



Rapport om Barnets Rum

Tidsbegränsad behandling för barn och ungdomar som har varit utsatta för eller bevittnat våld i nära relationer

*Metodutvecklingsprojekt
För socialtjänsten*

Rinkeby- Kista Stadsdelförvaltning

Azra Abazari
Projektledare
Leg. psykolog/leg. psykoterapeut

Innehållsförteckning

Förord
Sammanfattning

Bakgrund **sid 1**

Syftet med rapporten sid 1
Metod för rapportens beskrivning sid 2
Rapportens disposition sid 2

Del 1

Projektets organisation sid 3
Familjeteamet sid 3
Etiska aspekter sid 4

Del 2

Teoretiska utgångspunkter **sid 5**

Trauma sid 5
Våld och våldets psykologi sid 6
Trauma och våld sid 7
Olika försvarsmekanismer sid 8
Skuld och skam sid 9

Del 3

Barnets Rum historia och uppläggnig **sid 11**

Pilotförsök sid 11
Projektet Barnets Rum sid 11
Val av namn till projektet sid 12
Datainsamling sid 12
Kompetensutveckling sid 13
Projektets mål sid 13
Projektets syfte sid 13
Målgruppen och projektets villkor sid 13
Projektgruppen sid 14
Erbjudandets omfattning och struktur sid 14
Behandlingsmetod sid 15
Bedömningsmaterial sid 16
Mall för behandlarnas PM sid 17

Del 4

Resultat

| | |
|--------------------|--------|
| Första projektåret | sid 18 |
| Andra projektåret | sid 20 |
| Tredje projektåret | sid 23 |

| | |
|-------------------------|--------|
| Översikt tre projekt år | sid 25 |
| Arbete med syskon | sid 26 |
| Arbetet med tonåringar | sid 27 |
| Språk | sid 27 |
| Kontakten med fäder | sid 27 |

| | |
|---|--------|
| Beskrivning av de barn som passade för BR | sid 27 |
| Resultatet av frågor till handläggarna | sid 28 |
| Missbruk | sid 28 |

Del 5

Fallbeskrivningar

sid 30

Diskussion

sid 52

Slutsatser

sid 59

Referenslista

sid 62

Bilagor

sid 63-74

Förord

Jag vill varmt tacka alla 106 barn och deras föräldrar som delade sina svåra upplevelser med oss och gjorde detta arbete möjligt.

Jag vill också tacka alla handläggare i barnenheten och ungdomsenheten i Rinkeby-Kista stadsdelförvaltning som skickade remisser till oss.

Och ett varmt tack till mina kollegor i Barnets Rum gruppen: Birgitta Lindvall, Carina Bäckström, Erja Rytönen, Katarina Hild och Marianne Lind. Deras engagemang och värdefulla synpunkter är en viktig del av Barnets Rum.

Professor Siv Boalt Boëthius har handlett Barnets Rum gruppen i tredje projektåret vid enskilda ärenden. Ett stort tack till henne.

Jag vill också tacka min f.d. enhetschef Ingrid Persson som litade på mig och mina idéer. Hon satte ord på mina idéer och sökte medel hos Länsstyrelsen.

Ett stort tack till min verksamhetschef Sakir Demirel. Utan hans stöd hade Barnets Rum inte varit möjligt.

I rapportskrivandet har jag konsulterat docent Gunnar Carlberg. Hans synpunkter var mycket värdefulla för rapporten. Ett stort tack till honom.

Sammanfattning

Barnets Rum var ett treårigt metodutvecklingsprojekt inom socialförvaltningen. Det erbjöd krisbehandling för barn och ungdomar som hade varit utsatta för eller bevittnat våld i nära relationer.

Projektet kom igång januari 2007 men förlorade styrfart i samband med sammanslagningen av stadsdelarna Rinkeby och Kista i juli 2007. Sammanslagningen medförde att det skapades ett nytt Familjeteam där projektet Barnets Rum ingick. Den innebar ny arbetsgrupp, gruppledare, arbetsledning och projektansvarig. En period efter sommaren inkom inga remisser till Barnets Rum vilket kan förklaras av den turbulens som omorganisationen förde med sig. Projektledaren disponerade en del av sin arbetstid till konsultation för kollegor i organisationen.

Projektgruppen bestod de första två åren av fyra familjebehandlare med trettio procent av sina arbetstider och en psykolog, projektledaren, med femtio procent av sin tjänst. Tredje året slutade två familjebehandlare och ersattes av en ny familjebehandlare med trettio procent av sin arbetstid för projektgruppen.

Modellen byggde på en kort bedömning av barnets psykiska status vid start och avslut. Efter bedömningen fick barnen 3-8 besök var. Behandlarna hade friheten att använda olika tekniker vid möten med barnen. Alla ärenden diskuterades i projektgruppen varje vecka. Vid avslut skrev behandlarna en sammanfattning av kontakten med barnen. Där beskrev de processen i kontakten med barnen som blev en del av grundmaterialet för rapporten.

Kompetensutveckling, för Familjeteamet och för Sociala omsorgens organisation, var ett viktigt syfte med projektet. De som arbetade i projektet fick varje termin gå i olika korta utbildningar/seminarier om trauma, våldpsykologi, våldets påverkan utifrån barn och vuxnas perspektiv. Hela familjeteamet fick gå grundkurs i BOF (Barnorienterad familjeterapi) och Tejpning. Organisationen har målet att metoden skall implementeras i Familjeteamet som en av olika modeller som det kan erbjuda sina klienter.

Remisserna skickades från barnenheten och ungdomsenheten i stadsdelförvaltningen. Sammanlagt fick Barnets Rum 106 remisser. Första projektåret kom 29, andra året 52 och tredje projektåret 25 remisser. Av 106 barn som vi träffade passade Barnets Rum-modellen för 65 barn. Modellen räckte inte till för sex barn. Ytterligare två barn kunde vi identifiera som ”för svåra för modellen” vid remiss- stadiet innan vi träffade dem och åtta barn erbjöd vi traditionell familjeterapi inom ramen för Familjeteamet (utanför Barnets Rum). Vi hade 25 återbud under tre år.

Modellen var inte lika framgångsrik med ungdomar. Vi fick totalt 22 remisser från ungdomsenheten under tre projektsår. Tio ungdomar fick hjälp av Barnets Rum. Resten var antingen för svår för modellen eller tackade nej.

*Illustrationerna i del 5 fallbeskrivning i fall beskrivning nummer 8 är reproduktioner av kort från ”The Bears”, ett redskap för att gynna konversationen publicerad av Innovative resources i Australien. De används med tillstånd för denna rapport och får inte kopieras för vidare bruk. För mera information se: www.innovativeresources.org eller www.mareld.se

Bakgrund

Tanken att erbjuda krisbehandling till barn som blir utsatta för våld i nära relationer föddes hos mig år 2003. Jag arbetade då som psykolog i Stödenheten inom stadsdelsförvaltningen i Rinkeby. Samma år startade Rinkeby Stadsdelsförvaltning "Oliven – Rinkeby Kvinnofridsteam med syfte att erbjuda stöd till våldsutsatta kvinnor och män som utövade våld. Stödet kunde vara psykosocialt och praktiskt. Inom Oliven arbetade förutom tre och en halv kvinnliga socialarbetare också två manliga familjehandlare vilkas insatser riktades till män som utövade/utövade våld. Utan att veta så mycket om innehållet av insatsen som dessa män och kvinnor erhöll var min första spontana tanke: vad händer med barnen i dessa familjer? Så vitt jag förstod fanns, inom förvaltningen, inga direkta planer för insatser riktade mot barnen.

När jag ställde frågan till några ansvariga fick jag svaret att det fanns BUP-mottagningar som erbjöd insatser till barn med olika problem. Utifrån mina erfarenheter om målgruppens bakgrund och möjligheter visste jag att majoriteten av dessa barn sällan fick någon form av hjälp för att bearbeta sina svåra upplevelser av våld i familjen.

En stor del av målgruppen har förutom våld i familjen också, direkt eller indirekt, varit med om andra, mycket traumatiska upplevelser. Tanken föddes direkt hos mig att man skulle kunna erbjuda alla barn, vars mödrar aktualiserades inom Kvinnofridsteamet, en "paketbehandling" innehållande 4-8 timmars behandling samt kartläggning av omfattningen av dessa barns behov av stöd.

Av olika skäl gick förvaltningen igenom olika omorganiseringar under 2003 vilket innebar att jag inte fick något gehör för mina tankar och idéer då.

Efter en ny omorganisering år 2004 började jag arbeta heltid i Familjeteamet i Rinkeby stadsdelsförvaltning.

Enligt en projektrapport som Kvinnofridsteamet skrev år 2006 var det cirka 65 barn i Rinkeby som, indirekt, var aktuella i samband med våld i familjen. Mödrarna hade fått hjälp av handläggarna inom Kvinnofridsteamet enheten men det fanns inget strukturerat program i förvaltningen för barn som blev utsatta för eller hade bevittnat våld i nära relationer. Min gamla idé blev åter aktuell och jag tog upp frågan med min dåvarande chef, Ingrid Persson. Den här gången var min organisation beredd och intresserad av att sätta i gång och söka projektpengar för att förverkliga idén om projektet; som kom att kallas "Barnens Rum".

En preliminär kartläggning visade att det fanns en stor grupp av barn som varit utsatta för våld i nära relationer som inte hade fått hjälp att bearbeta sina egna traumatiska upplevelser i samband med våld i familjen.

Syfte med rapporten

Syftet med denna dokumentation är att ge en samlad bild av projektet "Barnets Rum".

Metod för rapportens beskrivning Metoden är en deskriptiv beskrivning av hur projektet genomfördes, från idé till avslutning.

Rapportens disposition

Rapporten består av fem delar. Första delen beskriver organisationen. Andra delen går igenom aktuell litteratur om trauma, skuld, skam, våld i familjen och dess konsekvenser. Tredje delen handlar om projektet Barnets Rums historia och uppläggning och fjärde delen beskriver resultatet av projektet .

Slutdiskussionen och analysen är författarens tolkning och beskrivning utifrån allt insamlat material, samt resultat av diskussioner som de som har arbetat i projektet har haft.

Bilder, teckningar eller citat som jag refererar till är avidentifierade och presenteras med samtycke från barnens vårdnadshavare och respektive behandlare.

Del 1

Projektets organisation

Sommaren 2007 slogs Rinkeby och Kista stadsdelsförvaltningar ihop. Det innebar en stor förändring för Familjeteamet. De två Familjeteamen i Rinkeby och Kista slogs samman och bildade ett team under Resursenheten. Detta var en anledning till att starten av projektet försenades med cirka ett halvt år.

Projektets genomfördes av Familjeteamet i Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning. Verksamhetsområdet Social Omsorg är ett av verksamhetsområdena i förvaltningen. Social Omsorg bestod vid hopslagningen av sju olika enheter (se bilaga 1):

1. Barnenheten som har ansvar för barn 0-12 år
2. Ungdomsenheten som har ansvar för barn 13-20 år
3. Familjevården som består av olika team och har ansvaret för att familjehem placera barn och rekrytera och hantera jourfamiljer, stödkontakter till barn/ungdomar samt familjerätten.
4. Rinkeby- Kistamottagningen som har ansvar för vuxna med beroendeproblematik.
5. Psykosociala Stödenheten som har ansvar för vuxna med socialpsykiatriskt problematik eller övriga vuxna i behov av samhälleligt stöd.
6. Kvinnofrids- och Boenheten som har ansvar för våldsutsatta kvinnor och män som utövar våld samt stadsdelens Försöks- och Träningslägenheter.
7. Resursenheten som består av olika delar; MST-teamet (Multi System Familj Terapi), Ungdomsmottagning, Ungdomsteamet och Familjeteamet.

Sedan sammanslagningen har omorganiseringar skett och Psykosociala Stödenheten har flyttat till ett annat verksamhetsområde.

Familjeteamet

Familjeteamet som är det största teamet inom Resursenheten består av en psykolog, en administrativ assistent, en gruppleddare, en enhetschef, tre familjepedagoger och sex familjebehandlare. De sistnämnda har socionomutbildning i grunden och grundutbildning i systemisk familjeterapiutbildning och kognitiv terapi. Familjeteamet tar emot remisser från barn/ungdomsenheten när familjer bedömts ha behov av olika pedagogiska/terapeutiska insatser. Familjeteamet arbetar utifrån BBIC (Barnet Behov I Centrum) som är ett program som Socialstyrelsen har bestämt att socialtjänsten skall utgå från både i utredning och om förslag eller beslut om åtgärder om olika typer av insatser för familjen.

Etiska aspekter i projektet

Styrgruppen hade det övergripande ansvaret för projektet. Styrgruppen bestod av ledningsgruppen i Socialomsorgen i Rinkeby-Kista stadsdelförvaltning. Att tacka ja till Barnets Rum var frivilligt. Föräldrarna har fått information om projektet först från handläggarna i enheterna. Sedan har de fått utförlig information vid första mötet tillsammans med handläggaren, föräldrarna och en behandlare från Barnets Rum gruppen. När föräldrar varit tveksamma har de fått ett extra möte med mig, projektledaren.

Några har tackat nej till erbjudandet trots all information. Vi har respekterat dem med all förståelse. För att kunna skydda våra klienter hade vi ett viktigt villkor; att ingen myndighet eller tjänsteman varken inom vår organisation eller utanför skulle begära material eller information om barnen av oss. Alla har respekterat vårt villkor. De fall som vi har använt i fallbeskrivningarna har vi frågat vårdnadshavaren/vårdnadshavarna minst två gånger om, vid olika tillfällen, för att vara säkra på att de har förstått vår fråga. I fallbeskrivningarna har vi använt andra namn och aidentifierat materialet. Styrgruppen har regelbundet fått information om läget i projektet och alla olika frågor som har dykt upp.

Del 2

Teoretiska utgångspunkter

Trauma

Helene Johnsen Christie, norsk psykolog, definierar ett trauma som ”en yttre händelse som ligger utanför vanliga händelseområden och påverkar nästan alla” (Christie, 1994).

Enligt psykodynamisk teori är psykisk traumatisering det tillstånd som uppstår när en händelse är av sådan farofylld intensitet att den ”likt en flodvåg sköljer över den drabbade personens försvar (Krystal, 1998).

Psykodynamisk teori om trauma går tillbaka till Freud. Signalångesten, enligt Freud (1920-1926), har en skyddande funktion så att jaget undviker en kommande fara av traumatisk karaktär. Traumatisk ångest blir däremot resultatet av alltför kraftiga påfrestningar. Då utbryter ett upplevt tillstånd av total hjälplöshet.

Termen trauma kan emellertid ha varierande betydelse. Den kan avse en påfrestning som är så stark att den ovillkorligen är psykiskt skadlig, d.v.s. påfrestningen skadar oavsett med vilken psykisk styrka den drabbar vid upplevelser av dödsfall, tortyr och liknande.

Trauman kan också avse den påfrestning som är psykiskt skadlig särskilt för en specifik individ beroende på just hans eller hennes tidigare erfarenhet, psykiska utveckling och psykiska tillstånd.

Kihlbom (1983), pekar på att tidsfaktorn har betydelse vid bedömningen av trauma. Kontinuerlig otrygghet eller rädsla under längre tid kan så småningom överstiga personens motståndskraft så att ett ”kumulativt trauma” uppstår. En person kan vara särskilt sårbar på grund av tidigare trauma.

Enligt objektrelationsteorin (Abazari, 1998) blir spädbarnets ångest överväldigande i en situation där den primära relationen till modern inte är ett tillräckligt skydd mot smärta och överväldigandet av stimuli.

Moderns ”Holding” och ”containing” och de symboliska representationerna är avgörande för barnets förmåga att stå ut med ångest och smärta. När allvarliga trauman inträffar, reaktiveras den primära ångesten för utsatthet. Stimulibariären utplånas, egot överväldigas och försätts i ett tillstånd av totalt hjälplöshet.

