

# Specialebeskrivelse Traumebehandlingsteamet GRO

Nærværende skriv er udarbejdet i marts 2023 af medarbejderne i Traumebehandlingsteamet GRO og indeholder en beskrivelse af behandlingsspecialet, herunder:

- 1.0 Organisering og faglig sammensætning
- 2.0 Målgruppebeskrivelse
- 3.0 Teamets ydelser
- 4.0 Tilgange og metoder
- 5.0 Kompetenceudvikling og kvalitetssikring af den specialiserede praksis

## 1.0 Organisering og faglig sammensætning

Traumebehandlingsteamet GRO er forankret i Børnecentret, MSB, Aarhus Kommune. Teamet opstod i forlængelse af, at Rådgivningscentret i 2022 flyttede adresse og fysisk blev sammenlagt med Børnecentrets Dagbehandling. Rådgivningscentret overgik således til at hedde *Traumebehandlingsteamet GRO (Grænser, Relationer, Overgreb)*

Centralt i Børnecentret fordeles sager indenfor målgrupperne til dette team. På denne måde sikres, at samtlige medarbejdere løbende arbejder med sager indenfor specialet og herigennem fastholder erfaring. Da teamet arbejder med opgaver fra både Aarhus kommune og eksterne kommuner, er det muligt at opretholde en tilstrækkelig mængde opgaver til at fastholde et stabilt og specialiseret fagligt miljø.

Traumebehandlingsteamet GRO består aktuelt af 12 medarbejdere, der alle har længerevarende terapeutisk erfaring og efteruddannelse indenfor arbejdet med udsatte børn, unge og familier. Udover de terapeutiske kvalifikationer er medarbejderne uddannet til og har erfaring med konsultation, supervision, undervisning og udredning.

Medarbejderne har grunduddannelse som psykolog, lærer, pædagog eller socialrådgiver. Psykologerne er autoriserede og flere er specialister i klinisk børnepsykologi. Den tværfaglige sammensætning af medarbejdere er valgt med henblik på at sikre en helhedsorienteret tilgang.

## 2.0 Målgruppebeskrivelse

Traumebehandlingsteamet GRO's målgruppe kan inddeles i to hovedkategorier;

1. *Børn/unge der har været udsat for seksuelle overgreb samt børn/unge, der udviser seksuelt bekymrende adfærd*
2. *Børn/unge med problemstillinger af kompleks karakter, herunder udviklingstraumer og komplekse traumereaktioner.*

### Målgruppe 1:

Børn, der tilhører denne målgruppe, har været udsat for incest, krænkelser på nettet, seksuelle overgreb fra andre end familie og/eller voldtægt. Ligeledes rummer denne målgruppe børn/unge, der selv har ageret krænkende over for andre eller på anden måde udvist seksuelt bekymrende adfærd.

Målgruppen spænder bredt og inkluderer både sager med mistanke om, at børn har været udsat for noget grænseoverskridende samt sager, hvor der er 'kendt viden' om overgreb, f.eks. efter domsafsigelse.

### Målgruppe 2:

Børn, der har oplevet traumer af kompleks karakter i form af enkeltstående traumer, udviklingstraumer eller forladthedstraumer. Denne målgruppe rummer ofte børn/unge, der har været udsat for massivt omsorgssvigt, og som har tilknytningsvanskeligheder. Der vil oftest være tale om menneskepåførte traumer, men behandling af andre typer traumer finder også sted. Sager af høj kompleksitet uden kendt forudgående traumatiserende hændelse inkluderes i målgruppen, da der også i disse sager kan være behov for et skræddersyet og sammensat behandlingstilbud.

Børn/unge der er præget af tab og sorg. Børn/unge der har forældre med alvorlig psykisk sygdom, samt børn/unge, hvor samarbejdet er vanskeligt og konfliktfyldt enten internt i familien eller mellem de forskellige systemer omkring barnet/den unge.

Børn/unge i denne gruppe vil med deres reaktioner/symptomer vise, at der er behov for specialiseret traumebehandling for at opnå et bedre funktionelt niveau, og øge livskvalitet og mestring. Der er i disse sager behov for hjælp til at skabe overblik og retning i forhold til, hvad der skal arbejdes med og i hvilken rækkefølge. Dette er særligt vigtigt, da der omkring disse børn ofte vil være problemforståelser, der modarbejder hinanden også fagligt.

