

- Det er et alvor i disse barnas lek som andre barn ikke kan følge i fri fantasilek, skriver Elisabeth Skjetne i dette essayet om erfaringene med psykodramalek som behandlingsmetode.

Psykodramalek for barn med psykiske vansker og traumer



Elisabeth Skjetne, spesialist i barnefysioterapi og psykodramaleder. Privatpraktiserende fysioterapeut for barn i Bærum. E-post: eskjetne@bluezone.no

Ketil Klem, barne og ungdomspsykiater, Krise- og utredningseenheten, Senter for psykisk helse, Oslo Universitetssykehus Ullevål.

Fagessayet ble mottatt 19.9.2011 og akseptert 17.10.2011. Det er ikke eksternt fagfellevurdert.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Innledning

Hensikten med denne artikkelen er å formidle erfaringer med psykodramalek som behandlingsmetode for barn med psykiske vansker og traumer. Behandlingsmetoden ble brukt ved Krise- og utredningseenheten (KE), Barneavdelingen for psykisk helse, Oslo Universitetssykehus Ullevål. I tillegg presenteres resultatene av en etterundersøkelse om behandlingen, besvart av barnas foreldre.

Psykodramalek er en kombinasjon av fysisk lek (barnefysioterapi med utgangspunkt i bevegelsesutvikling, sansing, fysiske ferdigheter og samspill i fysisk lek) og psykodrama (teori og metode om barns relasjonelle utvikling og lekeutvikling, med dublering, speiling, fysisk rolletaking og rollebytter).

Behandlingene ble utført i samarbeid med fagpersoner fra andre enheter i Bar-



LEK Omtrent midtveis i leken opplever forfatteren at barna oppsøker å åle seg igjennom en trang, krevende passasje, og kommer ut i den andre enden med et slags nytt blikk på omgivelsene.

Foto: Ketil Klem

neavdelingen. Jeg hadde et 20 prosent vikariat ved Barneavdelingen for psykisk helse, OUS, våren 2005, og var engasjert på timebasis i resten av arbeidet.

Behandlingstilbudet ble gitt til i alt 15 barn (12 gutter og 3 jenter) i alderen 6-12 år i perioden 2004-2009. Barna fikk en behandlingsserie på mellom 11 og 24 ganger. Det foregikk i en liten gymsal (8 x 25 m), med alt vanlig utstyr tilgjengelig, inkludert et stort antall store byggeputer, et tilstøtende utstysrom og et dusjrom med spesiell

romklang. Behandlingene varte i 1 ¼ - 1 ½ time. Barnet var alene med terapeuten eller sammen med ledsager/forelder i hele eller deler av behandlingsperioden.

I etterundersøkelsen som ble utført i 2009 ble det sendt et spørreskjema til 14 av barna, og 11 av foreldrene svarte. Ett barn hadde flyttet utenlands og var ikke tilgjengelig, og to foreldrepar svarte ikke.

Bakgrunn for henvisning

Barna hadde fått påvist relasjonelle følelses-

problemer og traumer. Noen hadde ADHD som grunnlidelse, og enkelte av disse brukte medisiner. Flere hadde traumer fra mobbing, fra sykdom og sykehusinnleggelse og behandling. Alle hadde manglende eller inadekvat lek med andre barn (var ensomme), og noen var fysisk utagerende mot andre barn. Flere hadde mangelfulle fysiske ferdigheter ut fra sitt aldersnivå. To hadde asymmetri i nakke og kroppsholdning.

Behandlingen

Bli kjent-fasen

Jeg møter barnet med en kombinasjon av psykodramalek og barnefysioterapi. Jeg følger det barnet er opptatt av (tar barnets fokus), dublerer (gjør det samme som ved siden av) og spiller barnet (som et spill foran slik at barnet kan «se seg selv»). Jeg setter ord på det jeg ser, viser interesse og undrer meg. Slik oppstår kontakt og allianse mellom oss, og slik starter leken. Ganske snart kan vi være inne i rolletaking og rollebytter i barnets lek. Jeg tar utgangspunkt i en tese om at barnet husker med kroppen fra det kan begynne å sanse, helt fra før det blir født. Barnet er, beveger seg og utforsker de fysiske omgivelsene med kropp og sanser, og det kommuniserer først og fremst gjennom kropp og sanser de første årene. Grunnlaget for den leken jeg ser kan være lagt før språk og kognisjon er utviklet. Her kommer fysioterapien inn, med sansing og bevegelsesutvikling. Det andre jeg tar utgangspunkt i er at barn lærer og utvikler relasjoner og ferdigheter for en stor del gjennom lek, ikke minst rollelek. Her kommer psykodrama inn, med dublering, speiling og rolletaking.