Objektrelationsteorin lägger stor vikt vid begreppen ”splitting” och ”dissociation” som reaktioner efter trauman. Därför att alla symboliska representationer bryter samman och psyket kan inte bevara minnet av traumat annat än i fragmenterad form (Abazari, 1998).

Den kognitiva traumamodellen utvecklades av Pierre Janet (ref: Christie, 1994). Han intresserade sig för minnesprocesser och hans modell kallas för ”dissociationsteori”. Enligt Pierre Janet integreras informationen mentalt och omformas för att bli aktiv i minnet. Ny information kategoriseras utifrån våra tidigare erfarenheter. Minnet kan, enligt Janet, lagras på olika nivåer:

- På den berättande/narrativa nivån
- Som visuella bilder
- Som minnen av beteenden
- Som kroppsliga förnimmelser

Våld och våldets psykologi

Enligt Per Isdal (2001, s. 71-96), är våldets natur som förekommer i familjen:

1. "Hierarkiskt" våld är ett medel som antingen skapar eller upprätthåller makt. Våld är en vanmakt och våldhandlingar är ett sätt att kontrollera makt- eller Maktlöshetsförhållanden i en persons liv. Våld måste förstås som en reaktion på och Kontroll av maktlöshet. Våld uppfattas som makthandlingar, och makten som Maktlöshetens medicin. Detta poängterar Isdal som särskilt viktigt. Isdal menar att våld i familjen är relationsvåld (s.191). Relationsvåld förekommer i familjen ofta mot kvinnor och barn. Detta våld är selektivt eftersom utövaren uppträder inom relationen, och inte eller sällan i andra sammanhang. Relationsvåld har sitt ursprung i en vanmakt som antingen är personlig eller relationell, som kan bero på dålig självkänsla eller osäkerhet. Genom att utöva våld upplever utövaren en känsla av betydelse och makt. Våldets funktion i dessa sammanhang är att styra och kontrollera närstående och att förstärka utövarens självförtroende.
2. "Intelligent", med intelligent menar Isdal att i våld finns en rad värderingar och avvägningar, det finns ett mål och en rad metoder för att uppnå målet. Till.ex. slår man inte någon som är fysiskt starkare än sig själv.
3. "Effektivt", effektiviteten består i att genom att utöva våld når utövaren sitt mål.
4. "Cykliskt", de flesta våldsamma män har erfarenhet av våld från sin barndom, d.v.s. de har själva varit utsatta för våld i familjen.

I våld finns två komponenter enligt Isdal (sidan 82): förnuft och känsla
Den emotionella (känsla) komponenten som ilska, kränkning spelar större roll i våldutövning. Förnuftskomponenten är inriktad på att styra beteendet och göra val, och ger hopp om att du har makt, samtidigt kapacitet att välja icke-våld.

Våldsaktörer

Isdal nämner tre olika våldsaktörer (s.137-150 a.a.), nämligen: offret, utövaren och observatören.

Utifrån offrets perspektiv fäster våldet sig på minnet, genom smärta, rädsla och kränkningar. Traumaerfarenheter leder till karaktäristiska traumareaktioner med risken för varaktigt sänkt funktionsnivå. Erfarenheter av våld fastnar i oss.

Utövaren är sannolikt den som upplever den snävaste bilden av själva våldsituationen. I våldsutövning är utövaren i hög grad ”här och nu” på bekostnad av tankar om framtiden och vidare konsekvenser.

Observatörsrollen kan innebära två olika perspektiv, som offer då en observatör också blir skrämmd och kränkt som utövare i den meningen att observatören deltar i våldsituationen och bidrar till den genom att inte ingripa. I många sammanhang kan det vara svårare att vara observatör än offer vid våldsutövning och det kan innebära svåra trauman.

Som universalmedicin mot våld rekommenderar Isdal att:

Bryta tystnaden som observatör och/eller offer
Placera ansvaret hos våldutövaren
Bearbeta erfarenheter av våldet hos offret.

Trauma och våld

Brogren och Volckerts beskriver sambandet mellan tidiga trauman och våld. De hänvisar i sin argumentering till internationell forskning. (Brogren & Volckerts, 2002).

De menar att destruktiviteten som regel emanerar ur en traumatisk bakgrund hos förövaren. Förövaren själv är mycket sällan medveten om sitt trauma.

Utifrån sina kliniska erfarenheter med klienter som har utövat våld och avjänat långa fängelse straff särskiljer de (kap.1 s.8), tre huvudsakliga aspekter när det gäller tendensen att bruka våld:

1. ”Jagdystona”, att våldsimpulserna kan upplevas som mycket besvärande där man kontinuerligt vidtar olika åtgärder för att minska hotet från det inre trycket, exempelvis fångar som ägnar sig åt styrketräning i fängelser.
2. ”Jagsyntona”, att våldtendenserna har blivit ett med jaget. Brogren och Volckerts tar som exempel en typ av människor som har en tendens att uppleva en viss glädje av sin psykopatologi i sin verksamhet. t.ex. som ”torped”.

3. Den tredje typen av våld Brogren och Volckerts nämner är det militära våldet som används mot försvarslösa människor i olika länder i världen. Med detta avser han det potentiella våldet som vi alla bär inom oss. Människans historia visar att vi alla, i extrema situationer, kan bringas att aktivt delta i mord, tortyr och massutrotningar av medmänniskor.

Brogren och Volckerts hänvisar till sina egna erfarenheter som terapeuter för våldutövare och skriver att de flesta människor som har allvarliga psykiska störningar med inslag av starka och svårbemästrade våldsimpulser inom sig bär erfarenheter av en som regel massivt traumatiserad uppväxt. Ursprungliga trauman, menar de, ligger bakom alla svåra psykiska problem, sociala konflikter och anpassningssvårigheter.

Olika försvarsmekanismer

Barn som har varit utsatta för eller bevittnat våld i nära relationer kan utveckla och uppvisa olika försvarsmekanismer. Nedan beskriver jag några av dessa reaktioner utifrån Brogren & Volckerts (2002).

Identifikation med aggressor

Brogren och Volckerts beskriver under rubriken "Identifikation med plågoanden" (sidan 24) olika känslor hos våldutövaren. Andra människor behandlas med samma förakt och straffas med samma hänsynslösa hårdhet som förövaren själv varit utsatt för. Detta fenomen kan uttryckas på olika sätt i relation mellan offret och förövaren.

Rollen som aktivt offer

Människor med tidiga traumatiska upplevelser finner sig ofta i oförklarliga roller eller situationer där de upplever sig utanför egen kontroll. Denna känsla i kombination med skamkänsla gör människan överkänslig för vad som kan uppfattas som en kränkning. Den överdrivna användningen av begreppet "respekt" är en tydlig varningssignal enligt Brogren och Volckerts (sida 26).

Internalisering

Barnet internaliserar olika relationsmönster i samspel med sin vårdare i tidig ålder. Detta medför att en grund läggs för reaktioner av typen "vändning i motsatsen"- att förutsättningar har skapats för att ett misshandlat barn kan växa upp till en misshandlande förälder.

Dissociation

Barn kan utveckla dissociativa psykologiska försvar som ett sätt att stå ut med en situation av total och maktlös utsatthet. Med detta menas en förmåga att försätta sig i ett trance-liknande tillstånd och t.ex. dela upp sig i kropp och själ så att det blir möjligt att lämna sin kropp och betrakta det som sker utifrån.

Agerandet

Vissa människor söker ofta yttre förklaringar till sina inre problem. De förnekar sina inre konflikter och som ett svar på kränkningar väljer de attack mot andra, agerandet är ett sådant försvar.

Självdestruktivitet

Aggressiva impulser riktas, medvetet eller omedvetet, mot sin egen person. Detta kan yttra sig som allt från kraftiga psykosomatiska besvär till olika former av självskadebeteende.

Avhumanisering

Våldutövaren brukar legitimera sitt beteende genom att förvandla sitt tilltänkta offer till något annat än människa och sig själv till ett redskap för det ”goda” t.ex. vid tortyr.

Skuld och skam

Skuld och skam är starka känslor som är förknippad med våld och övergrepp. I psykologisk litteratur finns mycket skrivet om skuld och skuldkänslor men betydligt mindre om skam. Ofta känner man som offer skuld, t ex. över att inte duga, eller att inte kunde agera tillräckligt. Om denna känsla blir stark kan den skapa en känsla av hjälplöshet. Den skrämmande känslan av hjälplöshet kan förvandlas till en falsk känsla av att inte vara helt utlämnad genom att själv utöva våld. Skuld utlöses efter någon form av övergrepp eller försummelse gentemot en annan person. Skam påverkar den privata och intima självbilden, man faller i sin egen aktning. Skuld bär man inom sig medan skammen är att vara bortgjord och avslöjad i andras ögon (ref.Abazari etal. 2001 sid.17).

Skammen drabbar hela ens person och underminerar självkänslan. Att reparera dessa skador blir nödvändigt om självkänslan skall kunna återupprättas. Om man har en inre tröstande röst kan den bidra till att man kan hantera tillfälliga skamsituationer. Ibland är skammen en övergående känsla som man relativt snabbt kan hämta sig ifrån. För personer med låg självkänsla är skammen en kronisk följeslagare. I behandling innebär detta ett långsiktigt och tidskrävande terapeutiskt arbete.

Skam uppträder när man känner sig misslyckad eller vanärad som person. Man skäms över sig själv, över den man är. Det typiska är att man upplever hela sin person som defekt och dålig.

Vid skuld är det i stället ofta en specifik handling som är värdelös. Ibland kan man till och med hitta ett sätt att sona sitt ”brott”, eller få absolution som det heter i kyrkan (enligt Marta Cullberg Weston, 2008).

Skam är en medfödd känsla (affekt) och bidrar på något sätt till vår överlevnad och har olika ansikten enligt Else-Britt Kjellqvist(2006). Hon menar att det inte alltid är lätt att skilja skam från skuld. ”Bägge är grundläggande mänskliga erfarenheter som består i smärtsamma och sammanvävda känslor”. Dold skam, ett skäl att vi inte talar om skam till vardags är att känslan döljs av en rad andra reaktioner. Skam är till exempel en underliggande faktor vid många raseriutbrott. Vi kan dölja skammen genom att t.ex. ”må dåligt” och ta till misshandel.

Röd skam: Den vanligaste formen av skam, när vi känner att vi har fel, har gjort bort oss eller inte passar i gruppen.

Vit skam: En beteckning för kronisk skam, där man skäms över sig själv på djupet. Det härrör ur en negativ självkänsla där man ser hela sin identitet som skambefläckad. Vid skam som är kronisk har personen tidigt i livet byggt in en föreställning att inte vara värd att älska utan bara värd förakt. Else-Britt Kjellqvist jämför den vita skammen med cancer som en känslomässig tumör som underminerar livet i det tysta.

Svart skam: Denna typ av skam möter vi t.ex. i hederskulturer. Kjellqvist kallar denna typ av skam för svart då hon menar att den är mycket destruktiv och obönhörlig. I det mediedominerade samhället där reklam och medierna styr normer och ideal känner ofta ungdomar skam om de inte passar in i dess ”normer”. Kjellqvist kallar denna typ av skam för ”Rosa skam” då den ligger i gränzonen mellan röd och vit skam.

Skamforskaren Michael Lewis (1995), beskriver att män och kvinnor agerar olika vid skamkänslor. Han menar att män ofta försvarar sig mot skam med hjälp av vrede som riktas mot omgivningen, medan kvinnor tenderar att vända sin vrede inåt mot sin egen person och reagera med depression. Lewis menar att båda mönstren är lika destruktiva.

Del 3

Barnets Rums historia och uppläggning

Pilotförsöket

Under våren 2007 startade vi på Familjeteamet i Rinkeby ett pilotprojekt med tidsbegränsad krisbearbetning för barn som varit utsatta för våld i nära relationer. Syftet var att utforska omfattningen av behovet och intresset hos föräldrarna för att deras barn skulle få möjlighet att bearbeta sina svåra upplevelser av våldet i familjen. Sammanlagt tog vi emot tio barn. En kollega träffade en tonåring och resten av barnen träffade jag. Det yngsta barnet som jag träffade var 2 1/2 år gammalt och det äldsta var 13 år. Alla var pojkar. Vi hade tre syskonpar. En familj hade fyra barn. I denna familj var det äldsta barnet 15 år gammalt och tackade nej till insatsen. Enligt moderns berättelse hade 15-åringen själv börjat misshandla sin mor och sina syskon.

Alla barn fick följa hela den planerade behandlingen utom ett syskonpar där vi tvingades avbryta behandlingen. Anledningen till avbrottet var att modern bestämde sig för att flytta tillbaka till sin man vilket ledde till att socialtjänsten tog beslut om att omhänderta barnen. Barnen fick flytta till annan ort vilket omöjliggjorde för oss att fortsätta träffa dem. Vi fick dock tillfälle att göra ett avslut och rekommenderade handläggaren att söka BUP-kontakt för barnen på den nya orten.

Besöken i pilotprojektet varierade mellan 4-8 besök. Det genomsnittliga antalet besök var 6 stycken. En 10-årig pojke diagnosticerades med PTSD av undertecknad (psykologogen/behandlaren) och remitterades, via socialtjänsten, till hemkommunens BUP. En mor var djupt deprimerad och behövde egen terapi. Hon fick remiss till vuxenpsykiatri.

Projektet Barnets Rum

Familjeteamet i det gamla Rinkebys socialförvaltning beviljades projektmedel från Länsstyrelsen i slutet av juni 2007. En månad senare slogs Rinkeby och Kista stadsdelsförvaltningar ihop till en förvaltning. Det nya familjeteamet blev också personalen från de två gamla teamen. Familjeteam fick en ny chef och en ny gruppleddare som inte varit med i processen i Barnets Rum historia och tankesätt. Den nya enhetschefen var en del av styrgruppen. Det bestämdes att fyra behandlare från Familjeteamet som var intresserade av projektet skulle ingå i Barnets Rum-projektet. Ett argument var att även efter projekts slut skulle man vilja implementera modellen som bl.a. ett sätt att arbeta med barn i förvaltningens upptagningsområde. Det andra argumentet var att förvaltningen gick igenom en stor förändring och det var inte möjligt att anställa ett par nya behandlare genom projektet.

Handläggarna på Barnenheten och Ungdomsenheten som skulle remittera barn till projektet befann sig i samma omställning. Länken mellan de olika aktörerna kring projektet andra var projektledaren, d.v.s. jag (Azra).

På grund av ovan nämnda faktorer dröjde det några månader innan projektet började. Vi som började jobba inom projektet var en familjebehandlare från gamla Rinkeby och tre familjebehandlare från gamla Kista och jag som hade mina gamla ordinarie ärenden inom Familjeteamet. Det bedömdes att behandlarna behövde lägga ca 30 % av sin arbetstid i projektet och att det behövdes en projektledare på 50 %. Jag skulle också ansvara för att behandling för alla barn under 4 år samt ha ansvaret för internhandledning.

Jag som projektledaren hade i början ett möte med alla handläggare i båda enheterna (barn och ungdom) samt vid behov flera möten med enskilda handläggare för att ge närmare information om tanken, strukturen och innehållet i modellen som vi erbjöd våra klienter. Första remissen till Barnets Rum kom i början av november 2007.

Val av namn till projektet

Efter en lång diskussion tillsammans med dåvarande biträdande chef, Mats Erkeres, och dåvarande enhetschef, Ingrid Persson, bestämde vi att projektet skulle kallas "Barnets Rum". Med detta namn ville vi markera och uppmärksamma våldutsatta barns behov av krisbearbetning och ge utrymme till barnen att bearbeta sina egna upplevelser om våld i familjen.

Datainsamling

Remisser till projektet kom från barn/ungdomsenheten i de fall där det hade kommit in anmälan om förekomst av våld i familjen. Efter en barnavårdsutredning och handläggarens bedömning av behov av insatsen "Barnets Rum" skickades remissen till undertecknad, projektledaren, som hade ansvar för att, vid behov, komplettera informationen i bristfälliga remisser och utdelning av remisserna i gruppen som arbetade i projektet.