#### 2.1 Samlet om målgruppen

Det skal påpeges, at der er overlap mellem de beskrevne målgruppekategorier. Målgruppens inddeling har det formål at overskueliggøre de forskelligartede problemstillinger som målgruppen har, og som der visiteres efter. Inddelingen af målgruppen har altså ikke nogen praktisk betydning for, hvordan sagerne tilgås, da behandlingen altid tager udgangspunkt i en plan, der er skræddersyet til, hvad sagen kalder på.

Vi arbejder med børn/unge op til 18 år, samt ved bevilliget ungestøtte også efter det 18. år. Målgruppen rummer også børnenes forældre, plejeforældre samt andre vigtige støttepersoner.

### 3.0 Teamets ydelser

Vi tilstræber at tilpasse tilgange og metode efter barnets, familiens og omgivelseres behov i en skræddersyet indsats. Dette sker ved en indledende vurdering af behov og kompleksitetsgrad. Vi inddrager familiens ønsker og præferencer, kortlægger barnets netværk og vurderer hvilke væsentlige temaer, der er i spil for at finde frem til den bedste måde at hjælpe på.

Børn er altid afhængige af den omsorg og støtte, de kan få fra deres nærmeste, når de skal udvikle sig og overkomme voldsomme hændelser, så vi arbejder derfor både med individuelle samtaler og familiesamtaler samt netværksrettede aktiviteter (koordinerende netværksmøder og konsultation).

I Traumebehandlingsteamet GRO tilbyder vi forskelligartede ydelser, herunder:

- Traumeterapi og behandling
- Varetagelse af VISO-opgaver gennem henvisning fra Social – og Boligstyrelsen
- Rådgivning og konsultation
- Supervision
- Undervisning og webinarer
- Psykologsamtaler til børn på krisecenter jf. §109 i Serviceloven
- Beredskabsopgaver, herunder sager for ”Respekt for Grænser”, Aarhus Kommune

#### 4.0 Tilgange og metoder i behandlingen

Vi tror på, at traumer påført i relationer skal behandles i relationer. Vores faglige afsæt for behandling, beror derfor på en systemisk – og relationel tilgang med afsæt i udviklings-, tilknytnings- og traume psykologisk viden.

Vi arbejder med traumebevidst omsorg – og behandling, hvilket indebærer, at vi grundlæggende og på tværs af metoder har fokus på:

- Barnets sikkerhed både i hverdagen og i behandlingsrummet
- Barnets tilknytning til sine nærmeste og hvilken udviklingsstøtte, det modtager
- At bidrage med viden og psykoedukere om forskellige former for traumer, nervesystemets funktion ved traumer og forskellige traumereaktioner som f.eks. genoplevelses – og undgåelsesreaktioner og vedvarende stress
- At arbejde med barnets kropslige sansning og følelsesregulering og betydningen af omsorgspersoners evne til at holde sig selv i ro, når et barn/en ung er traumatiseret
- At tilbyde forskellige, individuelt tilpassede tilgange og metoder til bearbejdning af traumer. Disse beskrives i afsnittene nedenfor og danner grundlag for vores fælles faglige afsæt i arbejdet med målgruppen

##### 4.1 Tilgange

*Systemisk tilgang* indebærer en forståelse af, at barnet/den unge og omgivelserne påvirkes gensidigt af hinanden. Det betyder, at barnets/den unges adfærd, trivsel og udvikling er afhængig af, hvordan omgivelserne f.eks. forstår, møder, rådgiver, støtter, afgrænser og opdrager vedkommende. Selv om det indebærer den nævnte forståelse om gensidig påvirkning, er det den/de voksne, der har ansvaret for relationen.

*Udviklingspsykologisk tilgang* tager udgangspunkt i psykologisk viden og teorier om børns/unges udvikling, læring og behov. Den udviklingspsykologiske tilgang giver bud på, hvordan børns og unges følelsesmæssige, kognitive og sociale udvikling foregår i et samspil mellem barnets medfødte egenskaber og dets omgivelser. Viden om normale udviklingstrin og viden om, hvordan barnets/den unges udvikling almindeligvis sker i samspil med omgivelserne, er et vigtigt udgangspunkt for at kunne vurdere og forstå, hvordan og hvornår udviklingen er skæv, truet eller stagneret hos et barn/en ung, der har oplevet vold, overgreb og/eller har seksuelt krænkende adfærd.