Innholdet i leken

Min gjennomgående erfaring i møtet med disse barna er at de, med få unntak, har gledet seg til å komme. Det er driv og intensitet over leken. Det er som om vi holder på med et viktig arbeid, og det er et dypt alvor over leken. Barna må erfare at jeg og de andre som er med tar leken på alvor og er med i deres fiksjon. Leken er livsviktig for dem i psykisk forstand. Det handler om å komme ut av en «stivnet» og ensom tilværelse og komme seg ut til kontakt og levende liv. Temaene er ofte liv og død, og med et dissosiativt innhold.

Forløpet

Jeg opplever at det barna leker har likhets- trekk med andre barn med lignende pro-

blematikk, og at leken jeg har sammen med dem går i en slags syklus. Det kan illustreres ved en kurve som starter lavt, går oppover i en bakkedopp, og så daler ned igjen når leken er ladet ut. Ikke sjelden har dette handlet om 15-20 ganger.

Barna bruker ulike symbolske overbygninger i leken: filmer, bøker, pc-spill, med rollefigurer som barnet identifiserer seg med. Barnet går selv fysisk inn i rollene, og gir roller til den/de andre som er med. Barnet tar også roller fra virkeligheten rundt seg – som mor, far, barn, politi og lærer. Den fysiske delen av leken, som kan være en helt vanlig fysisk gymsalsaktivitet, varmer opp kroppen til å komme i kontakt med tilbakeholdte følelser i kroppslige forsvarsmekanismer i muskulatur og respirasjon.

Barnet tør gradvis å vise og uttrykke følelser av alle slag når det blir tryggere. Når barnet opplever at jeg og de som er med ta-

gjøre nå? Det kan minne om en fødsel, eller en slags tilbakekomst til kroppen. Jeg opplever også at barna finner igjen sine fysiske krefter underveis i leken, (Jmf. artikkel av N Eide-Midsand om boltrelek) gjerne som en sekvens midtveis i behandlingsperioden. Det har også funnet tilbake til andre ressurs – som sang, god «mat og drikke», gode rollefigurer, allianser i leken, glede, og å gi og få omsorg.

Med disse elementene er det som om barnet gjør seg klar til å møte det vanskeligste. Barnet vet at det har medlekere som tar leken på alvor og som tåler, barnet vet at det har krefter og opplever at det har begynt å få kontakt med egne følelser og med oss andre. Da kommer de vanskelige scenene. Med maktesløsheten, forstenetheten, usynligheten, ensomheten. Da handler det om liv og død, da blir hodet skilt fra kroppen på ulike voldsomme måter, kroppsdel-



Jeg tar utgangspunkt i en tese om at barnet husker med kroppen fra det kan begynne å sanse, helt fra før det blir født.

ler følelsesuttrykkene deres, som kan være helt fysiske, kan de vise de vanskeligste følelsene i leken. Det kan være frykt, sinne, skadefrohet, skyld, skam og sorg. Jeg tror rollefigurene skaper den nødvendige avstanden som gjør det mulig for barnet å vise dette.

Leken er også en spennende reise i ulike byggverk som barna bygger med store byggeputer eller annet tilgjengelig utstyr. Byggverkene symboliserer også en prosess og en endring hos barna, fra å være en uryddig haug, til å bli mer og mer solid fundamenterte og romlige hus, fra ett rom til flere rom, fra en etasje til to etasjer, til et slott. Eller tilsvarende prosess i forhold til å bygge båt eller bil.