Varje behandlare hade ansvar för att fylla i bedömningsblanketterna vid start och avslut om sina klienter, skriva en sammanfattning av ärendet efter avslut och eventuella kommentarer om de hade sådana om ett specifikt fall. Allt material lämnades till projektledaren. Projektledaren har gått igenom allt material i ärendena och har utifrån den information och den kunskap som fanns i varje ärende sammanfattat den relevanta informationen för rapporten.

En gång per termin har jag som projektledare träffat handläggarna/remittenterna från barnenheten och ungdomsenheten i grupp, svarat på deras frågor och lyssnat på deras kommentarer. Remittenterna har, i början av tredje projektåret, fått fylla i ett skriftligt frågeformulär för att kommentera och lämna sina synpunkter på projektet, (bilaga 7).

Kompetensutveckling

Ett syfte med projektet Barnets Rum var att fokusera på barnets perspektiv i våldutsatta familjer. För att inta barnets perspektiv krävs att man har tillräcklig kompetens i utvecklingspsykologi och barnpsykologi. Vi ordnade, med hjälp av Barnets Rum-medel, grundutbildningar om BOF (Barn Orienterad Familjeterapi) och Tejping för hela Resurenheten/Familjeteamet. En hel dag fick hela Social omsorgs personal utbildning om våld och trauma utifrån barn- och systemiskt perspektiv. Alla som arbetade i Barnets Rum fick också gå ett eller två seminarier per termin om olika ämnen som var relevanta inom Barnets Rum.

Projektets mål

Följande mål formulerades i projektansökan till Länsstyrelsen av styrgruppen:

- Alla barn som upplevt eller bevittnat våld mellan närstående vuxna och som inte längre lever i en kaotisk och våldsam miljö, skall erbjudas individuellt krisstöd som en tidig insats utifrån sina egna behov och förutsättningar.
- Barn som av behandlaren bedöms ha behov av längre behandling skall kunna få det inom socialtjänstens egen verksamhet och/eller av annan huvudman.

Projektets syfte

Syftet med projektet var att:

1. Utveckla metod för dessa barns behov av bedömning och behandling inom Socialtjänstens regi.
2. Belysa familjevåldets konsekvenser utifrån barns perspektiv.

Målgruppen och projektets villkor

Målgruppen var barn upp till 20 år som bodde i stadsdelen Rinkeby-Kista och som hade varit utsatta för våld eller bevittnat våld i nära relationer.

Erbjudandet var en frivillig öppen insats för barn eller ungdomar från socialförvaltningen. När handläggarna i barn- och ungdomsenheten fick en anmälan eller kännedom om förekomsten av våld i familjen inledde handläggaren en ordinarie barnutredning som enheterna brukar göra vid alla anmälningar. Efter utredningen informerade handläggarna först vårdnadshavaren (ofta var modern ensam vårdnadshavare) om projektet. Med vårdnadshavarens samtycke skickades en remiss till projektet "Barnets Rum" för att barnen skulle få möjlighet att få ett individuellt krisstöd. Remissen delades ut i gruppen som arbetade i projektet. Gruppen träffades en gång per vecka, diskuterade tillsammans och hade intern handledning.

Vi planerade första mötet med handläggaren samma dag som vi fick remissen, eller dagen efter för att närmare höra om familjens och barnets bakgrund och problematik.

Vi i projektet hade två viktiga villkor för att påbörja vår kontakt med de remitterade barnen:

1. Att våldet hade upphört när vi tog emot remissen
2. Att ingen myndighet skulle kunna begära ut material från projektet för sina eventuella utredningar.

Med dessa villkor ville vi skydda den behandlande relationen med barnen och ”rummet” som vi hade skapat för barnen.

Projektgruppen

I projektgruppen ingick under de första två åren jag som projektledare med utbildning som psykolog/psykoterapeut med inriktning på barn/ungdom och fyra familjebehandlare. Tre av familjebehandlarna var socionomer med vidareutbildning till familjeterapeuter/familjebehandlare, med systemisk inriktning och kognitiv grundläggande psykoterapiutbildning. En behandlare i gruppen var utbildad socialpedagog. Vid början av tredje projektåret slutade två behandlare och det började en ny behandlare med 30 % av sin tjänst.

Erbjudandets omfattning och struktur

Erbjudandet till familjerna och barnen var en tidsbegränsad samtalsserie med fokus på traumatiska upplevelser kring våldet i nära relationer. Antalen tillfällen bestämdes till högst åtta samtal för barn, två samtal för föräldrarna och två inledande och ett avslutande möte med föräldern tillsammans med remittenten. Upplägget såg ut som följer:

1. Behandlaren och handläggaren/remittenten träffas en gång för att få en allmän bild av familjens bakgrund och behandlarens bedömning av behovet av insatsen.
2. Nästa steg var att behandlaren träffade vårdnadshavaren/vårdnadshavarna tillsammans med handläggaren för att dels beskriva projektet och insatsen och dels höra om de hade frågor och funderingar om sina barns behov av denna typ av hjälp.
3. Tredje steget var att träffa vårdnadshavaren, vilket har varit modern, utan barn. Vid detta tillfälle tog vi anamnes och bad vårdnadshavaren att utförligt beskriva sitt barn och hans/hennes behov av hjälp. I vissa fall träffade vi även fadern. Om han var vårdnadshavare och hade kontakt med sina barn. I de flesta fall var modern ensam vårdnadshavare. Fadern hade antingen rätten till övervakat umgänge med barnen eller inget umgänge alls med sina barn. I de fall som fadern inte var vårdnadshavare bestämde modern om vi skulle få träffa fadern eller inte. Vi brukade klargöra för båda

föräldrar att vår kontakt med dem/barnen var av behandlande och inte av utredande karaktär.

4. Fjärde steget var att träffa barnen tillsammans med vårdnadshavaren för att vårdnadshavaren skulle presentera behandlaren för barnet. Vi hade bett vårdnadshavaren att inför första mötet med behandlaren förbereda barnet/barnen väl.

5. Nästa steg var att träffa barnet ensam. Efter detta tillfälle gjorde vi en kort bedömning av barnets symptom och behov av hjälp. I detta skede diskuterade vi i projektgruppen (intern/kamrat handledning) kring bedömning, behandling och avslutning av insatsen.

6. Efter avslutningen med barnet träffade vi modern ytterligare en gång där vi beskrev för henne hur vi arbetade och vilken bedömning vi hade gjort rörande barnets psykiska hälsa.

7. Sista steget i arbetet var att ha ett avslutande möte tillsammans med modern och handläggaren för att återlämna familjen till handläggaren. I några fall avslutade även handläggaren sin kontakt med familjen. I ytterligare några fall var familjen fortsatt aktuell inom socialtjänsten av andra skäl.

Det fanns barn som behövde långt fler än åtta samtalstillfällen. För en stor del av barnen/ungdomarna var det tillräckligt med 5-6 samtal. I båda fallen diskuterade vi noggrant varför vi gjorde dessa bedömningar.

Då något barn behövde längre kontakt tog vi kontakt och informerade modern och skrev till remittenten om behovet av fortsatt kontakt för barnet.

Metoden har huvudsakligen varit individuellt inriktad krisbearbetning för barn och tonåringar. Grundtanken för bearbetningen var en eklektisk modell, en integrerad form av psykodynamiskt och systemiskt tänkande med fokus på barnets subjektiva upplevelser av våldet. Med de små barnen, under ca 4 år (det yngsta barnet som vi har haft i projektet var 20 månader gammalt), har vi haft i samlek tillsammans med modern. Vid dessa fall var modern den enda vårdnadshavaren och aktiv i barnets liv. Med några barn med syskon har vi, efter bedömning, arbetat i syskongrupp.

Vi har gjort samlade bedömningar angående varje barns psykiska status i början och vid avslut av varje ärende. Vi har haft gemensamma mallar för bedömningar och diskuterat om både bedömning och behandling av barnets upplevelser i projektgruppen. (Bedömningsmaterialet beskrivs separat i rapporten.) I vissa ärenden förutom diskussionen i gruppen har behandlarna fått enskild handledning av projektledaren.

Första samtalet med barnet hade mest informativ karaktär. Vi talade öppet med barnen om förekomsten av våldet i familjen och om att vuxna var oroliga för dem utifrån det som hade förekommit i familjen.

I behandling har vi använt nalle- känslkort, teckning, Ericamaterialet, dockor samt samtal som arbetsmaterial. Vi har inte arbetat med manusstyrda material. Valet av arbetsmaterial har styrts utifrån barnets ålder, karaktär, reaktion och symptom och den respektive behandlarens erfarenhet, kompetens och inte minst bedömning. Varje behandlare har själv bestämt vilka material hon skulle använda i kontakt med olika barn.

Det enda gemensamma material som var obligatoriskt för alla behandlare i alla ärenden var att alla behandlare skulle göra en bedömning av barnets psykiska hälsa utifrån de tre bedömningsmaterialen i början och i avslutningen av varje ärende. Sedan skulle de diskutera sin bedömning och behandlingen i gruppen (se bilagorna 1,2,3).

Vid tredje året av projektet anlidade vi en extern handledare för behandling av enskilt ärende och jag har konsulterat en forskare vid dokumentationen och skrivandet av rapporten.

Bedömningsmaterial

I början bestämdes följande mall för bedömning av barnens psykiska status vid start och avslut:

- 1: GAF/CGAS skalan (bilaga 2)
- 2: Psykosociala påfrestningar, som terapeuter på BUP och Ericastiftelsen brukar använda vid bedömning av barnets psykiska status.(bilaga 3)
- 3: En checklista över olika symptom formuleras av projektledaren. Den var en enkel version av lista på DSM IV (bilaga 4).
- 4: Anamnestiska intervjuer med föräldrarna

Enligt projektplanen skulle vi i projektgruppen fylla i de tre bedömningsmaterialen efter första mötet med barnet. Informationen om barnet skulle vi få fram via anamnestiska intervjuer med föräldrarna, information från handläggarna vid första mötet med dem, våra egna observationer och ett första samtal med barnet.

Frågor kring ”psykosociala påfrestningar” och ”checklistan över olika symptom” skulle vara som ett hjälpmedel för att få så mycket information som var möjligt om barnets psykiska status. Efter avslutande samtal/besök med barnet skulle vi gå igenom samma bedömningsmaterial och göra en ny bedömning av barnets psykiska status utan att titta på bedömningsmaterial som man har fyllt i i början. Bedömningen vid avslut skulle baseras mest på behandlarens egen bedömning utifrån sin kontakt med barnet och sista samtal med modern/föräldern.

Vi i behandlingsgruppen hade långa och återkommande diskussioner om bedömningsmaterialen. Socionomerna, som inte var vana vid individuellt arbete med yngre barn, tyckte dels att det var svårt att bedöma barnens förändring efter 5-8 besök. Dels att förändringen hos barnen skulle kunna bero på olika variabler, inte bara behandlingen. Själva tanken att barnen träffade en behandlare skulle kunna hjälpa barnen att må lite bättre och vara gladare, tyckte man.

Det svåraste var bedömningen utifrån GAF/CGAS skala. Några av behandlarna tyckte att detta var svårt och ”checklistan över olika symptom” var en psykiatrisk bedömning och inte någonting för socialtjänsten.

Vid starten av tredje året utvecklade vi en ny ”checklista”(bilaga 5), över olika symptom som hade betydelse för vårt arbete med barn. Vi utvecklade även en annan variant av vår ”checklista” till handläggarna för att underlätta deras arbete också när de skickar remiss till oss (se bilaga 6).

Mall för behandlarnas PM

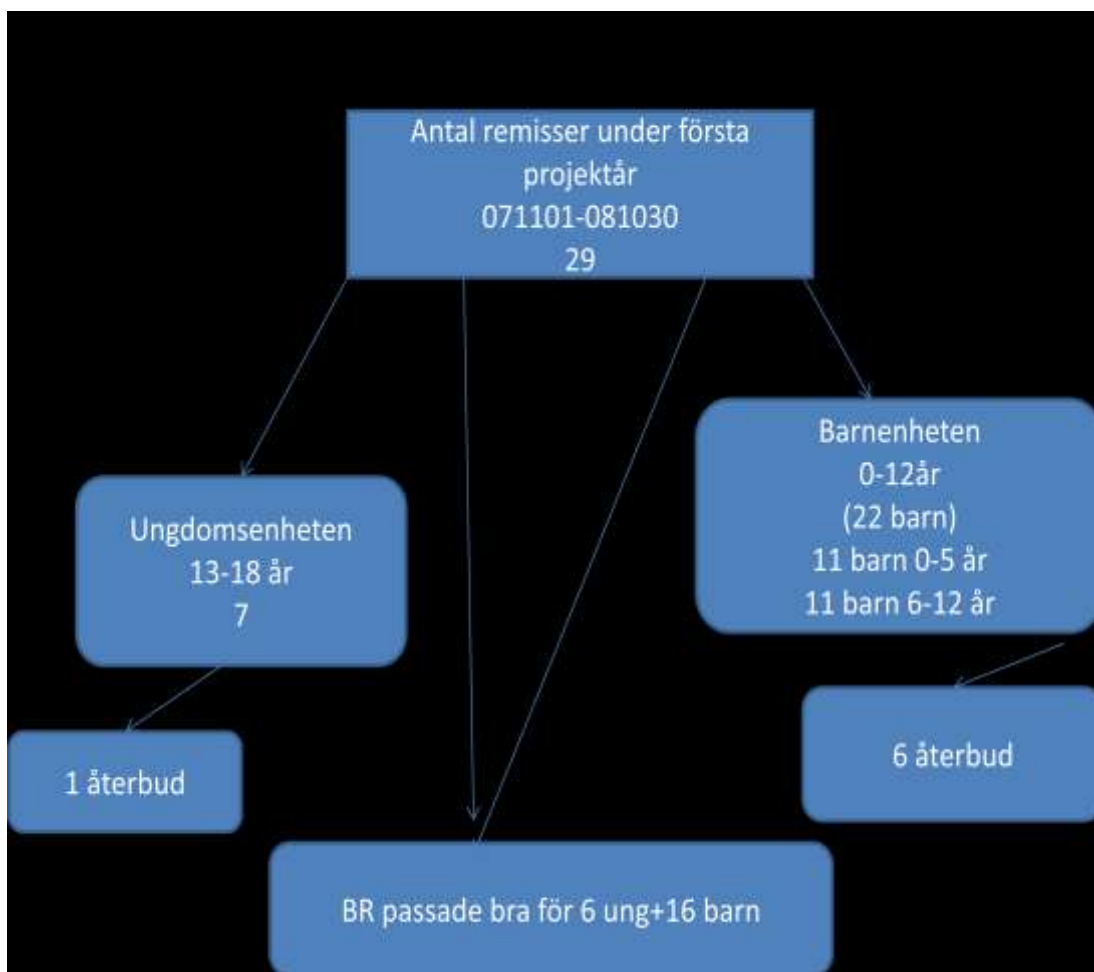
Det kom fram i diskussionen att mallen som vi hade tänkt sågs som mer psykiatrisk än psykologisk. Psykologen i teamet som själv var barnpsykoterapeut hade en annorlunda uppfattning. Vi skapade nya mallar att användas i sammanfattningen av kontakten med barnet. Alla använde samma rubriker för att beskriva t ex hur barnet såg ut, agerade i början och avslut och en utförlig beskrivning av processen i kontakten i relation till behandlare, till sig själv och andra. Dessutom utvecklade vi en mall där behandlaren skriver separat om hur många gånger hon träffade barnet enskilt, modern, fadern, och hur många möten hon hade med socialsekreterarna. Vi hade ett par rubriker där behandlaren fritt fick beskriva det specifika barnet och arbetet med barnet, om det var något som var svårt, lärorikt osv.(se bilaga 7).

När vi började tredje projektåret var vi alla i gruppen överens om vilka material som gällde för bedömning i början och avslut. Diskussionen om etiska frågor kring materialen avslutades och vi fokuserade mer och mer på själva bedömningen och förändring under behandling utifrån bedömningsmaterialen.

