle traumer hos kvinden, til barnet er født og i god trivsel, da den autonome arousal og følelsesmæssige intensitet transmitteres til barnet via neurotransmittere i blodet gennem moderkagen og derfor kan stresse barnet.

TYPER AF TRAUMER UNDER FØDSLEN

Under en fødsel kan traumer opstå, hvis de oplevelser eller de indgreb, kvinden og partneren gennemgår, overstiger nervesystemets kapacitet til at rumme sansninger og følelser. Det er vores erfaring, at det er hjælpsomt at kende til de typer traumer, der kan opstå under en fødsel, når man påbegynder et terapeutisk forløb. Vi har for overblikkets skyld oplistet fødselstraumer i kategorier ud fra, hvordan krop og nervesystem bliver påvirket specifikt af hændelsen. De er hentet fra den måde traumer opdeles på i uddannelsen til Somatic Experiencing Practitioner (SE-terapeut). Listen er ikke udtømmende (Levine 2007):

- Medicinske traumer
- *Inescapable attack* (angreb, man ikke kan flygte fra – fx overgreb)
- *Horror* (at være vidne til rædselsvækkende oplevelser).

Medicinske traumer

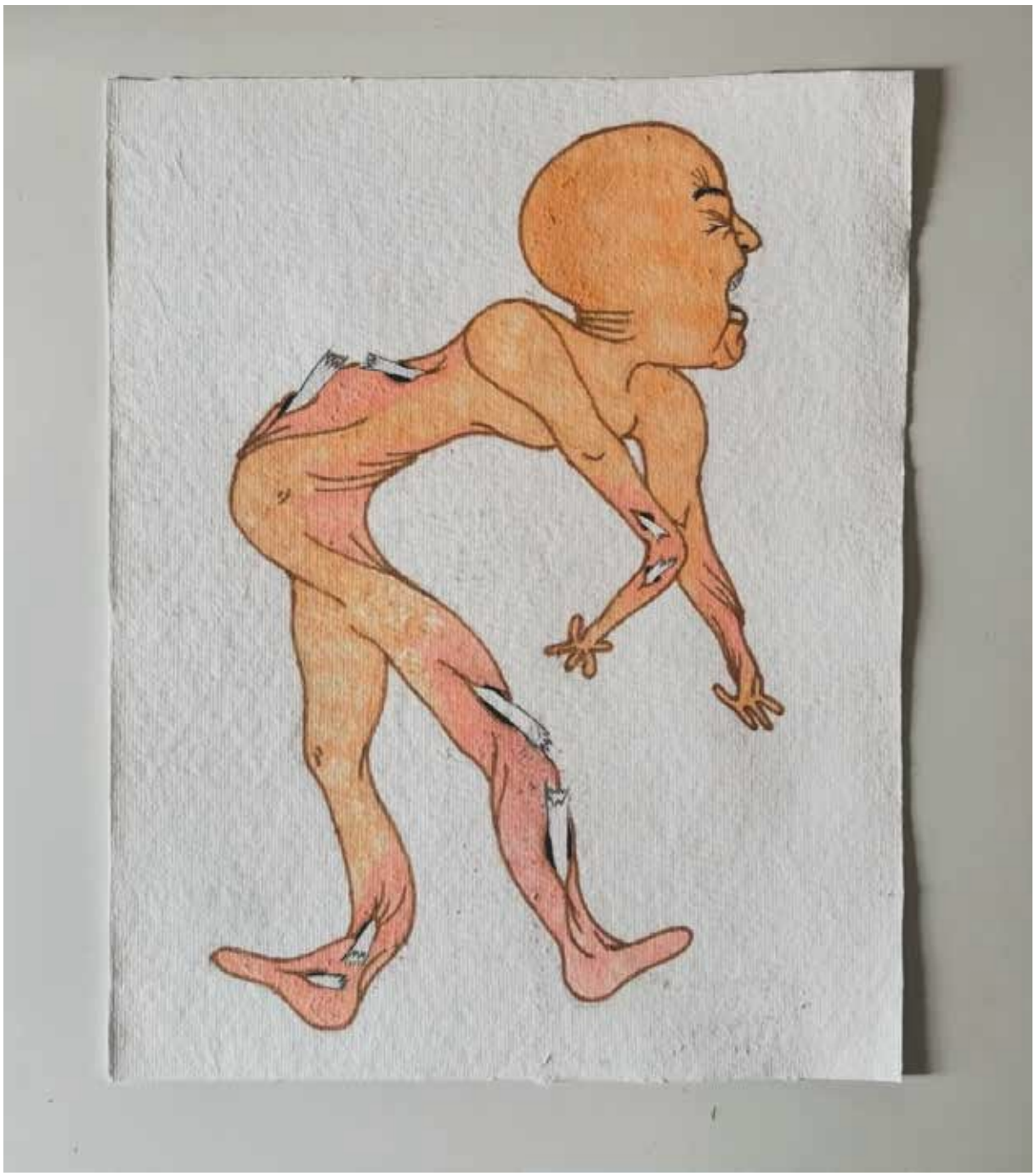
Medicinske procedurer under fødsler kan være meget overvældende. Det kan inkludere operation i form af at få fjernet moderkagen manuelt, ofte fordi der er en del blødning samtidig. Kejsersnit, fordi barnet er truet, eller fødslen ikke kan lykkedes vaginalt efter et langt og udmattende forløb. Andre procedurer kan være sugekop-anlæggelse, anlæggelse af drop, blodprøve fra barnets hoved (scalp pH) eller syning af store bristninger.