Temaer og stadier i leken

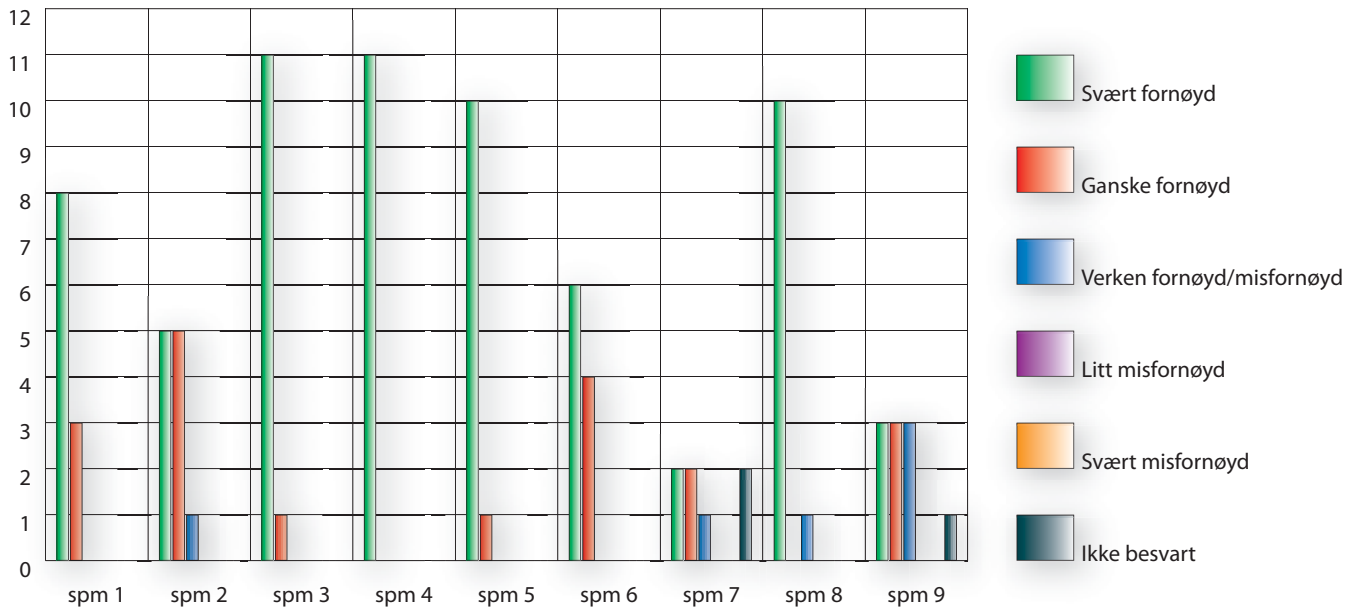
Omtrent midtveis i leken opplever jeg et element som går igjen hos barna: de oppsøker å åle seg igjennom en trang krevende passasje, og kommer ut i den andre enden med et slags nytt blikk på omgivelsene. Som om de kommer ut til et Vi. Fra bare å ha fulgt sin egen regi, kan de nå spørre: Hva skal vi

blir spaltet av, og de symbolske dissosiative lekene kommer til uttrykk, med romferder, roboter og usynlighetsleker.

Men da ligger også mulighetene for reparasjon der. Og jeg har aldri opplevd at et barn ikke har hatt noen løsning på en lek med symbolsk død. Det er her transformasjonen skjer, det er her fugl Fønix står opp fra asken. Tilbakereiser fra Rommet og maskinens verden skjer, med landing på jorda og i kroppen. Det er nå barnet kan lande i virkeligheten her og nå, i kontakt med seg selv og andre. Utover i behandlingsperioden begynner ofte barnet både å fortelle ting det opplever i virkeligheten og å spille roller fra sitt eget liv i virkeligheten. Enkelte kan registrere sin egen traumesituasjon og spille den, som seg selv.