Del 4

Resultat

Första projektåret



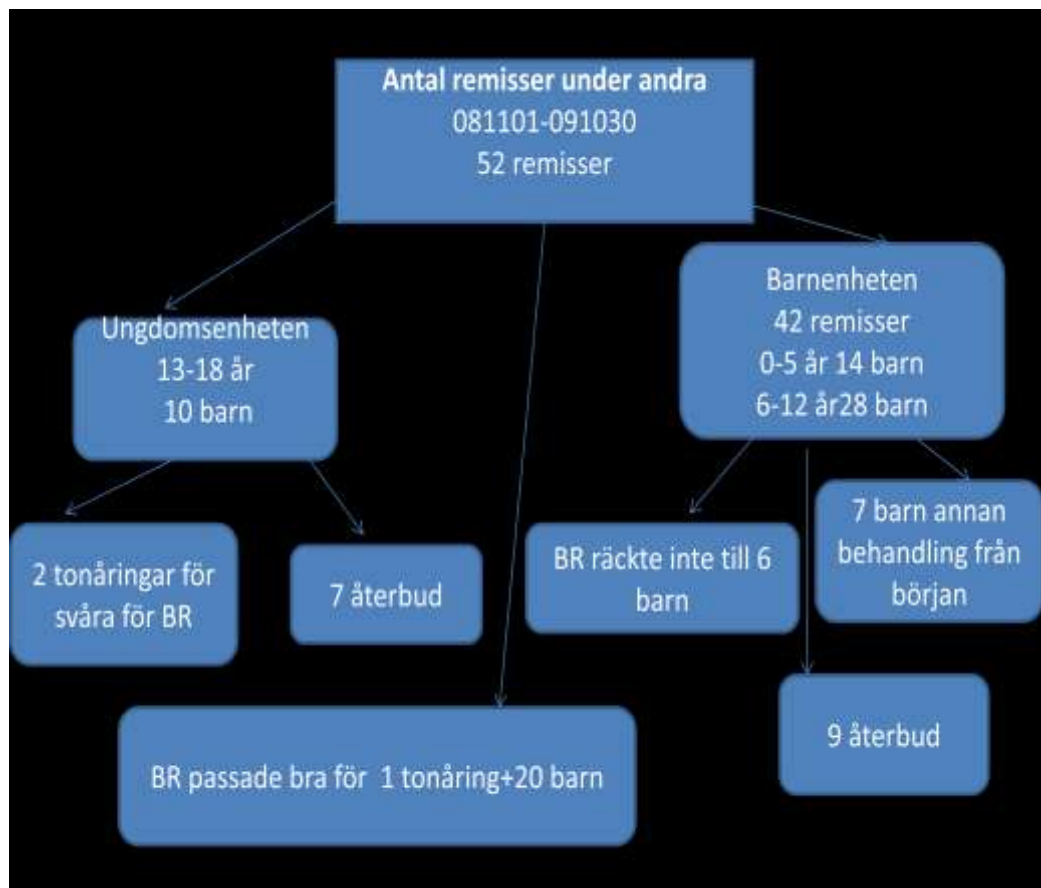
Figur 1 första projektåret

Antal remisser under första projektåret (07 11 01-08 12 30) var 29. Sju stycken var från ungdomsenheten och övriga från barnenheten. Antal återbud var 7 stycken och vi hade 11 barn 5 år eller yngre

Fyra av dessa 29 tackade nej innan vi hann träffa dem. Anledningen var flytt till en annan ort. I ett fall gjorde vi själva en anmälan och lämnade tillbaka uppdraget till handläggaren. Anledningen var att misshandel från faderns sida hade upphört men i stället hade modern börjat misshandla barnet allvarligt. Vi erbjöd en annan form av behandling för modern och barnet utanför ramen för Barnets Rum.

Det var relativt stor skillnad mellan antal remisser som kom från barnenheten och ungdomsenheten. Vi ställde frågan om skillnaden både till oss i behandlingsgruppen även till våra remittenter. Socialsekreterarna i ungdomsenheten tyckte att det var svårt att motivera misshandlade tonåringar att tacka ja för insatsen. En del av tonåringarna tyckte att det var bra om modern själv fick hjälp.

Andra projektåret



Figur 2 andra projektåret

I slutet av första projektåret hade hela organisationen (som en ny organisation) kommit i gång. Ledningen bestämde sig för att erbjuda ”alla barn” som hade varit utsatta/bevittnat våld i nära relationer Barnets Rum som en insats.

Sammanlagt fick vi 52 remisser under andra projektåret. Barnenheten stod för 42 remisser och ungdomsenheten för 10 remisser. Vi hade sammanlagt 16 återbud. Med återbud menar jag att föräldrarna, vårdnadshavaren, som oftast var modern, hade sagt ja till handläggarens förslag för insatsen Barnets Rum. Handläggaren hade skickat remiss till oss och vi hade haft också det första mötet tillsammans med handläggaren, föräldern

och behandlaren från Barnets Rum. Motståndet eller oviljan började när vi bokade första mötet hos oss utan handläggaren.

I vissa fall bokade vi flera gånger tider för att påbörja kontakten hos oss. Föräldern sa ja men lämnade antingen återbud dagen före besöket eller ”glömde” att komma. Eftersom detta mönster upprepades ganska ofta bestämde jag att om någon förälder uteblir eller lämnar återbud tre gånger lämnar vi tillbaka remissen till remittanten. Antingen avslutar vi kontakten eller begär vi ett nytt möte tillsammans med föräldern och handläggaren för att klargöra situationen för alla inblandade. Alla återbud som vi har haft var innan första mötet med föräldern hos oss. Det blev inga återbud efter att vi har haft möte med föräldern och barnen hos oss.

Bland de remisser som vi fick bedömde vi att det fanns en del familjer och barn som skulle ha mer nytta av den traditionella familjeterapimodellen än av Barnets Rum-modellen.

De som ”*inte passade Barnets Rum*” var de barn vars föräldrar levde tillsammans eller separat men hade kontakt med varandra ganska ofta, våldet hade upphört men konflikten pågick. Vi bedömde inte situationen som farlig för barnet utan vi gjorde bedömningen att barnet och familjen skulle ha mer nytta av traditionell familjeterapi. Vi bedömde av etiska skäl att det bästa för barnet var att direkt börja jobba med hela familjen när föräldrarna var motiverade för att ta emot hjälp. Vi kallade den gruppen i början ”avvaktande”. Vi hade remissen om dessa barn kvar i vår lista men ville avvakta och se hur det skulle gå med familjeterapin. Efter detta var vi beredda att träffa barnet för att hjälpa honom/henne att bearbeta sina egna upplevelser av familjevåldet. Erfarenheten visade att dessa barn fick hjälp genom familjeterapin och redan hade haft kontakt med familjebehandlaren. Sedan insåg vi att det skulle vara extra belastning för barnet att träffa en person till i projektet. (Dessa barn har redan erfarenheten av att träffa olika vuxna.) Vi - både i Familjeteamet och Barnets Rum gruppen - bestämde att efter familjebehandling om behandlaren bedömer att barnet behöver extra hjälp skulle samma behandlare själv inom Familjeteamets ordinarie verksamhet fortsätta kontakten med barnet.

I kategorin ”*BR räckte inte till*” finns de fall som vi redan hade börjat Barnets Rum insatsen med, men under resans gång kom det fram extra informationer, eller barnet visade efter ett tag allvarliga symptom som inte direkt hade samband med familjevåldet. Vi hade exempelvis fyra barn som var syskon och som redan i remissfasen inte verkade vara så komplicerade. Men efter ett par besök bedömde vi att barnens situation var mycket komplicerad. Ena föräldern hade pågående missbruk och ekonomiska problem och den andra föräldern hade allvarliga psykiska och ekonomiska problem. Föräldrarna levde separat men hade djupa pågående konflikter. Barnen var drabbade av detta dagligen. Vi bedömde att barnen levde i svåra påfrestningar och att det var oetiskt att bara fortsätta och jobba med barnen medan missförhållanden pågick. Vi gjorde en ”anmälan” hos handläggaren och avbröt BR-insatsen med barnen. Efter vår anmälan fick vi modern att kontakta vuxenpsykiatri och efter omfattande utredningar fick hon några psykiatriska diagnoser. Socialtjänsten erbjöd dessa barn en annan insats.

Ett annat exempel var en åttaårig flicka. Hon visade allvarliga symptom efter fjärde eller femte besöket. Efter en diskussion i gruppen, och överenskommelse med handläggaren och vårdnadshavaren, bestämde vi att vi skulle arbeta med flickan åtta gånger inom ramen för BR. Efter det flyttade vi flickan på pappret och organisatoriskt från Barnets Rum till ordinarie Familjeteamets verksamhet. Klienten märkte inte skillnaden. Samma behandlare fortsatte jobba med flickan och jag (projektledaren) arbetade med modern som föräldraterapeut (fallbeskrivning kommer senare.)

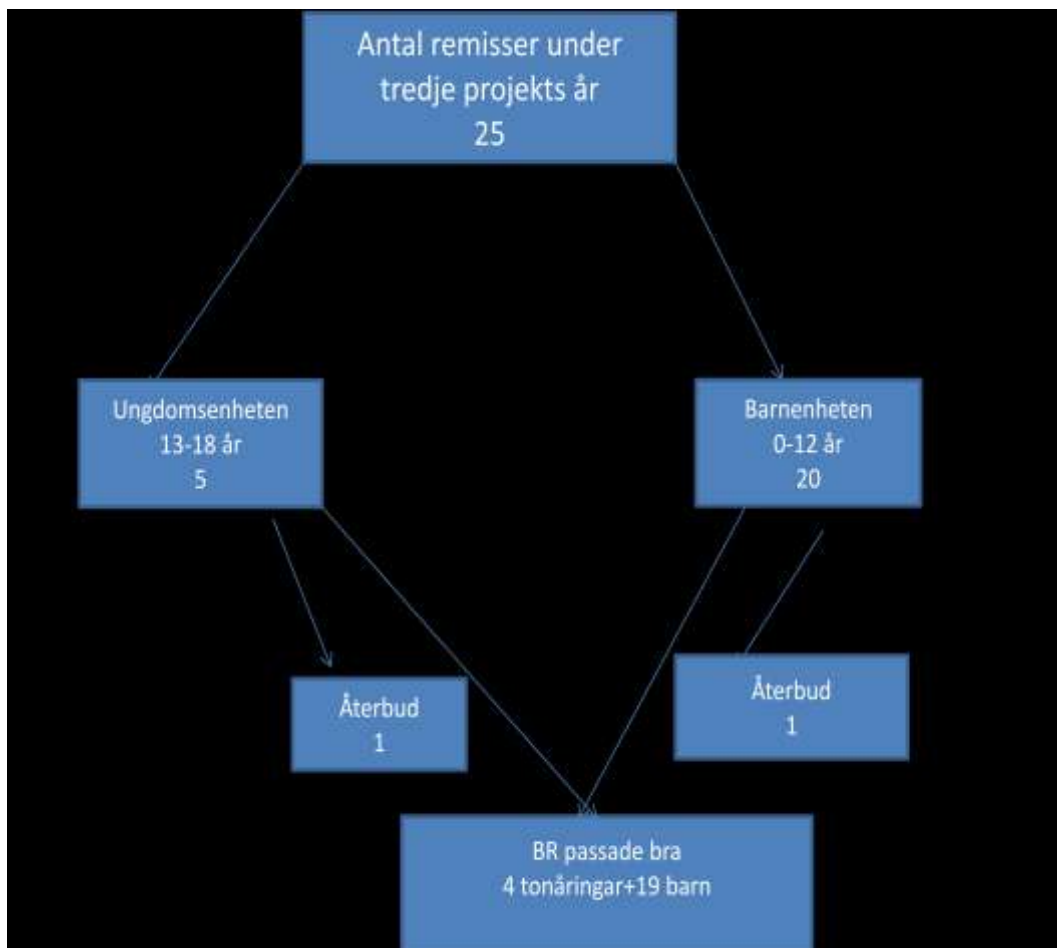
Kategorin ”*för svår för BR*” var den grupp som vi på remisstadiet insåg att tonåringens problematik var mycket komplicerad och djup. T.ex. en tonåring vars familj hade varit aktuell hos socialtjänsten under minst 10 år i olika omgångar och där ena eller båda föräldrarna hade allvarliga psykiatriska problematik samt där våld i familjen hade förekommit ganska länge. Tonåringen själv hade börjat misshandla sin mor och sina syskon och skolkade totalt. Det var inte meningsfullt att överhuvudtaget börja träffa familjen inom Barnets Rum erbjudandet. Med dessa fall i samråd med handläggaren erbjöd jag en psykologisk bedömning och därefter ett annat förslag till åtgärd för tonåringen och föräldrarna inom min ordinarie tjänst i Familjeteamet.

Ett högt antal uteblivna barn, i kategorierna ”en annan behandling”, ”för svår för BR” och ”BR räckte inte till” fick oss i projektgruppen att mera diskutera formen och innehållet i remisserna som vi fick. Dessa kategorier tog mycket av vår tid, när vi skulle sortera olika grupper, dessutom missade vi mycket tid med många återfall. Vi hann inte ta emot de barn som skulle passa bra för projektet. Det blev en ganska lång kö, trots att ett av projektets villkor var att vi inte skulle ha kö, utan direkt efter remissen skulle vi börja kontakta handläggaren och familjen. Jag utvecklade, i samråd med behandlarna i projektgruppen, en checklista för olika faktorer som remittanterna skulle gå igenom först. Sedan skulle de skriva remiss till oss om de bedömde att insatsen behövdes och om föräldrarna var motiverade.

Vid slutet av andra projektåret bestämde jag i samråd med styrgruppen att lämna ”checklistan” till handläggarna som ett hjälpmedel (se bilaga om checklistan). Sedan träffade jag enhetscheferna och handläggarna och förklarade både situationen hos oss och meningen med checklistan.

En stor förändring i slutet av andra året var att styrgruppen sökte medel från Länsstyrelsen för att förlänga BR ett år till. Vid tredje året av projektet skulle vi fokusera mer på barn i missbrukarfamiljer. Styrgruppen vill se om denna barngrupp skulle ha nytta av modellen eller om man skulle utveckla en annan modell som skulle passa dem utifrån deras verklighet.

Tredje projektåret



Figur 3 tredje projektåret

Förutom checklisten som hjälpmedel för handläggarna skedde ytterligare förändring i projektgruppen i början av tredje året. Två av behandlarna slutade i projektet och en ny behandlare som var ny både i projektgruppen och i Familjeteamet kom in i. Ett syfte med bytet av behandlarna var att förvaltningen ville implementera modellen i Familjeteamet och så mycket som möjligt skulle fler behandlare i Familjeteamet få möjligheten att lära sig modellen.