I forbindelse med medicinske procedurer vil det ofte være nødvendigt med bedøvelse som rygmarvsbedøvelse, hvilket fratager kvinden de naturlige impulser til bevægelse og forsvar, eller at blive lagt i fuld bedøvelse samtidig med, at man er skrækslagen for sit eget eller barnets liv – eller begge dele.

Hvis man på forhånd ved, at der ved forløsningen af barnet er behov for medicinske procedurer som kejsersnit, igangsættelse mv., er det vigtigt at hjælpe klienten til at få så meget orientering og medbestemmelse som muligt og lægge en plan, der inkluderer co-regulation, da det vil have en regulerende effekt på nervesystemet.

Ofte er det dog ikke muligt at tilbyde en plan for medicinske procedurer inden de foretages, fordi fødslen pludselig tager en uforudset drejning, og det ofte sker for hurtigt og for pludseligt til, at nervesystemet kan

[1] I 2024 kom ca. hvert tiende barn til verden ved hjælp af fertilitetsbehandling.



følge med og nå at regulere sig. Derfor kan det være nødvendigt med terapeutisk hjælp til at lande nervesystemet igen, når hændelsen er overstået.

Inescapable attack

Inescapable attack kan under en fødsel være voldsomme veer og dermed stærk smerte inde fra kroppen, en variation heraf er styrtfødsel. Det kan dog også være, at fødslen trækker i langdrag, så det føles, som det aldrig vil slutte. Risikoen er, at det vækker dødsangst og dissociation under fødslen, som kan hænge ved længe efter.

Kvinder beskriver, at de ser sig selv betragte forløbet udefra, fordi de er dissocieret og må koble sig fra den igangværende fødsel. Herefter vil der oftest være en udfordring i forhold til at kunne huske forløbet. I den terapeutiske samtale er det vigtigt sammen med kvinderne at undersøge, hvornår de første gang følte, de var trygge igen. For nogle sker det lige, når barnet er født, for andre går der flere måneder. Her er det vigtigt at understrege, at følelsen af tryghed, og at det er overstået, skal opleves i nuet og integreres kropsligt i den terapeutiske proces.