Lek med de andre

Det som skjer parallelt med psykodramaleken er at barnet gradvis begynner å mestre samspill i vanlig fysisk lek bedre. Fra å måtte ha full kontroll, sette premisser for alle, bestemme og omgjøre regler etter eget behov,



FIGUR 1 I slutten av 2009 ble det sendt ut et spørreskjema med 12 spørsmål. Ni av spørsmålene var formulert med seks alternative svar.

alltid måtte vinne osv., blir barnet mer åpent for innspill fra andre. Det å ta turer blir lettere. Eventuell fysisk utagering avtar. Barnet tåler bedre både å vinne og tape. Mestring av de rent fysiske ferdighetene blir bedre, blant annet fordi barnet etter hvert for eksempel kan klare å kaste ballen fram og tilbake og fungere sosialt i ballspill. Dermed har de også forutsetning for å øve seg på det! Det klarer å bli med på leker som sisten, gjemsel og tampen brenner, og andre felles regelleker som «Rødt lys», «Kongen befaler», «Haien kommer» og ballspill på lag.

Avslutning av lekeperioden

Når leketemaet i psykodramaleken/rolleleken begynner å bli utladet, greier barnet gradvis bedre å leke rollelek og fri fantasilek med andre barn. Fra å være besatt av å leke sin egen lek til enhver tid, kan barnet få overskudd til å tåle innspill i leken fra andre, og til slutt glede seg over å leke en felles lek med mer alminnelig innhold.

Dersom barnets nærpersioner/foreldre er med på leken, kan det gi mulighet for en kontakt som kanskje har vært vanskelig eller fraværende. Forelderen blir vitne til det barnet strever med, og kan være med på å reparere traumat og gjenopprette/befeste kontakt igjennom leken, sammen med meg. Jeg er som terapeut en hjelper i leken og kan gjøre et terapeutisk frigjørende arbeid sammen med barnet. Men det er forelderen som skal være der resten av livet. Det er

derfor av stor verdi når barn og forelder kan dele disse opplevelsene og den kontakten det gir, og kan ta det med videre inn i livet.

Tverrfaglig samarbeid

Samarbeidet med interne og eksterne fagfolk, psykolog/psykiater og andre innen barnepsykiatrien, i forkant, underveis og ved avslutning av behandling, har gitt en nødvendig ramme for terapien. Det har gitt meg den faglige støtte jeg har hatt behov for, da jeg ikke er psykolog eller psykiater. Det er helt nødvendig å ha kontakt med det øvrige behandlingsapparatet og nettverket rundt barnet for at terapien skal lykkes og bli en integrert del av et helhetlig behandlingsopplegg. Foreldrene må være enige i og støtte at barnet får denne type terapi, ellers kan illojalitetskonflikter hos barnet legge stein til byrden. Hvis barnet står oppe i en uavklart livssituasjon, eller hvis mobbing og overgrep pågår, får ikke behandlingen det beskrevne forløpet. Den kan i beste fall være en luftkanal for barnet, men kan også være kontraindisert.

Brukerevaluering

Det ble sendt ut et spørreskjema i slutten av 2009 med 12 spørsmål. Ni av spørsmålene var formulert med seks alternative svar. I tillegg var det tre åpne spørsmål. Fordelingen av svarene på de første ni spørsmålene er vist i figur 1. Svarene på de tre siste spørsmålene er sammenfattet.

Spørsmål:

1. Hvor fornøyd er du med psykodramalek/fysioterapi tilbudet dere har fått?
2. Hjalp terapien for de problemene/vanskene dere kom for?
3. Hvordan opplevde barnet kontakten med fysioterapeuten?
4. Hvordan opplevde du kontakten med fysioterapeuten?
5. Fikk du tillit til fysioterapeutens kompetanse/dyktighet?
6. Vil du anbefale andre med lignende problemer slik terapi?
7. Dersom du som foreldre var aktiv deltager i psykodramalek/fysioterapien hvordan opplevde dette?
8. Hvordan synes du samarbeidet mellom dere og psykodrama/fysioterapeuten fungerte?
9. Hvis dere opplevde bedring for de vanskene/problemene barnet hadde, har bedringen vedvart og gitt positive ettervirkninger i ettertid av behandlingen?