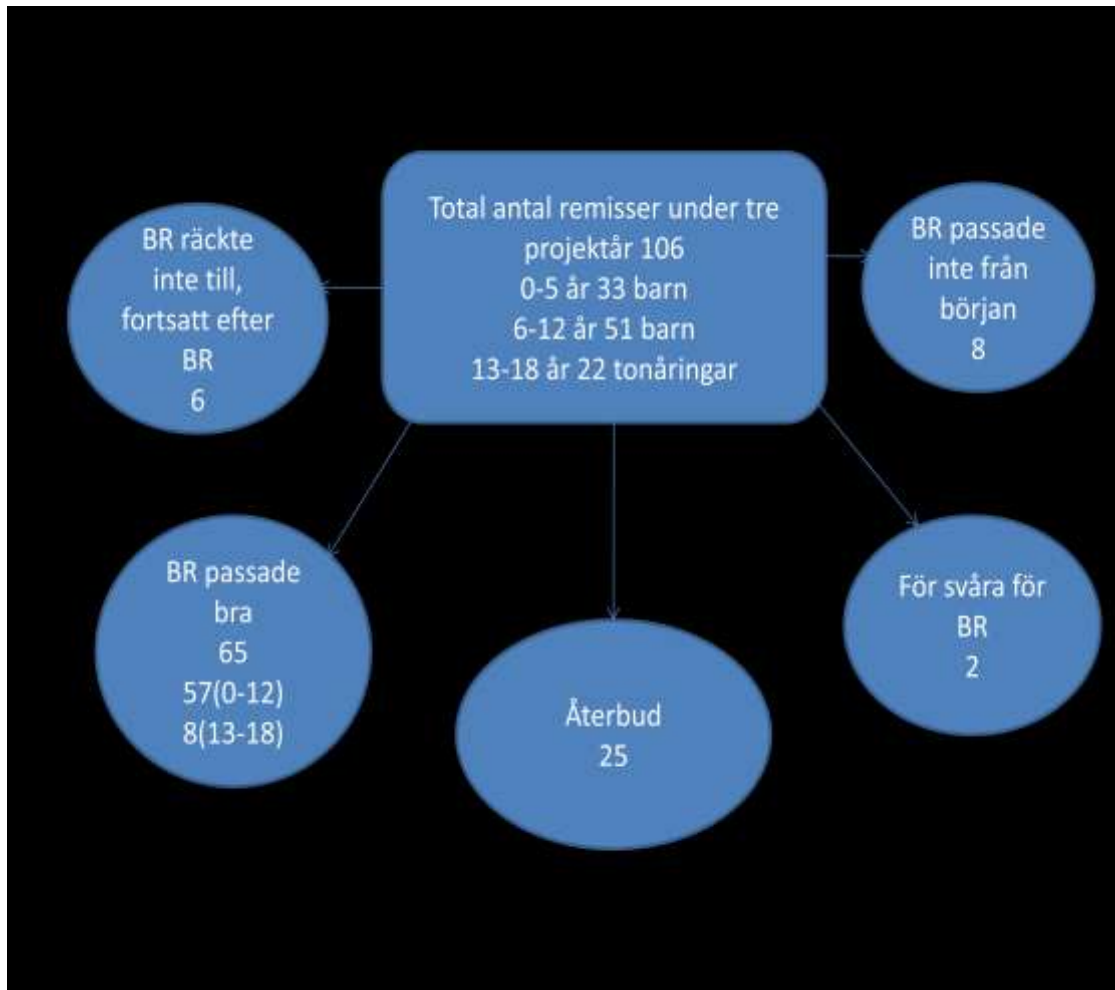
Vi bestämde också att vi skulle anlita en extern handledare för att handleda gruppen i behandlingsarbete. Jag fortsatte med enskild handledning med behandlarna vid behov. Samtidigt var det dags att börja dokumentera projektet. Jag konsulterade en annan handledare för att hjälpa mig med rapporten. Jag insåg att behovet av konsultation till dokumentation var stort med allt som hade hänt under projektets historia.

Det skedde en del förändringar i organisationen också. Både Barnenheten och Ungdomsenheten tillsatte en mottagningsgrupp. Mottagningsgrupperna bestod av tre handläggare i varje grupp. De tog emot alla anmälningar och sorterade dem. De ärenden som bedömdes som att de borde gå vidare och åtgärdas delades ut till olika handläggare. När ärendena kom till handläggarna hade redan en del av anmälningarna lagts ned.

En annan förändring var att resursenheten, som Familjeteamet är en del av, fick en ny enhetschef. Enhetschefen blev också projektansvarig. Den nya chefen hade suttit i styrgruppen och hade följt projektet från början.

Under november 2009 och januari 2010 hade vi 10 remisser och februari – augusti hade vi bara 5 remisser till projektet. September- oktober kom ytterligare 7 remisser till Barnest Rum. Sammanlagt fick vi 22 remisser.

Översikt tre projektåren



Överblick över hela projektet under tre år

Totala antalet remisser som vi fick under tre år var 106. Barnen kom från 70 familjer från olika delar av världen. Ett barn hade fadern som svenskfödd och åtta barn hade modern som svenskfödda. Övriga av föräldrarna var utlandsfödda. Så många som 93 av barnen var födda i Sverige. Det var 9 ungdomar som själva hade erfarenheter av krig och krigstrauma under sin barndom. Sju barn hade haft mycket svårare traumatiska (inte bara krig) upplevelser i hemlandet och berättade att misshandeln i familjen i Sverige inte var så traumatiskt.

Av de 106 remisser som vi fick stod bara om 16 barn (15.7% av alla 106 remisser) att själva barnen hade blivit utsatta för fysiskt våld i familjen. Elva av dem hade blivit misshandlade av antingen modern eller fadern. Fyra av dem hade blivit misshandlade av styvpappan och ett hade blivit misshandlat av en närstående (engångsföreteelse). Övriga hade bevittnat våld i familjen.

Men när vi träffade barnen kom mera information fram om barnens egen utsatthet för fysiskt våld. Enligt mina data om vår grupp hade 30 % av de barn som vi träffade, själva blivit utsatta för fysiskt våld. När vi intervjuade mödrarna uppgav 7 av dem nämligen att de misshandlats av fadern redan när de var gravida. Det stod varken i remisserna eller i mödrarnas berättelser vid första mötet att ”barnen” själva hade blivit utsatta för våld på detta sätt och så tidigt. Enligt min mening blev också fostret misshandlat när den havande misshandlades. Fast ingen vuxen nämnde detta. Nästan hälften av de barn som själva hade varit utsatta för fysiskt våld var engångsföreteelser enligt mödrarna. Övriga hade varit utsatta för fysiskt våld upprepade gånger.

I genomsnitt 66 % av barnen som vi träffade hade bevittnat fysiskt våld i familjen och hade själva levt i psykiskt våld under 3-4 år. En stor del av dessa barn var under 7 år.

Vi upptäckte 20 barn vars fäder och två barn vars mödrar hade med alkohol-, drog- eller medicinmissbruk. Denna information stod inte tydligt i remisserna. Antingen kunde vi läsa mellan raderna och därefter ställde vi frågan om missbruket vid första mötet med handläggaren eller så kom informationen fram senare via modern.

Syskon

Enligt remisserna som vi fick var 47 remisser för ensamt barn. Dessa barn var antingen ensamstående barn eller hade vuxna syskon som inte blev aktuella hos oss. Sextio barn hade ett eller fler syskon som var aktuellt för projektet.

Jag (psykologen) träffade alla barn i projektet som var under fyra år och arbetade också ensam med småsyskon i grupp. Vår erfarenhet visade att äldre syskon ofta hade större behov av bearbetning. De hade ofta tagit ett vuxenansvar för både modern och syskonen och hade själva längre egen erfarenhet av våldet i familjen. Med dessa fall avslutade vi kontakten med de yngre syskonen och erbjöd längre kontakt till honom/henne. Längden av kontakten var individbaserad.

Att arbeta med syskon i grupp hjälpte ofta det ”tysta” syskonet att prata. Det underlättade för syskonen att prata tillsammans. Att arbeta med syskonen i olika konstellationer hjälpte dem att dela både sina negativa och positiva känslor och upplevelser. Dessutom hade de möjligheten att bearbeta sina individuella behov. Detta hjälpte även det äldsta syskonet som hade tagit större ansvar för sina syskon att se att hans/hennes syskon hade fått hjälp och därför kunde han/hon slippa vuxenansvaret för sina syskon.

Tonåringar

Vi fick totalt 22 remisser från ungdomsenheten under tre projektår. Sammanlagt hade vi 10 återbud och två fall var för svåra för BR. Det blev bara tio tonåringar som fick hjälp enligt BR modellen.

Vi hade barn som var aktuella i BR som också hade äldre (under 18 år) syskon hemma som inte hade blivit remitterade till BR. Vi i projektgruppen undrade varför? Jag skickade en enkät till handläggarna för att få veta orsaken. Sammanfattningen av svaren var att de flesta tonåringarna säger nej till BR. De flesta tycker att om modern och yngre syskonen får hjälp kommer de själva må bra. En del hade sagt att de kan prata med sina kompisar och en del hade sagt att de ville gå till ungdomsmottagningen. Där känner de sig mer hemma och kan prata om olika saker, inte bara om våldet i familjen.

Fem tonåringar som lämnade återbud var syskon och ganska nya i Sverige. De hade mycket erfarenhet av krig i hemlandet. För dem var det nästan ”märkvärdigt” att söka hjälp för ett par örffilar eller för att de bevittnat föräldrarnas slagsmål. De ville vara ”ifred” sa de.

Språk

Bland de barn/ungdomar som vi träffade var 7 ungdomar som själva behövde tolk. De var själva nya i Sverige. Resten av barnen hade inga behov av tolk. Bland föräldrarna var det cirka 50 % som behövde tolk. Föräldrarna talade cirka femton olika språk.

Kontakten med fäderna i pilotförsöket och BR

Av fem familjer i pilotprojektet tackade två fäder, och av 70 familjer i BR tackade 21 fäder, ja till att samtala med oss om sina barns behov av hjälp i samband med familjevåldet. Samtalen handlade om hur barnen mår och hur fäderna skulle kunna förstå och hjälpa sina barn. Fokus i samtalen med fäderna var på barnets behov av hjälp, inte på vem på som hade utövat våldet. Utgångspunkten var att vi och barnens fäder var överens om att barnen mår dåligt. Alla dessa fäder erkände att det hade funnits konflikter och bråk mellan föräldrarna, men det var bara två fäder som själva berättade om att de hade slagit sitt barn. Båda två hade bett barnet om ursäkt och ville gottgöra sina handlingar. Tre fäder anklagade modern för misshandel av sina barn.

Dessa fäder hade antingen delad vårdnad eller också hade modern ensam vårdnad med regelbundna kontakter mellan fadern och hans barn. Alla var överens om att det hade funnits konflikter som inte var bra för barn. Resten tyckte att de hade konflikter och problem. Det fanns en del fäder som inte hade vårdnaden men som ändå ville komma till oss angående sitt barn men eftersom modern hade ensam vårdnad och vi inte fick hennes tillåtelse kunde vi inte träffa dem. Jag har inte exakt statistik om denna grupp av fäder.

Sextiofem barn passade bra för BR. Vilka var de?

Denna grupp är de barn som vi bedömde att det skulle räcka med högst 8 besök för att kunna avsluta kontakten. Tolv barn fick 8 samtal. Genomsnittet var 6 samtal per barn.

Gemensamma faktorer för dessa barn var att våldet hade upphört när vi träffade barnen. Modern och barnen levde tryggt utan att känna sig hotade. Modern hade fått stöd antingen från sitt eget nätverk eller från socialtjänsten.

Nästan hälften av denna grupp hade fortsatt kontakt med sina fäder utan att vara rädda för honom. Enligt min bedömning, som har gått igenom alla sammanfattningar och bedömningsmaterial med dessa barn, visar mönstret att föräldrarna (i de flesta fall mödrarna) i den här gruppen har bedömts av respektive behandlare som en trygghetsfaktor trots allt för sina barn. Dessa barn bedöms ha ett ganska tryggt anknytningsmönster. Modern har fått tröst från någon kompis eller en annan vuxen och i sin tur har hon kunnat trösta sina barn. Barnet Rum modellen räckte för denna grupp trots att de hade ganska allvarliga symptom som sömn- eller matbesvär eller koncentrationssvårigheter.

Resultatet av frågor till handläggarna (Se bilaga 9)

Jag skickade utvärderingsblanketten till alla handläggare i ungdomsenheten och Barnenheten. Vi hade haft remisser från 18 olika handläggare från båda enheterna. Tretton handläggare svarade på enkäten. Fyra handläggare hade slutat att arbeta i förvaltningen. Tretton svarade på frågan om hur stort behov av BR som de kände, på en skala mellan 1-10?

En person gav 10 poäng

Åtta personer gav 9 poäng

En person gav 8 poäng

Två personer gav 7 poäng

En person gav 5 poäng

Alla var nöjda med modellen. Enligt handläggarna visste man vad man erbjöd barnen och ungdomarna. Det var enklare att presentera modellen för föräldrarna, de fick tydigare besked efter avslutning och klienten fick snabbt tid att träffa behandlarna. Men de flesta i ungdomsenheten tyckte att det var svårt att motivera tonåringar för denna insats. En del av tonåringarna hade sagt att det var pinsamt att prata om våldet i familjen.

Enligt svaren från handläggarna i Barnenheten var det svårt att motivera föräldrarna. En del föräldrar trodde att om barnet inte pratade om våldet, som var ett avslutat kapitel i familjens historia, skulle de kunna ”glömma” snabbare.

Missbruk

När vi under de första två åren identifierade 20 barn i Barnets Rum gruppen som hade förälder med missbruksproblem ställdes vi inför frågan om hur vi skulle göra? Alla dessa 20 barn hade blivit remitterade till oss på grund av våldet i familjen. Vi hade inte information om faderns missbruk (i alla dessa fall var det fadern som var missbrukare). Hade han sökt hjälp för sitt missbruk? Hur mycket hade han kontakt med sina barn?

Det gick inte att arbeta enligt BR med fem barn som hörde till ”missbruks”-problematiken. Vi fick sluta mitt i pågående kontakt på grund av missförhållanden i barnens hemmiljö och föreslå andra typer av insatser. Med övriga, d.v.s. 13 barn, gick det att arbeta enligt BR-modellen. Dessa 13 var de barn som antingen helt saknade kontakt med fäderna eller som hade kontakt med fadern under ”bevakat umgänge”.

Vid slutet av andra projektåret bestämde ledningen (som också var styrgruppen) i förvaltningen att man skulle söka medel för barn i ”familjer med missbrukproblematik”. Jag skrev en checklista över kriterierna (se bilaga nr 9), för att handläggarna skulle utifrån dessa kriterier skicka remisser till oss för att hjälpa dessa barn. Ett av våra villkor var att antingen har den missbrukade föräldern sökt professionellt hjälp för sitt missbruk eller också lever barnet inte tillsammans med denna förälder. Jag är medveten om att i denna checklista och i våra villkor finns många komplicerade etiska och terapeutiska aspekter.

Tredje året identifierade projektet fem barn som hade föräldrar med missbrukproblematik. Däremot inkom inga remisser där orsaken var att barnet levde i en missbrukarmiljö. Orsaken till detta kan sannolikt vara att denna nya del i projektet inte var tillräckligt väl förankrad i organisationen.

Del 5

Fallbeskrivningar

Fallbeskrivningarna är från olika behandlare. I beskrivningarna med ordet ”Jag” menar jag den respektive behandlaren.

Fallbeskrivning 1

Hana 12 år, ett fall som passade bra för BR

Bakgrund

Vid ett inledande uppdragsmöte med båda föräldrarna och socialsekreteraren tackade båda föräldrarna ja till insatsen ”Barnets rum” för dottern Hana och för hennes lillasyster.

Fadern var polisanmäld för att vid ett tillfälle ett halvt år tidigare ha hotat modern och två äldre syskon. Modern och barnen placerades i skyddat boende. De återvände till hemmet efter några månader, men föräldrarna befann sig fortfarande i konflikt med varandra. Fadern hade då flyttat från bostaden. Socialsekreteraren bedömde att Hana och lillasystemen behövde få möjlighet att prata om sina upplevelser av familjevåldet, som hade pågått under en längre tid. Framförallt hade föräldrarna bråkat mycket med varandra. Enligt modern hade hon även blivit slagen av barnens far.

I början av samtalskontakten påbörjades ett bevakat umgänge varannan söndag mellan Hana, lillasystemen och fadern.

Upplägget av behandlingen

Min kollega ansvarade för samtalen med Hana:s lillasyster. Vi hade gemensamma samtal med föräldrarna.

Efter det inledande uppdragsmötet enligt ovan träffade vi föräldrarna utan barnen vid ett tillfälle. Syftet var att bland annat låta dem beskriva Hana och hennes lillasyster avseende deras respektive utveckling, karaktärsdrag och eventuella symtom. Hana beskrevs som en ganska blyg och tystlåten flicka, som gärna höll sina känslor för sig själv. Hon beskrevs även som mycket ansvarstagande och hjälpsam i förhållande till modern. Båda föräldrarna trodde att Hana skulle må bra av att få prata med någon utomstående om sina känslor. Hana hade själv sagt nej till detta.