**Tilknytningsteoretisk tilgang:** Tilknytningsteori beskriver, hvordan betingelser og muligheder for at knytte sig til andre mennesker er afgørende for et barns personlighedsmæssige udvikling. Hvis et barn oplever hyppige stresstilstande, som vedkommende ikke selv er i stand til at regulere sig ud af eller efterlades alene uden nær og støttende voksenkontakt, er der risiko for at der udvikles en forstyrret/usikker tilknytning. For omsorgspersoner og professionelle der skal hjælpe disse børn, er viden om tilknytning vigtig for at forstå baggrunden for barnets udvikling af måden at relatere sig til sine omgivelser på. Det er også vigtigt for at forstå, hvordan man kan agere for at støtte børn/unge i at udvikle en tryggere tilknytning.

**Mentaliseringsbaseret tilgang:** Mentalisering beskrives ofte som "at have sind på sinde". Med en mentaliseringsbaseret tilgang er vi dermed optaget af, hvordan tanker, følelser, behov og intentioner hos både os selv og andre har betydning for det, der gøres og siges. I arbejdet med børn/unge og familier støttes omsorgspersoner i at forstå barnets "inderside" for at kunne møde forskellige former for adfærd, der opleves problematisk på en støttende og udviklende måde.

**Narrativ tilgang:** I den narrative tilgang igangsættes udvikling ved at undersøge, hvilke historier, der fortælles, herunder hvad disse historier gør muligt og umuligt, samt hvilke alternative historier, der kan fortælles. Sprog former og skaber vores virkelighed. Der findes ikke en sandhed, men det gælder om at interessere sig for og udfolde så mange perspektiver som muligt for at skabe sammenhæng og mening. Vores fortællinger og vores sprog er hermed afgørende for, hvordan mennesker ser på verden og på sig selv. Der vil ofte anvendes eksternalisering til at adskille problem og person, da det blandt andet minimerer følelsen af at være en fiasko og øger motivation til forandring.

## 4.2 Centrale metoder

**Trianglerede familiesamtaler:** Udviklingsstøttende tilgang og metode fokuserer på form og indhold i samtalen primært med barnet/den unge og de relevante, betydningsfulde voksne. Tilgangen har som et af de centrale budskaber, at personer, der har samtaler med børn/unge altid, skal være opmærksom på at indgå i dialog med både barnet/den unge og omsorgsgiver for at kunne udløse den rette støtte til barnets/den unges udvikling. Metoden er udviklet af den norske psykolog Haldor Øvreeide. Det er et vilkår for alle børn og unge at være afhængige af voksne, og derfor bør støtte til barnet/den unge ske i relation med og inkludere de konkrete personer, der drager omsorg for og derfor har ansvar for barnets/den unges trivsel og udvikling. Tilgangen rummer også bud på, hvordan den voksne skal give barnet / det unge følgeskab for at opnå øget dialog om det svære.

**Sleeping Dogs-metoden:** Integreret tilgang til behandling af kronisk traumatiserede børn udviklet af Arianne Struik, som bl.a. har fokus på arbejdet med barnets modstand ift. at indgå i traumefokuseret terapi og fortælle om traumatiserende oplevelser. Gennem analyse af de barrierer barnet kan have ift. at indgå i behandlingen (ex. sikkerhed, tilknytning, traumerelaterede reaktioner m.fl.) forberedes barnet grundigt på traumbearbejdningsfasen. Som et led i behandlingen inddrages barnets netværk og biologiske familie, herunder evt. overgrebsforælder, og behandler fungerer således som bro mellem barn og tilknytningspersoner.

**EMDR (Eye Movement Desentisization and Reprocessing):** En traumefokuseret psykoterapeutisk metode, der bruger bilateral stimulation (aktivering af begge hjernehalvdele vha. øjenbevægelser eller tapping) til bearbejdning af traumatiserende oplevelser. Metoden er udviklet af Francine Shapiro, og er en effektiv metode til behandling af posttraumatiske stresssymptomer. Det antages, at den bilaterale stimulation hjælper hjernen med at sammenvæve de traumatiske, fragmenterede og sensorisk lagrede erindringer med

mere adaptiv og hensigtsmæssig information, og herigennem hjælpe til mindre forpintethed og øget trivsel og udvikling for traumatiserede børn og voksne.

**Spædbarnsterapi:** En metode, der bruges til at bearbejde traumer opstået i det før-sproglige, primært i barnets første tre leveår. Terapeuten interviewer de primære omsorgspersoner og på baggrund af disse informationer skabes og fortælles historier til barnet og forældrene. Ved at der sættes ord på det svære, bliver traumet identificeret og integreret del af barnets liv. Der skabes en sammenhængende traumehistorie, hvori der indgår elementer af identifikation, barnets historie samt håb og ressourcer. Metoden er inspireret af og udviklet på baggrund af den franske børnelæge og psykoanalytiker Françoise Dolto samt børnepsykiater og psykoanalytiker Caroline Eliacheffs arbejde.