Selv om det tilstedeværende personales intensioner er gode, vil nogle kvinder opleve, at deres grænser overskrides, og fødslen får karakter af et krænkende overgreb. Der kan også ske overkobling til tidligere overgreb, der vækkes helt uden forvarsel og med stor

PETRA

Petra er vokset op i et hjem præget af incest og alkohol og har hele sit liv levet i en konstant dissociativ tilstand. Hun venter nu sit andet barn og begynder først nu at mærke, hvordan det kan være anderledes – for første gang i sit liv føler hun, at hendes fødder rører jorden, og dissociationen aftager.

Første graviditet var mærket af erkendelse af de overgreb, hun var udsat for som barn, og en fødsel, der var overvældende. I den anden graviditet kommer Petra til hyppige kontroller, og der er et tæt tværfagligt samarbejde. Da Petra var højgravid, blev hun plaget af smerter. Hun sover nærmest ikke, og hele hendes nervesystem blev så højt aktiveret, at hun ønskede sig ud af graviditeten ved et kejsersnit. Petra formåede gennem støtte fra sin mand, sin psykoterapeut og søvn på fødeafsnittet at regulere sig så meget, at hun ønsker en vaginal fødsel. Hun psykoedukeres om, at det er forståeligt, at hendes nervesystem reagerer på smerten, og støttes gennem co-regulering til at acceptere en plan om igangsættelse frem for kejsersnit.

Ved fødslen formåede hun gennem det sociale nervesystem at holde sin regulering det meste af tiden. Lynhurtigt registrerede hendes nervesystem, om personalet kunne rumme hendes anamnese og tilbyde hende tilstrækkelig støtte. Hvis hun kom ud af sit tolerancevindue, kunne hun få flashback i form af, at jordemoderens ansigt blev erstattet af farens ansigt, og hendes nervesystem ville gå i alarm. Vi arbejdede gennem graviditeten meget med at finde sætninger, som fødeafsnittets personale fik instruktion i at bruge ordret. For Petra var sætningen "Din far ikke er i rummet". Dette blev gentaget, til hun igen var ude af den dissociative tilstand.

Petra møder, den dag hun skal føde, en jordemoder, som rummer hendes anamnese og ved, hvilket ordbrug hun skal benytte. Da fostervandet går, oplever Petra en kobling til farens overgreb – det lugter sødeligt, hvilket giver hende associationer til sæd. Jordemoderens evne til at have et roligt nervesystem og tilbyde co-regulering til Petra gør, at hun kun delvist dissocierer. Opfindsomt finder jordemoderen en mandarinskræl, som Petra med stor regulerende effekt benytter til at få den sødlige lugt erstattet med en velkendt dejligt duft.

Ved efterfødselssamtalen er hun glad og stolt over, at hun formåede at holde sin regulering så godt, at hun evnede at være til stede og ikke dissocierede, da hendes søn blev født. Hendes grænser blev overholdt, hun fik den nødvendige støtte til regulering, og hun kendte sit nervesystem så godt, at hun fik en 'empowering' oplevelse med fra fødslen.

voldsomhed, lige når presseperioden starter. Kvinder overvældes naturligvis af et reaktiveret overgrebstraume midt i den sårbare situation, hvilket kan være medspiller til, at de ønsker kejsersnit ved næste fødsel. Ved at arbejde traumeinformeret med psykoedukation, langsom titrering [2] af forløbet og behandling af det oprindelige traume kan hændelserne afkobles, og kvinden kan genfinde sin styrke og kraft til at føle sig sikker nok til at kunne gennemgå en ny fødsel vaginalt.

Horror

En sidste kategori er horror/at være vidne til rædselsvækkende oplevelser. En partner til en fødende kan se sin partner lide i stærk smerte, bløde voldsomt, blive udsat for skræmmende indgreb eller blive kørt væk til indgreb, man ikke helt forstår årsagen til. At se andre lide har stor indvirkning på et menneske, særligt når det er ens nære pårørende, der lider, og man ikke er i stand til at beskytte dem. Dermed er kategorien på sin plads at nævne i forbindelse med fødsler. Det er vigtigt at have blik for ved efterfødselssamtaler.