Efter föräldrasamtalet hade jag åtta individuella samtal med Hana. Min kollega hade motsvarande samtal med lillasyster.

Jag och min kollega avslutade med att ha ett samtal med respektive förälder.

Sammanfattning av barnsamtalen

Hana var lätt att få kontakt med. Efter det första samtalet, då hon var lite spänd och satt med jackan på, slappnade hon av och började gå i förväg, d v s hon kom till vår lokal en liten stund före modern och lillasystemen. Hon sa att det kändes bättre och bättre att komma hit. Hana var pratsam under samtalen och hade lätt för att uttrycka sina känslor och tankar.

Förutom fria samtal använde jag mig av olika tekniker för att underlätta för Hana att identifiera sina tankar och känslor samt för att stärka sin självbild:

Känslkort, skalor, bild, skriftlig beskrivning av ”Vem är Hana som person?” samt delar av metoden ”Trappan” för att gestalta och bearbeta den aktuella händelsen i september.

Exempel på samtalsteman:

Den hotfulla händelsen i några månader innan kontakten med mig.

Hanas förändrade livssituation under hösten och hur den påverkade henne.

Hanas bild av sig själv och sin relation till familj, lärare och kamrater.

Hanas benägenhet att ta stort ansvar.

Hanas känslor och tankar om sin far.

Hanas funderingar kring den stundande rättegången och det framtida umgänget med fadern.

Min bedömning är att det framförallt var verkningsfullt för Hana att fritt få uttrycka sina ambivalenta känslor för fadern, vilket inte var möjligt för henne i andra sammanhang. Hon kunde beskriva både positiva och negativa sidor hos fadern och även sin saknad efter honom.

Avslutning

Vid det inledande samtalet sa Hana att hon först inte ville komma hit och prata, men att hon sedan tänkte att det kanske vore bra om det kunde hjälpa henne att inte ”behöva må dåligt hela tiden”. När vi avslutade bad jag Hana illustrera sin grad av ledsenhet, med hjälp av en skala från noll (ledsen hela tiden) till tio (inte ledsen alls). Hon svarade då att hennes ledsenhet motsvarade en trea när vi började träffas och en tia när vi slutade, d.v.s. då kände hon sig inte ledsen alls. Denna bild bekräftades vid det avslutande samtalet med modern. Hon sade att samtalen hade varit väldigt bra för Hana och att hon såg en förändring hos henne. Hana hade blivit gladare och orkade nu sköta skolan mycket bra.

Jag bedömde att samtalen med Hana inom ramen för ”Barnets rum” var tillräckliga och att hon inte var i behov av fortsatt hjälp.

Fallbeskrivning 2

Tara en 12-årig flicka som blev hjälpt med två besök

Bakgrund och uppdrag

12-åriga Tara kom från Afrika till Sverige i januari 2009 tillsammans med fadern och sina tre syskon. Modern kom hit ett par år tidigare. Direkt efter faderns och barnens ankomst hamnade föräldrarna i konflikt. Modern uppgav att hon blev misshandlad och hotad av fadern. Barnen uppgav att de utsattes för hot från fadern. Modern berättade att fadern under lång tid hade misshandlat henne och barnen i hemlandet. Detta bekräftades av Tara under samtalen. Dessutom framkom det att fadern hade ordnat så att Tara blev omskuren när hon var ungefär nio år gammal.

Modern fick sommaren 2009 den interimistiska vårdsnaden om Tara och hennes tre syskon. T och hennes 14-årige bror S remitterades till Barnets rum. En kollega ansvarade för samtalen med brodern.

Barnen deltog under en del av uppdragsmötet med modern och socialsekreterarna. Det framkom då att varken modern eller barnen kände till syftet med mötet eller insatsen ”Barnets rum”, då modern inte hade förstått socialsekreterarnas tidigare information/erbjudande. Vi fick då möjlighet att ge information direkt till barnen och modern .

En viktig bakgrundsfaktor är att barnen, sedan de kommit till Sverige, varit föremål för tre olika utredningar: Social utredning av socialtjänstens Barnenhet, vårdnadsutredning av socialtjänstens Familjerättsenhet samt polisutredning. Detta satte sin prägel på vår insats, då både modern och barnen hade mycket svårt för att förstå skillnaden mellan dessa utredande kontakter och den behandling som vi erbjöd. Vi fick därför göra en sammanhangsmarkering vid varje samtalstillfälle. I hemlandet fanns ingen liknande hjälpinsats att referera till.

Barnets rum – insatsen

Samtalen skedde med hjälp av tolk, då varken modern eller barnen pratade flytande svenska.

Jag och min kollega inledde våra uppdrag med respektive barn med ett gemensamt samtal med modern för att få mer information om familjens bakgrund, barnens hälsa och utveckling, inklusive eventuella symtom samt en beskrivning av det våld som hade förekommit. Modern beskrev Tara som en tystlåten flicka, som är mycket envis. Innan omskärelsen var Tara en glad och pratsam flicka, enligt modern. I övrigt beskrev modern inga symtom hos T.

Samtalen med Tara:

Tara är en ganska tystlåten flicka. Hon var alltid glad när hon kom. Det var relativt lätt att få kontakt, med tanke på hennes tystlåtenhet och att den verbala kommunikationen gick via tolk. Hon var pigg, hade lätt för att le och klädde sig i mycket starka, glada färger. Hon lät gärna sin storebror föra hennes talan, men visade prov på självständighet då hon snabbt bestämde att hon ville delta i samtalen trots att brodern initialt bestämt sade nej. Hon hade lätt för att koncentrera sig.

Jag hade två samtal med Tara. Kontakten avslutades med ett gemensamt samtal med Tara, brodern och modern samt ett avslutande samtal med modern och socialsekreterarna.

Första samtalet med T inleddes tillsammans med brodern S. Vi berättade om vårt arbetssätt, förklarade de tidsramar vi hade och gav barnen möjlighet till reflektioner och frågor. Därefter gav vi barnen instruktionen att rita viktiga händelser ur deras liv, då vi på förhand visste att båda barnen gillade att rita. Brodern ville inte delta och fick därför sätta sig med modern och min kollega i ett angränsande rum.

Tara uttryckte verbalt och med sitt kroppsspråk att hon var mycket positiv till instruktionen. Hon valde genast att illustrera sina minnen av händelsen då hon som 9-åring blev omskuren i hemlandet. Hon var mycket koncentrerad och målmedveten när hon ritade. Jag satt tyst under större delen av samtalet för att inte störa henne, men ställde några frågor som hon besvarade. Jag kände mig själv starkt känslomässigt berörd av Taras historia. Se teckningen!



Hon illustrerar hur hon blev omskuren i hemlandet. Brodern är fastbunden vid trädet för att förhindra honom att hjälpa systemen

Tara grät när vi efteråt pratade om hennes teckning. Det som gjorde henne speciellt ledsen var tanken på att man nu vill operera/"skära upp" henne, som en konsekvens av omskärnelsen samt tanken på att även hennes halvsystemer kan bli utsatt för samma övergrepp. Tara uttryckte en mycket stark besvikelse över fadern som, mot hennes uttryckliga vilja, lät utföra ingreppet. Hon trodde att han ville skada henne. Tara var säker på att hennes storebror skulle ha räddat henne om han hade kunnat. Hon ville nu inte ha någon som helst kontakt med fadern. Brodern kom och gick under vårt samtal, vilket var helt naturligt för Tara. Han kände igen sig på bilden som den pojke som stod fastbunden vid ett träd. Fadern band fast honom för att förhindra att han skulle kunna komma till systemens undsättning. Som framgår av Taras teckning är hon mycket glad över sitt nya liv i Sverige med modern och syskonen, vilket hon illustrerar med ljusa, glada färger.

Jag inledde det andra samtalet med att ha ett kort samtal med Tara och modern utifrån det som framkom under föregående samtal. Brodern hade nu ändrat sig och ville delta. Då jag och min kollega uppfattade att syskonen har en mycket nära relation samt att de hade delat många svåra upplevelser med varandra under hela sin uppväxt valde vi att träffa dem tillsammans. Nu tyckte Tara att hon redan hade pratat om/ritat en svår händelse ur sitt liv. Hon fick därför sitta bredvid och rita fritt medan brodern var i fokus. Hon var dock engagerad i hans gestaltning av sitt trauma och kom ibland med egna spontana kommentarer.



Teckningen vid andra sessionen. Hon tecknar det nya livet i Sverige

Avslutning

Jag uppfattade att Tara inte var mest upptagen av det våld som hade förekommit i familjen, utan av det övergrepp som hon utsattes för i samband med omskärelsen och de konsekvenser som detta har fått för hennes nuvarande hälsa och för hennes relation till fadern.

Tara verkade mycket nöjd efteråt och gav sitt medgivande till att teckningen fick visas för andra. Vid det avslutande samtalet med modern förstärktes detta intryck, då modern sa att T hade varit mycket glad inför varje besök. Hon tyckte att det var mycket roligt och bra att få komma hit och sade efter det sista samtalet att hon gärna hade velat fortsätta, om inte brodern hade sagt nej. Tara skulle önska att hennes teckning om omskärelsen kom ut i tidningar och TV för att visa hur det går till och för att kunna bidra till att rädda andra från att bli utsatta.

Modern beskrev att vuxnas förhållningssätt till barns sorg och förluster i hemlandet är att de skall glömma det svåra så fort som möjligt. Man brukar därför ge presenter till barn som har upplevt svårigheter. Samtidigt tyckte hon själv att det kan kännas lättare när man får prata om det svåra.

Det hade varit önskvärt att ha ytterligare några samtal med Tara för att prata om konsekvenserna av omskärelsen, även beträffande relationen till fadern. När jag erbjöd henne fler samtal vid avslutningen valde hon dock att, liksom brodern, tacka nej. Förhoppningsvis har dessa samtal visat vägen för Tara när det gäller meningen med och möjligheten till samtal om svåra upplevelser.

Fallbeskrivning 3

Amir 10 år, behandlaren fick bryta BR ramarna

Amir, är 10 år gammal, har två yngre syskon, 1 och 2 år gamla. Först träffar jag modern ensam. Vid anamnesintervjun berättar modern att Amirs biologiska fader hade missbrukproblem. Amir hade vittnat att hans mor hade blivit misshandlad av Amirs fader under flera år. Modern flydde tillsammans med Amir från hemlandet under dramatiska förhållanden. I Sverige träffade hon en ny man ganska snabbt och fick två barn.

Även i Sverige blev modern misshandlad men nu av sin nya man. Hon var orolig för Amirs psykiska hälsa, var ensam vårdnadshavare och var glad för att Amir skulle träffa mig. Pojken hade haft roligt i skolan, han trivdes bra i skolan, hade lärt sig svenska snabbt och hade kompisar. Modern själv hade högskoleutbildning från hemlandet, läste svenska och förberedde sig för att komplettera sin utbildning eller börja en ny utbildning i Sverige.

Nästa gång kommer Amir tillsammans med modern till mig. Han säger hej till mig och ganska snabbt går han till sandlådan som jag hade i mitt rum. Han håller på och bygger och bygger medan han pratar med mig och lyssnar på oss när jag och modern talar om honom. Vi pratar tydligt om misshandel hemma, att modern och handläggaren på barnenheten hade varit oroliga för honom. Utifrån hans intresse för sandlådan behövde jag inte tänka på arbetsmaterial när jag träffade honom nästa gång ensam.

Jag träffade honom nio gånger sammanlagt. Han byggde i sandlådan nästa samma tema varje gång. Fjärde gången säger han ”de bråkar fortfarande”, när han bygger. Jag frågar honom vilka? Mamma och pappa säger han. Jag ställer konkreta frågor om ”bråket”. Han beskriver en oroande situation för mig. Det fanns inte fara för hans eller moderns liv. Mannen hade flyttat hemifrån men utifrån Amirs berättelser var han där varje dag. Jag avbryter inte kontakten med Amir men kontaktar handläggaren och modern och begär ett extra möte med dem.

Modern berättar att hon inte kan ha skyddad adress. Hon är ensam i Sverige och har inga släktingar, inga vänner heller. Hon är beroende av mannens praktiska dagliga hjälp. Hon berättar att mannen ”dricker mycket” som Amirs biologiska fader gjorde i hemlandet. Mannen är storväxt och har hög röstvolym. Bara han höjer rösten blir Amir rädd säger modern.

Amir själv hade berättat för mig tidigare att när hans mamma och pappa bråkade brukade han gömma sig och sina små syskon bakom soffan. Han beskrev väldigt tydligt för mig att han var rädd för att pappa skulle döda dem.

Jag känner mig maktlös precis som Amir. Han bygger i sandlådan borgar och slott med höga och tjocka murar med många vakter runt borgen för att skydda prinsen och prinsessorna. Ändå kommer de elaka soldaterna och förstör alla skydd och tar prinsen och prinsessorna som gisslan. Han beskriver även känslomässigt hur det känns att bli gisslan.

Utifrån Amirs familjesituation bryter jag BR- modellens ramar och med moderns medgivande träffar jag mannen för att se om jag kan jobba med honom separat för att han skall kunna hantera sin ilska. Kvinnan beskriver honom som mycket arg men inte farlig.

Det var inte alls möjligt att någon annan skulle kunna träffa honom. Därför ska jag möta honom själv. Först säger han nej. Han har inga problem och behöver inte träffa mig. När jag säger honom att jag behöver hans hjälp för att kunna förstå Amirs rädsla ställer han upp och träffar mig.

Mannen berättar för mig att det inte är han utan modern som hotar Amir. När Amir inte lyssnar på modern, brukar hon hota honom genom att säga att hon kommer att berätta för mannen att Amir hade varit olydigt. Amir blir då rädd och orolig, utifrån sina tidigare erfarenheter av sin biologiska fader.

Modern bekräftar mannens berättelse. Modern berättar att hon har kontakt med en kurator i Kvinnofridsteamet. Jag träffar henne en gång ensam och rekommenderar henne att prata om sina problem med kuratorn i Kvinnofridteamet.

Parallellt fortsätter jag träffa Amir. En gång bygger han igen en borg med tjocka murar runt om det och gömmer prinsen och prinsessorna inne i muren.

Nästa gång bygger han igen borgen. Den här gången har drottningen kommit tillbaka. Prinsen har blivit större och starkare. Han anställer många starka vakter och krigar med elaka soldater. Prinsen vinner till slut.

Vi har träffats åtta gånger innan sommarlovet men jag avslutar inte kontakten. Jag bokar en tid för modern efter sommarlovet för att se hur det hade gått för dem. Efter sommarlovet berättar modern att hon hade kommit in på en utbildning som hon hade sökt på universitet; hon hade fått en ny bostad och flyttat till ett annat område.

Hon hade varken behov av eller tid för att komma till mig. Jag träffar Amir en gång till (bryter åter BR-ramen) och vi säger hej då till varandra. Jag informerar honom om BUP: om han i framtiden skulle behöva prata med någon kan han söka sig dit.



Amir har gömt prinsen och prinsessorna inne i muren.

Fallbeskrivning 4

Sam 5 år

Samlek

I samlek brukar jag träffa barnet och föräldern tillsammans i rummet, med yngre barn har jag bl.a. sandlådan som ett viktigt arbetsmaterial. Jag brukar säga att de får "bygga" någonting tillsammans sedan brukar jag komma med min "alter ego"-docka och arbeta

med barnet/föräldrarna. Strax efter samleken eller dagen efter brukar jag ha enskilt samtal med föräldrarna och prata mer öppet om deras samlek, om olika känslor, deras agerande, deras relation och svara på föräldrarnas funderingar.

Bakgrund

Sam är fem år gammal. Han beskrevs som mycket besvärlig att sätta gränser för. Enligt socialtjänsten har modern blivit misshandlad och hotad av Sams yngsta sygons fader. Sam har två syskon med två olika fäder. Han bor tillsammans med sina två halvsyskon och moder. Han är äldsta barnet. Hans fader har flyttat från Sverige. Han hade relativt bra kontakt med moderns andre man. Han var som en psykologisk fader för honom. Efter separationen mellan modern och mannen avbröts kontakten mellan Sam och hans psykologiska fader också.