De tre siste åpne spørsmålene var:

- Er det noe barnet var/er spesielt fornøyd med i terapien?
- Er det noe du/dere var spesielt fornøyd med i terapien?
- Kunne du ønsket at noe skulle ha vært gjort annerledes?

Sammenfatning av svarene

Det var overveiende svært positive svar. På



Kroppen og leken er en naturlig kombinasjon for barnet. De er instrumentet og språket for følelsene.

det første spørsmålet var det flere svar som la vekt på gleden ved leken. På det andre kom det stort sett svar som handlet om at barnet fikk vist mange av sine følelser, og om gode mestringsopplevelser. På det siste var det ingen som ønsket at noe skulle vært annerledes, men én som opplevde det vanskelig personlig.

Avslutning

Min erfaring er at metoden skaper engasjerte barn som gjennom fysisk lek og psykodramalek tar viktige skritt videre i sine liv. Tilbakemeldingene fra foreldrene i brukerundersøkelsen synes å bekrefte dette inntrykket. Det

er et alvor i disse barnas lek som andre barn ikke kan følge i fri fantasilek, og som voksne rundt dem ofte har glemt språket til og eller kanskje ikke klarer å møte følelsesmessig. Det er om å gjøre å få kontakt på barnas premisser. Kroppen og leken er en naturlig kombinasjon for barnet. De er instrumentet og språket for følelsene. Gjennom det kan kontakt og det levende liv gjenoppstå. Barnet kan komme ut av ensomheten, i kontakt med seg selv – og andre.

Litteratur

1. Bannister A, Huntington AO. Communicating with Children and Adolescents. Jessica Kingley publ. London 2002.

2. Benum K, Boe T U. Dissosiasjon som beskyttelse mot overgrep. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1997, 34, 81-91.
3. Eide-Midsand N. Regenerasjons- kreftene i mennesket: Symbolet som helende faktor i barneterapier. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1988; 25, 593-603.
4. Eide-Midsand N. Traumatiserte barns dramalek I og II. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1991; 28, 967-980.
5. Eide-Midsand N. Boltrelek og lekeslåsning: I. Lekens funksjon i psykoterapi og i barns normale utvikling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2007, 12, 1459-1466. Boltrelek og lekeslåsning. II. Om å gi gutter rom til å være gutter. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2007, 12, 1467-1474
6. Bail C et al. Psychodrama. Advances in Theory and Practice. Routledge 2007.
7. Holmes P, Karp M. Psychodrama. Inspiration and technique. Routledge London 1991.
8. Jennings S. Introduction to Playtherapy: Play and Health. Jessica Kingsley Publishers London Philadelphia 1999.
9. Lowen A og L. (1977). Bioenergetiske kroppøvelser. Borgens forlag dansk utg 1980.
10. Moreno, JL. Psykodrama Vol. I. (4.utg. 1972). Psykodrama Vol. II. (1959). Beacon House, N.Y.
11. Røine E. Psykodrama. Om å spille hovedrollen i sitt liv. Artemis forlag 1992.
12. Schjetlein E, Mossige H. Fra menneskekryp til gående barn. Gyldendal 1997.
13. Mossige H. Opp og frem. Universitetsforlaget 1995.
14. Winnicott, D (1971). Leg og virkelighet. Dansk utg. 1990.
15. Skjetne E. Fysioterapi og psykodrama for barn. Oppgave til ledereksamen i psykodrama 2003.
16. Sherborne V. Developmental movement for children. Cambridge University Press 1990

WalkAide® - Funksjonell nervestimulatur for pasienter med droppfoot

WalkAide® er en høyteknologisk elektrostimulator som hjelper mange droppfootpasienter til å løfte foten under gange. WalkAide® er meget avansert og må ikke forveksles med tidligere elektrostimulatorer som har vært tilgjengelige for denne pasientgruppen.

Ny teknologi, basert på en programmerbar tiltsensor, gjør WalkAide® lett og betjene for brukeren



Enkel elektrodeplassing

Ingen hælensor.

Egnet også for barn



WalkAide® er godkjent som et ortopedisk hjelpemiddel gjennom NAV



Be om brosjyrer og nærmere opplysninger om dette produktet! Du finner også mer informasjon på www.cypromed.no