**Theraplay:** Vi anvender elementer fra denne relationsbaserede legeterapiform, der arbejder ud fra en tilknytningsteoretisk forståelsesramme og har som formål at fremme den sunde tilknytning hos barnet ift. dets primære omsorgspersoner. Der arbejdes med en række guidede lege-sessioner mellem barn, omsorgsperson og behandler frem mod en mere sikker tilknytningsstil, øget tillid til omverdenen og følelse af kompetence hos barnet.

**MIM (Marschak Interaction Method):** En struktureret legebaseret observationsmetode, der bl.a. kan bruges som led i forberedelserne til Theraplay. Gennem observation af bl.a. det dyadiske samspil mellem barn og omsorgsperson under udførelsen af forskellige opgaver, afklares og udvælges fokusområder i behandlingsforløbet.

**Sandplay:** Terapiform, der bygger på jungiansk psykologisk teori og arbejder i området mellem det bevidste og det ubevidste. I terapien benyttes sandkasser og miniaturefigurer. Figurerne er nøje udvalgte og fungerer som instrumenter, barnet kan bruge til at udtrykke sin emotionelle og mentale tilstand med. Oplevelser, der har været traumatiserende og overvældende for et barn, kan blive skubbet ned i det ubevidste, hvor de ikke kan tilgås, forbliver uintegrerede og skaber reaktioner, der er uhenigtsmæssige for barnet. Det antages, at barnet gennem legen, tillader gennembrud til det ubevidste således, at den traumatiserende oplevelse bliver tilgængelig og kan integreres i selvet. Legen foregår så vidt muligt, uden intervention og fortolkning fra behandleren.

## 5.0 Kompetenceudvikling og kvalitetssikring af den specialiserede praksis

Vi tilstræber at opretholde et velorganiseret vidensmiljø og et højt niveau af vidensudvikling ift. målgruppen og kombinationsproblematikkerne. Med henblik på at vedligeholde en høj grad af specialisering og imødegå graden af kompleksitet i sagerne, prioriterer vi faglig sparring og erfaringsudveksling, både internt og med relevante samarbejdspartnere. Ligeledes er vi optaget af at indhente feedback på vores behandling fra borgerne. Alt sammen for at sikre, at den behandling, vi yder, har mest mulig effekt og værdi for borgeren.

### 5.1 Kompetenceudvikling og kvalitetssikring

I teamet tilstræber vi en fælles årlig stillingtagen til hvilken ny viden og hvilke kompetencer, der er behov for, for at videreudvikle vores evne til at varetage målgruppens behov. Med dette afsæt søger vi deltagelse i relevante kurser, efteruddannelser og konferencer.

Vi sikrer kvaliteten af vores faglige praksis gennem:

- Makkerskab i flertallet af behandlingssagerne, hvilket muliggør indtagelse af forskellige positioner
- Ugentlige sagskonferencer

- Ekstern og intern supervision
- Afholdelse af lejrball jf. Per Isdal (forebyggelse af sekundær traumatisering)
- Metodespecifik supervision
- Løbende fora til faglig drøftelse, træning og udveksling
- Efteruddannelse
- Deltagelse i konferencer indenfor vores speciale for at indhente nyeste viden

For at bidrage til udviklingen af specialet er det vigtigt, at teamet bliver repræsenteret ved deltagelse i nationale og internationale netværk og videns miljøer. Herigennem sikrer vi at holde os ajour med nyeste viden på området og bidrage til specialets udvikling samt styrke og kvalificere samarbejdsflader med eksterne parter f.eks. gennem:

- Afholdelse af webinarer
- Deltagelse i styre – og arbejdsgrupper indenfor specialet
- Netværke med kommuner med samme speciale
- Deltagelse i og oplæg ved konferencer

I vores kliniske praksis anvender vi FIT (Feedback Informed Treatment) i alle behandlingsforløb. FIT er et evidensbaseret dialog- og evalueringsredskab. Med FIT sikres en systematik i forhold til inddragelse af borgerens perspektiv på baggrund af feedback og præferencer. Herved kan interventionen løbende tilpasses, hvilket øger muligheden for, at den ønskede effekt for borgeren opnås.