Den tredje mannen beskrevs av både modern och socialtjänsten som ganska aggressiv. Han missbrukade droger, enligt modern. Familjen hade tidigare varit hos familjepedagoger, modern hade fått gå i olika föräldrautbildningar för att lära sig att förstå pojken och kunna sätta gränser för honom utan att ta till våld. Efter föräldrautbildningarna hade modern och Sam varit hos en familjebehandlare i cirka tre månader.

Beskrivning av Sam: han ser betydligt yngre än sin biologiska ålder, är överaktiv, springer i hela huset om man inte stoppar honom och han skriker ofta. Enligt modern sover han dåligt; det är mycket svårt att säga nej till honom, han kissar på sig på nätterna och hade cirka ett år varit under medicinering för en annan neurologisk sjukdom. Strax innan samleken hade han slutat ta mediciner.

Sam och modern erbjöds samlek inom ramen för Barnets Rum för hans upplevelse av våld i familjen och mot honom. Enligt modern misstolkar pojken alla typer av tillsägelser. Utifrån Sams ålder (han beskrevs emotionellt som yngre än sin biologiska ålder), och moderns osäkerhet, bestämmer jag samlek för att hjälpa dem båda två. Först att hjälpa Sam att kunna uttrycka sina känslor för modern och mig, sedan hjälpa modern att förstå och definiera ”våld” kontra sätta gränser.

Modern är ganska nedstämd och förmedlar till mig, vid första samtalet med henne, stark känsla av maktlöshet. Hon säger att hon själv är uppvuxen i en ”dysfunktionell familj” och har dålig barndom men ganska bra erfarenheter av insatser från socialtjänsten när hon själv var barn.

Jag bestämmer att högst sex gånger träffa Sam och modern i samlek och att ha två samtal med modern för att hjälpa dem att bearbeta relationen sinsemellan och se hur pojken har upplevt våld i relation till modern och hanterar sina känslor i samband med våldupplevelser.

Första sessionen i samlek; närvarande i rummet: Jag, min alterego docka, Sam, och modern.

Sam väntar inte på att jag ska börja. Han springer till sandlådan och börjar ösa sanden utan något mål. Modern sitter i en stol. Jag vänder mig till dem båda två och säger att de får bestämma själva vad de vill bygga. De skall bygga tillsammans och Sara (mitt alterego) är här för att arbeta med dem. Han lyssnar inte alls utan fortsätter ösa sanden.

Modern blir mer och mer osäker. Jag bjuder henne återigen till sandlådan. Hon kommer och sätter sig vid bänken närmare lådan, tar fram en del köksutrustning för att laga mat och baka tårta med honom. Varje gång när modern bakar någonting slår Sam sönder det. När de lämnar rummet känner jag mig trött och maktlös. Hela rummet är kaotiskt, leksakerna överallt. Jag själv hade inte hunnit hejda honom. Jag tänker ”varför var jag så handlingsförlamad?” Jag får en förståelse för moderns känsla av maktlöshet och nedstämdhet, samt Sams kaotiska inre och yttre värld. Modern uttrycker ett djup förtvivlan, en känsla av inte duga och är osäker i rummet med Sam.

Under det enskilda samtalet med modern säger hon att hon var mycket osäker, orolig och rädd. Hon vågar inte säga något till Sam. Hon är rädd för att förlora sina barn, att barnen kan bli omhändertagna enligt (LVU). Hon säger att hon inte orkar klara av ansvaret ensam, för tre barn med tre olika fäder och deras kontakter med sina respektive fäder. Hon säger att hon alltid väljer problematiska män och klarar inte av snälla män. Och hon uttrycker en djup skuld-känsla och oro över sina barn. Jag förklarar för henne hur Sam tänker och uttrycker sig, enligt min bedömning. Jag försäkrar att jag är där och kommer att hjälpa Sam och henne, för att Sam skall kunna uttrycka sina känslor och hjälpa henne ta emot hans känslor.

Andra session samlek- Vid andra session vågar hon mer, är mer närvarande, kärleksfull men bestämd inför Sam och styr byggandet. Han lyssnar, är lite lugnare och följer modern i byggandet men just i sista sekunden slår han sönder allt som de har byggt tillsammans (se bilden)



Bilden av session 2

Vid femte sessionen byter de tema. Sam bygger krigsfält. Modern drar en rand i mitten av lådan och markerar att den andra delen är hennes territorium. Han krigar och krigar ensam. Modern bara bakar och håller på med hushållen. Med hjälp av Sara (min alterego docka) öppnar modern gränsen för krigarna, utrustar området med möbler, flygplan och ambulanser för att ta emot de skadade. Hon är där som en sjuksköterska för att hjälpa de skadade. Sessionen blir en berättelse om rädsla, ilska från Sam och ett hållande och mottagande av modern utan rädsla och ångest (se bilden nedan).



Bilden av session 5

Sista sessionen blir en upprepning av sessionen innan. Efteråt träffar jag modern ensam och vi avslutar kontakten enligt överenskommelse. Hon får rekommendationer från mig att i framtiden våga söka hjälp när hon känner att hon behöver hjälp kring sina barn. Hon kommer att fortsätta med en familjepedagog som kommer att hjälpa henne med någon form av föräldrarutbildning efter vår kontakt.

Fallbeskrivning 5

Kokab 7 år BR räckte inte till

Bakgrund

Modern med tre barn aktualiserades sedan hon själv sökt hjälp på stadsdelsförvaltningen för att hon och barnen under flera års tid varit utsatta för våld från faderns sida. Enligt moderns utsago hade dottern Kokab bevittnat olika våldsituationer mot brodern, modern och morföräldrarna.

Modern och barnen hade nyligen, sedan de haft skyddat boende under några månader, flyttat in hos släktingar. Modern hade fått skyddat identitet och hade lämnat in en ansökan om förtur till en ny lägenhet för familjen. Hon mår dåligt och både hon och uppdragsgivaren på barnenheten var orolig för barnen, framförallt för dottern Kokab.

I det skyddade boendet hade barnen inte kunnat prata om våldet och enligt moderns utsago hade våldet varit en hemlighet i familjen under alla de år som det pågick. Det beslöts att erbjuda dottern Barnets rum samtal åtta gånger, för att hon skulle få möjlighet att prata om det våld hon hade bevittnat i nära relationer. Modern själv hade en påbörjad stödkontakt på stadsdelens kvinnofridsenhet.

Barnets Rum insats

Kontakten inleddes med ett enskilt samtal med modern för att samla in bakgrundsinformation, beskrivning av det våld som barnen hade bevittnat, beskrivning av barnen och den oro modern eller någon annan vuxen kände för barnen. Det visade sig att modern själv hade ett stort behov av att prata om sin besvikelse, sina problem och sin livssituation och därför bokades det in ytterligare ett samtal med henne för att samtala enbart om dottern.

Modern beskrev dottern som en glad och duktig flicka som ibland kunde ha svårigheter att koncentrera sig på det hon skulle göra. I skolan däremot hade dottern inga svårigheter och hon hade många väninnor. Hon tyckte om att leka med sina syskon. Vid första samtalet med dottern var modern inledningsvis närvarande för att ge den trygghet som behövdes för dottern. Eftersom våldet hade varit en familjehemlighet under flera år var det särskilt viktigt i behandlingskontakten att modern gav ”mandat” till dottern att samtala om svåra upplevelser med en familjebehandlare.

I början yttrade sig Kokab utifrån vuxnas förväntningar. Hon kunde säga saker som hon hade hört vuxna säga och upprepade till exempel ofta hur viktigt det var för henne att kunna prata om svåra saker med familjebehandlaren. Hon ville inte prata om sig själv men hon var orolig för sin moder som enligt henne var ledsen hela tiden. Kokab tyckte att även modern skulle behöva få hjälp.

När Kokab fick gestalta och beskriva sina viktigaste relationer kom det fram stora skillnader hur hon upplevde dem. Det visade sig att ritandet och gestaltandet med träfigurer (tejpning-liknande metod), kunde underlätta för Kokab att öppna sig och prata

om svåra saker. Kokab började sakta närma sig några av de svåra känslor som hon hade inom sig.

Reaktionerna blev kraftiga och svåra för Kokab vilket också väckte många känslor och frågor hos familjebehandlaren. Att kunna vara varsam men också ge den trygghet som Kokab behövde, samtidigt som känslan av otillräcklighet väcktes för första gången. Misstankar om att Kokab själv skulle ha blivit utsatt för någon slags våld uppstod hos familjebehandlaren.

Eftersom hatet mot några närstående vuxna var så starkt fick familjebehandlaren en känsla av att behandlingsprocessen inte fick gå för fort och att familjebehandlaren måste vara den starka vuxna person som kan ge den trygghet som Kokab behöver för att våga fortsätta närma sig de svåra upplevelserna hon hade varit med om.

Samtalstiden planerades så att Kokab och familjebehandlaren hade god tid på sig att avsluta träffarna på ett bra sätt. Besvikelsen och att bli sviken var huvudteman, likaså att försöka förstå vuxnas beteenden. De ambivalenta känslorna till fadern var en självklar del av samtalsinnehållet.

Avslut

Kokab som i början var en försiktig och allvarsam flicka blev mer öppen, gladare och reflekterande och hon gick, enligt sin egen utsago, gärna i samtal hos familjebehandlaren.

I mitten av Barnets rum-kontakten fick familjebehandlaren kompletterande information om Kokabs hälsa och problem. Den nya informationen om Kokabs ångestdrivande symtom och aggressiva beteende blev en grund för en ny bedömning om hjälpinsatsen. I samråd med modern och uppdragsgivaren beslöts om en fortsättning med samtalskontakten efter Barnets rum- insatsen inom ramen för familjeteamets ordinarie verksamhet. Med tanke på tilliten och det förtroendet i behandlingskontakten samt de framsteg som redan hade nåtts, var det viktigt att inte avbryta denna process mitt i den påbörjade behandlingen.

Framstegen bestod bland annat i att Kokab hade börjat leka med dockor vilket hon aldrig tidigare hade gjort. Modern berättade vidare att familjen hade haft fina stunder tillsammans då Kokab hade varit snäll och kärleksfull mot sina småsyskon. Under träffarna med familjebehandlaren hade Kokab börjat att aktivt, i kombinationer av samtal och gestaltande metoder, uttrycka hur hon kände sig i nuet. Hon började våga sätta ord på några av de känslor som hon länge hade burit inom sig. Kokab hade modigt börjat ”undersöka/känna på ” några av de obekväma och oförståeliga upplevelserna men hon hade en lång väg framför sig innan hon skulle må bättre igen.

Kokab fick i bilden gestalta fritt det hon ville



Bild 1

I första bilden gestaltas dödandet av K:s pappa. Hela släkten är runt honom som ligger med ansiktet nedåt. Mamman och morföräldrar står uppe i vänster, k står med sina bröder, kusiner och andra släktingar på nederdelen av bilden. Enligt k har släktingarna samlat sig för att döda pappan. Familjebehandlaren frågar om hur det kommer sig att alla vill döda pappan. K säger att pappan har varit den dummaste i hela världen och när man har varit så dum är det bara rättvist att man dör.

Bild 2



Till vänster i bild två ligger pappan med ansiktet uppåt. Bredvid honom ligger hans tre bröder, de ligger däremot med ansiktet nedåt.

Till höger är Kokab med sina två bröder och en kusin (de små figurerna). Mamman och morföräldrarna tittar på dem. När familjebehandlaren vill att Kokab ska berätta varför hon valde en kvinnlig figur för pappan, svarar hon att hon ville ha honom som kvinna. Alla skall skratta åt honom och inte tycka synd om honom. Hon förklarar vidare att pappan och bröderna först hade varit hos polisen, blivit förhörda och nu ligger de döda på marken. Det är slutsceenen som är gestaltad i bilden.

Bild 3



Pappan ligger begravd på golvet. Som täckte valde Kokab en Spiderman-handske som hon hittade bland leksakerna.

Uppe på vänstra sidan ligger mamman med sina föräldrar. Kokab själv ligger med sina bröder och kvinnliga släktingar nedanför. Uppe till höger ligger släktingar till pappan. De två barnen till höger är kusiner till Kokab.

När Kokab var färdig med sin gestaltning och familjebehandlaren frågade hur det kom sig att alla ligger så, svarade Kokab att det var mycket jobbigt att vara på begravningen.

Hon säger vidare att det är skönt för henne att veta att hon nu kan leva i lugn och ro med sin mamma och sina bröder.

Fallbeskrivning 6

Susan 15 år - ett ärende som BR inte passade bra för

I remissen står att Susan är en 15-årig flicka som bor tillsammans med sin mor och sina två yngre syskon. Hon har skolkat mycket, är aggressiv mot sina syskon och sin mor. Fadern har misshandlat modern under längre period och upprepade gånger. Handläggaren önskar BR-insats för Susans våldupplevelser.

Modern uteblir ett par gånger från första mötet där handläggaren tillsammans med mig skulle presentera BR för henne. Modern ringer och säger att hon inte kan få dottern att komma till mötet (mötet var tänkt bara för vuxna inte för dottern).

Jag gör ett hembesök tillsammans med handläggaren. Någon gång vid lunchtiden är vi hemma hos familjen. Flickan ligger i sängen och bara skriker åt modern. Hon vill inte komma ut i vardagsrummet och träffa oss.

Jag samtalar med modern om flickans uppväxt och om familjens historia. Handläggaren berättar att socialtjänsten har erbjudit familjen olika långa och korta insatser under cirka åtta år i olika omgångar men familjesituationen har inte blivit bättre. Min preliminära bedömning utifrån mina observationer och intervjun med modern blir att problemen i familjen är mycket komplicerade. Flickan hade bland annat hunnit att själv bli en förövare. Mamman vågade inte lämna henne tillsammans med hennes syskon. Hon bedöms som "farlig" för sina syskon. Vi flyttar ärendet från Barnets Rum till Familjeteamets ordinarie ärende och jag jobbar med flickan och hennes föräldrar med mycket längre insats. Både modern och flickan får olika psykiatriska/psykologiska diagnoser som jag inte behöver förklara här.

Fallbeskrivning 7

Sara 9 år från en familj med missbruksproblem

9-åriga Sara blev aktuell i Barnets Rum, tillsammans med sin lillasyster, strax efter att hon kommit hem från ett skyddat boende där hon bott i några månader tillsammans med sin mamma och sin lillasyster Jasmin, 5 år. Sara och hennes syster är födda och uppväxta i Sverige.

Sara hade bott ett flertal månader på skyddat boende sedan modern med hjälp av stadsdelens kvinnofridsteam hade anmält fadern för fysisk och psykisk misshandel gentemot modern. Saras skola hade också meddelat sin oro till socialtjänsten. Socialtjänstens Barnenhet gjorde bedömningen att våldet mot modern var grovt. Fadern

hade också vid ett tillfälle försökt skada sig själv väldigt illa inför barnen. Modern beskrevs, av Barnenheten, som deprimerad. Sedan Sara var liten hade fadern haft ett narkotika- och alkoholmissbruk och han hade vistats ett flertal perioder på behandlingshem. Handläggaren på Barnenheten uttryckte oro för Sara då hon hade problem med koncentrationen, skolan hade uppgett att Sara ofta såg ledsen ut och modern oroade sig för att Sara kissade på sig på nätterna. Båda föräldrarna uttryckte att de var positiva till att Sara och hennes lillasyster skulle få gå på behandling i Barnets Rum.

Jag träffade Sara tillsammans med hennes lillasyster 3 gånger och enskilt 9 gånger. I början träffades vi två gånger i veckan för att sedan träffas en gång i veckan. Jag träffade Sara tillsammans med hennes lillasyster cirka 30 min och Sara enskilt ca 35-40 minuter varje gång.

Jag och barnpsykologen träffade initialt Sara tillsammans med hennes lillasyster. Vi uppfattade att Sara hade ett stort behov av kontroll över sin omgivning och hon pratade forcerat kring svåra händelser och upplevelser.