EFTERFØDSELSSAMTALER

I terapeutisk bearbejdning af traumatiske forløb er kunsten at få klienten til at sanse det, der er overstået. Dette kan gøres ved at bruge modelsætninger som "Jeg overlevede, jeg lever, mit barn lever. Det er overstået!" og samtidig få klienten til at mærke, hvilke sansereaktioner der sker i nuet. Kropslig forløsning ses ofte ved ændret farve i ansigtet, afspænding af muskulatur, dybere vejrtrækning mv.

At arbejde non-sekventielt med forløsning af traumet gennem tidslinje er et vigtigt redskab til forløsning af traumer og meget brugbart i en terapeutisk efterfødselssamtale (Levine 2012). Med tidslinjearbejde er det muligt at gå tilbage til før traumet og forankre ressourcer og egne kræfter. Sammen med klienten går vi på opdagelse for at finde de ressourcer, der var til stede under fødslen, både egne og de, der blev tilbudt. Vi leder efter indre billeder af tidspunkter, hvor de igen følte sig trygge og til stede, så de igen er i kontakt med sig selv, barnet og deres partner. I de situationer, hvor der har manglet ressourcer, kan vi stoppe op og give tid at finde ud af, hvad der havde været brug for, hvis alt var muligt. Vigtigt for traumeforløsningen er, at vi støtter klienten i at mærke, hvad de sanser i nuet med de indre nu mere ressourcefyldte billeder på nethinden, så den overlevelsesenergi, der er fastlåst, kan forløses.

Man starter aldrig, hvor traumet er voldsomst, og det er terapeutens opgave at stoppe klienten, når de gerne vil bevæge sig hurtigere frem, fordi der ofte er et sug mod at komme hen til det voldsomste sted i hændelsen i et ubevidst håb om, at det så kan forløses i nervesystemet. Hvis klienten søger mod traumet, hjælpes denne til at pendulere mod en ressource, hvilket kan være kontakten i nuet mellem terapeut og klient. Men det kan også være et forestillet indre billede af partner, jordemoder, læge mv., som deltog under fødslen og var en støtte. Eller en kraft, klienten selv havde og kan komme i kontakt med i nuet.

NÅR BARNET HAR OPLEVET TRAUMER

Barnet i livmoderen vil som tidligere nævnt blive påvirket, hvis morens nervesystem udsættes for traumer eller overvældende hændelser i graviditeten, da deres nervesystemer er så tæt forbundne. Det kan også være, hvis moren indtager alkohol, nikotin eller medicin, da det for barnet kan føles som et direkte angreb.

Også for barnet kan fødslen være en voldsom hændelse, hvor barnet udsættes for 'angreb udefra' i form af blodprøvetagning (scalp pH), anbringelse af elektrode under huden (caputelektrode) og anlæggelse af sugekop. Barnets nervesystem kan overvældes, og barnet vil føle det som en livstrussel, hvis veerne kommer meget hyppigt, så iltmætningen i navlesnoren reduceres. At sidde fast i fødselskanalen eller at blive født med navlesnoren rundt om halsen kan ligeledes danne meget høj arousal med risiko for reduceret iltmætning og for-

2 Begrebet titrering anvendes i Somatic Experiencing til dosering af traumatisk materiale.

nemmelse af at være fanget uden at kunne lykkes med at skubbe sig ned gennem fødselskanalen.

Fra barnets perspektiv kan det opleves som en livstrussel uden løsning, og fysiologisk kommer barnet i en dorsal vagal tilstand, hvor opgivelse/kollaps, iltbesparende tilstand er dominerende. Barnet har ikke mulighed for at forstå eller orientere sig i, hvad der sker, og hvad meningen er med de interventioner, der foretages. Selv om interventionerne har det vigtige formål at sikre barnets liv, kan de bringe det lille nervesystem i trussels- eller nedlukningstilstand (dorsal vagus). Der kan derfor både psykologisk og neurobiologisk være brug for reparation af de traumeoplevelser, barnet har med fra fødslen.

TIDEN EFTER FØDSLEN

Ved det første mødeøjeblik mellem mor og barn, hvor barnet lægges hud mod hud hos moren, gennemgår barnet ni trin som en form for biologisk programmering. Hvis barnet er raskt og født til tiden, vil det være meget vågent og søge kontakt til forældrene i denne vigtige time, hvor tilknytningen hormonelt og instinktivt har optimale betingelser (Widström 2019). Hvis disse vigtige trin for kontakt og tilknytning ikke sker, fordi enten mor eller barn er for påvirkede af komplikationer i forbindelse med fødslen, kan det trække lange spor ind i tilknytningen og den relationelle dans mellem forældre og barn. I klinikken ser vi eksempler på forældre, der henvender sig med udfordringer med børn, der har tidlige traumer med sig. Her spørger vi altid minutiøst ind til, hvordan graviditet, fødsel og barsel har været. Ikke sjældent beretter forældrene om en kompliceret fødsel, som måske er endt med fastsiddende skulder eller kejsersnit samt brud på den første sekvens af kontakt og amning. I vores optik viser det, hvor vigtige de biologiske 'programmer' er for både overlevelse og tilknytning, og hvordan arbejdet med tidlige traumer har stor værdi for at integrere og udfolde denne viden, når man arbejder kropsorienteret med disse.

Gennem terapeutisk leg inspireret af SE-terapi er det muligt at vække og udfolde de blokerede kropslige impulser, og så den kontaktmæssige beroligelse og relationsdannelse kan ske, bl.a. beskrevet gennem begrebet *dyadic completion*[3] (Riordan 2017).

Nogle børn må i en del af deres første leveuger og måneder gennemgå medicinske procedurer af varierende alvorsgrad. Man skal ikke underkende, at behandlinger, der som udgangspunkt anses som almindelige, kan have stor indvirkning på barnet. Dette gælder blandt andet børn, der udvikler gulsot, har infektioner mm. Børn født for tidligt kan opleve massive medicinske behandlinger med et sensibiliseret nervesystem til følge.

Hvis børn tidligt oplever repetitive eller alvorlige medicinske procedurer, fx operationer, kan deres nervesystem låses i høj arousal og eller dissociation og fratages muligheden for at udvikle resiliens i samme grad, som det ellers vil ske naturligt gennem relationel omsorg. (Myelinisering af den ventrale vagus og modning af sansemodulering).

TERAPEUTISK ARBEJDE MED TIDLIGE TRAUMER

Ved tidlige traumer har forældre og børn gavn af at blive mødt med psykoedukation, fx om hvordan livstrussel og angreb eller kropslige dilemmaer under fødslen kan sætte spor i nervesystemet i form af kropslige flashbacks. Hvis barn og forældre forstår, hvorfor barnet kan reagere med høj arousal eller kollaps i situationer, hvor barnet møder udfordringer og modstand, bliver det lettere for forældrene at rumme barnet og lettere for barnet ikke at føle sig forkert. Ligeså kan det for forældrene blive lettere at forstå deres impuls til at blive overbeskyttende, hvis barnet opsøger udfordringer, når de ved, at deres frygt stammer fra en svær tidlig start.

[3] *Dyadic completion* dækker over barnets parathed til at søge og modtage trøst og beskyttelse hos en tryg tilknytningsperson, efter overlevelsesenergien er vakt og færdiggjort gennem kropsligt aktive responser.

Børn med tidlige traumer har gavn af traumeterapi, der introducerer traumestoffet doseret ud fra en viden om tidlige traumers høje intensitet. Det er vores erfaring, at terapi, der giver barnet mulighed for at lege og kropsligt erfare, at den truende tilstand er overstået, gør en forskel. Lige som regulerede voksne, som barnet kan søge tryghed hos og fordybe tilknytningen til, når overlevelsesenergien forløses, er nødvendige (Riordan et al 2017).

Afslutningsvis er det vigtigt at nævne, at barnets umodne nervesystem har ikke den samme kapacitet til selvheling som et modent nervesystem, og det er derfor afhængigt af forældrenes evne til co-regulation samt mikro- og makroregulering (Hart 2013). Hvis forældrene samtidig er dysregulerede efter en voldsom fødsel, vil barnet være prisgivet sine traumesymptomer uden sufficient hjælp til regulering. Det er derfor altid vigtigt at have forældrenes regulering for øje, når barnet tilbydes terapeutisk behandling.

Det er vores ønske, at vi med artiklen kan inspirere faggrupper, der arbejder med familiedannelse, til at arbejde traumeinformeret og med forståelse for, hvad der kan være traumeudløsende. Herved understøttes familiernes regulering, og der skabes en god base for tryg tilknytning, trivsel og et glædesfyldt familieliv.

LITTERATUR

Ammitzbøll, Janni et al.: *Fødselsdepression – der er hjælp at få*. Frydenlund 2012.

Bentzen, Marianne & Hart, Susan: *Jagten på de nonspecifikke faktorer i psykoterapi med børn*. Hans Reitzels Forlag 2013.

Bjerg, Maiken & Jensen, Charlotte: *Smerter hos børn – indsigt, mestring, lindring*. Frydenlund 2014.

Hendrix, Cassandra et al.: *Fetal Hippocampal Connectivity Shows Dissociable Associations with Maternal Cortisol and Self-Reported Distress during Pregnancy*. Life/MDPI 2022.

Lender, Dafna: *Integrative Attachment Family Therapy. A Clinical Guide to Heal and Strengthen the Parent-Child Relationship*. PESI Publishing 2023.

Levine, Peter A & Kline, Maggie: *Traumer set med barnets øjne. Heling af traumer hos børn og unge*. Dansk Psykologisk Forlag 2012.

Levine, Peter A: *Den tavse stemme. Hvordan kroppens sprog kan opløse traumer og skabe velvære*. Hans Reitzels Forlag 2012.

Levine, Peter A: *Somatic Experiencing: Intermediate Year: Introduction/Overview*. Upubliseret Somatic Experiencing Practitioner Training Manual. Foundation for Human Enrichment 2007.

Levine, Peter A: *Trauma and memory: Brain and Body in a Search for the Living Past*. North Atlantic Books 2025.

Moseley, G Lorimer & Butler, S David, et al.: *Explain Pain Supercharged*. NOI-group Publications 2017.

Porges, Stephen W: Fysiologisk regulering hos udsatte spædbørn: En model for vurdering og potentiel intervention. I Hart, Susan: *Neuroaffektiv psykoterapi med børn*. Hans Reitzels Forlag 2011.

Porges, Stephen W: *The polyvagal theory; Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. WW Norton & Co. 2011.

Riordan, Joseph P, Blakeslee, Abi & Levine Peter A: *Toddler Trauma. Somatic Experiencing®, Attachment and the Neurophysiology of Dyadic Completion*. International Journal of Neuropsychotherapy, Vol. 5, 2017.

Siegel, Daniel J & Hartzell, Mary: *Forældre indefra. Om forældres selvindsigt og børns trivsel*. Akademisk Forlag 2006.

Widström, Ann-Marie et al.: *Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice*. Acta Pædiatrica 2019.

Maiken Bjerg er cand.phil. i musikterapi, psykoterapeut MPF, SE-terapeut og NARM-terapeut. Privat praksis i Aarhus, sideløbende med supervisions og undervisningsopgaver. Tilknyttet SE-uddannelsen som uddannelsesterapeut og supervisor. Medforfatter til bogen Smerter hos børn – indsigt, mestring, lindring.

Janni Ammitzbøll er jordemoder, psykoterapeut MPF, SE- terapeut og neuroaffektiv supervisor. Privat praksis i Silkeborg. Specialefunktioner ved Hospitalsenhed Midt. Tilknyttet SE-uddannelsen som assistent. Medforfatter til bogen Fødselsdepression – der er hjælp at få.