I början av mina enskilda samtal med Sara fokuserade jag på att prata om känslor. Vi använde oss av papper och penna där Sara fick rita och beskriva sina egna känslor, hur hon kände sig idag men också när föräldrarna bråkade. Hon ritade olika färger för olika känslor och vi pratade om att känslor kan sitta på olika ställen på kroppen. Jag uppfattade att Sara hade god hjälp av att beskriva sina känslor på det här sättet, att hon hade lätt att fokusera och släppte sitt forcerade sätt att tala. Hon ritade de olika känslorna som uppstod när föräldrarna bråkade, att hjärtat kokade och färgen var röd för att sedan bli svart. Hon beskrev att hon också blev rädd och ritade var på kroppen rädslan satt samt att rädslan hade färgen gul. Hon berättade att hennes största rädsla var att fadern skulle döda modern. Sara berättade om sin ilska och besvikelse gentemot sin far men också en stark längtan och saknad efter fadern.

I andra samtal har vi pratat med hjälp av dockor där vi ritat upp lägenheten med de olika rummen. Sara hade ett flertal gånger återkommit till en specifik situation som jag uppfattade varit extra traumatisk för henne. När jag presenterade dockorna för henne och att vi skulle prata om en situation som hon särskilt minns då föräldrarna bråkade ville hon beskriva denna situation. Hon visade och berättade. Vi kunde ibland återkomma till en plats i rummet och hon fick beskriva vad hon kände just då.

Under alla samtal hade vi hjälp av känslkort/nallekort där hon fick börja samtalen med att ta en nalle för att visa hur hon känner sig just nu men också hur hon kände sig när vi till exempel pratade med hjälp av dockorna om svåra saker. Hon fick också välja en nalle innan vi avslutade samtalen. Sara sa i slutet av våra samtal att hon uppskattat nallekortet mycket.

Jag och barnpsykologen uppfattade i slutet av vår kontakt att mycket blivit bättre för Sara och hennes lillasyster. Sara uppfattades som mindre forcerad och uttryckte själv att

hon inte var lika orolig för saker och ting längre. Vid vårt avslutande samtal önskade hon ha med sig ett par nallekort som var hennes favoriter, en ledsnalle och en glad .

Fallbeskrivning 8

Jasmin 5 år syskon till Sara

Jag träffade Jasmin två gånger tillsammans med systemen och min kollega (Saras behandlare) och fem gånger enskilt.

Jasmin är syster till Sara. Hon hade också tillsammans med sin syster och moder bott några månader i skyddat boende innan vi träffades. Personalen på dagis, handläggaren i barnenheten och modern var oroliga över Jasmins utveckling. Hon åt dåligt, sov dåligt, kissade på sig på nätterna, var mycket smal och tystlåten.

Vid första mötet med modern berättade hon att Sara och Jasmin är olika, agerar olika och har olika behov. Hon tycker att Jasmine skulle ha mer nytta av individuell kontakt. Även hemma talar Sara i stället för Jasmin enligt modern.

Vid första mötet tillsammans med modern träffade jag och min kollega tillsammans båda systrarna. Vi ville ge dem samma information samt observera deras interaktion och deras olika roller i familj/syskonrelation. Efter första besöket fick Jasmin sina individuella tider parallellt med systemen. Modern fick sitta i väntrummet medan barnen var hos oss behandlare.

Jasmin var mycket tystlåten. Jag hade sandlådan, papper, kriterier och en del leksaker i rummet. Hon satte sig på bänken bredvid sandlådan utan att göra någonting eller höja blicken och visa intresse för mig eller rummet. Det var mycket tydligt att hon saknade sin syster Sara och kände sig osäker.

Jag förklarade för henne att modern hade berättat att de hade haft jobbigt hemma. Att alla i familjen hade på olika sätt mått dåligt. Jag var där för att arbeta med henne och hjälpa henne med de svåra känslor/upplevelser som hon hade varit med om. Under de första tre sessionerna var nickandet hennes enda kommunikationsmedel förutom hennes kroppsspråk och blickar. Hennes blickar fick mig att känna mig maktlös, utanför och ledsen. Varje gång när jag började tala om hennes familjesituation sa hon direkt att hon var kissnödig.

Fjärde gången tog jag fram CAT-bilderna (Children Apperception Test som ofta används av barnpsykologer för bedömning och diagnostik), inte för bedömnings syfte utan som ett kommunikationsmedel. Att kunna indirekt prata om olika familjsituationer och deras olika känslor. Hon visade stort intresse för CAT-bilderna och berättade mycket om känslor som rädsla, ledsenhet, ilska och oro.

Nästa gång tar jag fram nallekortet/känslkortet och bekräftar att alla barn mår dåligt när deras föräldrar bråkar mycket och undrar om hon kan visa mig med hjälp av nallekortet hur hon känner när mamma och pappa bråkar.

Hon tar fram olika kort och beskriver hur nallebjörnen känner när hennes mamma och pappa bråkar. Denna session är första gången som hon inte säger att hon är kissnödig och hon stannar längre tid i rummet.



1



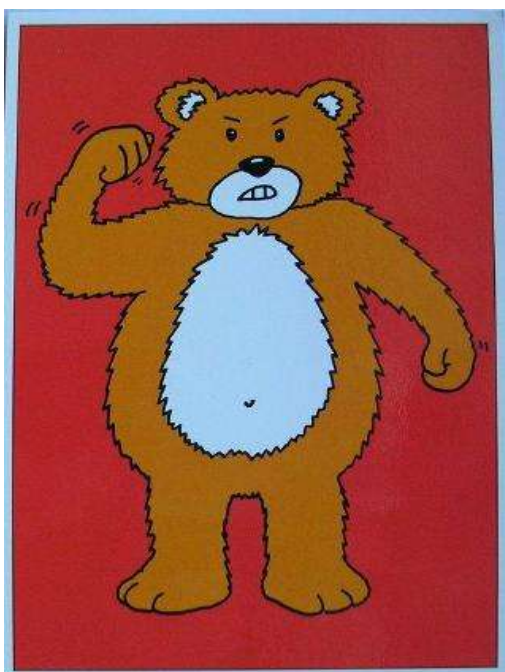
2

Kort 1

Hon är rädd, har drömt en mardröm, vill inte se. Hon drömmer många mardrömmar och är alltid rädd.

Kort 2

Hon är rädd, vill inte se, vill inte prata. Hon är ledsen också.



3



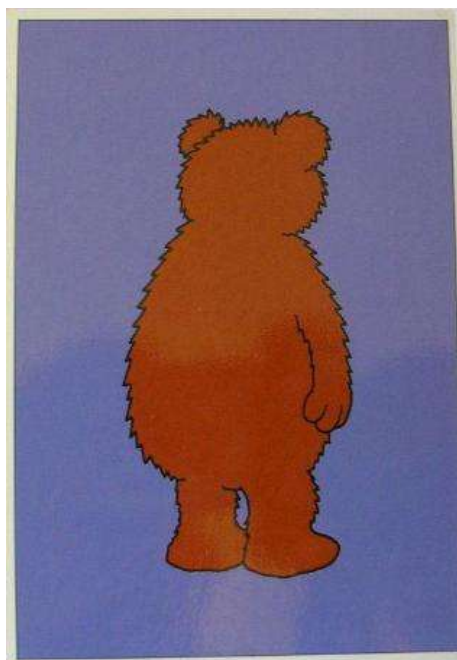
4

Kort 3

Hon blir arg. Hon har blivit mobbad av några killar i skolan. Hon är rädd, ledsen och arg. Fast hon visar inte inför andra att hon är arg.

Kort 4

Hon blir ledsen. Hennes pappa och mamma är borta. Hon vet inte var de är. Hon är mycket rädd. Fast hon säger inte till människorna att hon är rädd.



5



6

Kort 5

Hon vill gå därifrån men vet inte vart. Hon har gått vilse. Hon är rädd.

Kort 6

Hon gråter mycket, är ledsen. Mamma och pappa kommer tillbaka och ser att hon är rädd och ledsen och har gråtit. De lovar henne att de inte skall lämna henne ensam.

Vid sista sessionen träffar jag och min kollega systrarna tillsammans, som vi hade lovat i början. Jasmin var inte lika passiv denna gång. Då och då tittar hon på mig, runt om i rummet och ler, medan hon bygger i sandlådan tillsammans med sin syster. De säger att de saknar pappan men de vill ha ett normalt umgänge med honom, inte på den öppna förskolan som kommunen har ordnat. Jag vill gå till Kista Galleria tillsammans med min syster och pappa som alla andra barn, säger hon.

Jag och min kollega observerar att modern i väntrummet är varje gång trött, kraftlös och nästan sömrig. Vi talar med henne om vår observation. Hon säger att sedan flera år tillbaka äter hon antidepressiva och ångstdämpande mediciner. Dessutom säger hon att hon har kontakt med en handläggare i kvinnofridteamet.

Diskussion

Syftet med projektet var att barn som upplevt våld i familjen i första hand skulle erbjudas en kortare tidsbegränsad, bearbetande samtalskontakt inom projektet Barnets Rum (BR). I de fall där barnen hade behov av längre behandling skulle deras behov identifieras och därefter erbjudas en alternativ insats inom Familjeteamet eller remitteras vidare till annan huvudman.

Ett flertal parallella processer har påverkat projektets planering och genomförande. En del av dessa processer var naturliga och förväntade som i vilket projekt som helst. Några var försvårande och tidskrävande processer uppstod med anledning av den omorganisation som genomfördes under tiden för projektet då Rinkeby och Kistas stadsdelsförvaltningar slogs ihop till en förvaltning. Familjeteamet, där jag arbetade, hade under tre projektår tre olika chefer som, var och en, hade ansvaret för projektet också. När jag reflekterar över hela den treåriga processen i projektet Barnets Rum kan jag inte låta bli att också fundera kring hur mycket det ovan nämnda påverkat projektet både vad gäller struktur och innehåll. Projektet påbörjades några månader senare än planerat.

Som projektledare fick jag under projektiden ändra två av de uppsatta villkoren för projektets genomförande. Det stod i projektansökan att ”alla barn som hade varit utsatta för våld/bevittnat våld i nära relationer” per automatik skulle remitteras till Barnets Rum. Detta kompletterades också, under det andra projektåret, med att man på Barnrepektive Ungdomsenheten hade åtagandet att alla barn som varit utsatta för/bevittnat våld skulle erbjudas Barnets rum. Detta åtagande togs bort år tre efter diskussioner som förts mellan Barn- och Ungdomsenheten och de som arbetade med Barnets rum. Behandlarna i Barnets Rum-gruppen tyckte att det var slöseri med våra tider att träffa de barn där det vid första kontakterna framstod som att de inte hade behov av bearbetande samtal. Det handlade bl.a. om barn som inte visade symptom och som dessutom hade föräldrar som inte såg behovet av Barnets Rum insatsen. Jag ansträngde mig för att behålla kärnan i tänkandet och att fokusera på barnen som var i behov av denna typ av hjälp. Vidare ville jag använda CGAS/GAF-skalan i bedömningen men så blev det inte. Jag fick ändra planerna och i stället för att använda ovan nämnda skala skapade projektgruppen en checklista med kriterierna för att ta emot barnen i Barnets Rum.

I projektansökan uttryckte vi önskemål om att kunna anställa en PTP-psykolog, bland annat för att underlätta min arbetssituation, men ingen utifrån kommande personal fick anställas i projektet. Orsaken till detta var bl.a. att man ville utveckla kompetensen hos befintlig personal och inte ta in externa resurser som vid projektets slut skulle sluta.

Alla som har varit inblandade i Barnets Rum från remisstadiet till behandlingsstadiet befann sig i olika faser i processen. Vi som arbetade i behandlingsgruppen i BR hade olika synsätt i frågan om hur man skulle arbeta för att hjälpa dessa barn. Vi var alla överens om vikten av att vår målgrupp, d.v.s. barnen, skulle få hjälp att bearbeta sina upplevelser av våld och att de skulle bemötas enskilt. Vid de tillfällen vi träffade barnen tillsammans med sina föräldrar gjordes först en bedömning utifrån det enskilda barnets psykiska status följt av en gemensam diskussion i behandlargruppen.

Under en period förekom en intensiv diskussion i BR- gruppen om det terapeutiska arbetet skulle fokusera på individuell psykodynamiskt inriktad bearbetning eller på systemiska interventioner. Några i gruppen tyckte inte att det var rätt att arbeta individuellt med yngre barn (ofta under förskolenivå), medan modern samtidigt är upptagen av sina upplevelser av våldet i familjen. Barnet behöver en välfungerande mor som åtminstone i någon mån kunnat bearbeta sina våldupplevelser.

I de förberedande diskussionerna fördes också synpunkter fram om det överhuvudtaget var etiskt försvarbart att träffa barnet enskilt? Min utgångspunkt var, med all respekt för moderns och ibland även faderns eget lidande, att dessa barn behövde sitt eget "Rum". Vi skulle fokusera på barnens egna subjektiva och objektiva upplevelser och inte på moderns behov. Även i samlek där jag arbetade med modern och barnen tillsammans i sandlåda hade jag fokus på barnens behov av bearbetning av deras egna upplevelser. Även när man träffar barnet enskilt, är det självklart att terapeuten tänker på barnet i sitt sammanhang. Sammanhanget skall fungera tillräckligt bra för att barnet skall kunna ta emot hjälp för sin egen del. Men fokus i BR:s uppgift var inte att erbjuda mödrarna/ föräldrarna bearbetande samtal.

Min erfarenhet av pilotprojektet var att en del av mödrarnas behov av olika typer av hjälp var så omfattande att deras behov riskerade att ta över barnets behov av bearbetning. Min utgångspunkt var att dessa mödrar också var i behov av hjälp men deras behov skulle inte ta av den tid som var avsatt för barnen. I stadsdelen fanns Kvinnofridsteamet som kunde ta ansvar för kvinnornas behov. I Barnets Rum arbetade vi med ett tydligt uttalat barnperspektiv, inte utifrån kvinnoperspektiv och/eller familjeperspektiv. Om vi hade uppmärksammat mödrarnas behov av hjälp hade vi förlorat barnperspektivet i vårt arbete och vi hade även förlorat möjligheten att få med en del av fäderna på tåget. Det fanns stora risker att om mödrarna hade fått hjälp av oss skulle fäderna tacka nej till Barnets Rum för sina barn. Barnets Rum fanns för barnen, inte för familjen.

En omständighet som vi diskuterade i BR-gruppen var att det var svårt att göra bedömningar av barnets psykiska status vid start och avslut på grund av den korta tid vi faktiskt träffade barnen, det vill säga högst 8 samtal/besök. Vi resonerade kring att en eventuell förändring skulle kunna vara beroende av andra variabler än själva behandlingen. I bedömningen stod det dock inte att vi skulle förklara och analysera olika faktorer som en förändring skulle kunna vara beroende av. Syftet var att undersöka om man kunde notera någon skillnad i barnets inre värld och i dess beteende eller inte, under och efter tiden för samtalen med barnen. Utifrån långa diskussioner inom projektgruppen ändrade jag en del i bedömningsmaterialet.

Att använda bedömningskalan GAF/CGAS, som mäter barnets allmänna funktionsnivå, blev inte obligatoriskt. De i projektet som ville, fick fortsätta att använda dessa verktyg, men de som inte ville, behövde inte göra det. I stället tog jag fram en "checklista" över olika symptom och en mall där behandlaren, utifrån olika rubriker, skulle beskriva förändringen i kontakten med barnet, dels utifrån sin egen bedömning och dels utifrån föräldrarnas beskrivning.

Själv tog jag emot de barn som var under fyra år i behandling men även en del barn som var äldre. Med de yngre barnen använde jag samlek som metod. Jag använde alla de olika bedömningsmaterialen som vi hade bestämt från början, även GAF/CGAS-skalan. Ibland gick det att se en skillnad i bedömningen vid starten och vid avslut enligt skalorna. I vissa fall bedömde jag att barnets allmänna funktionsnivå var på samma nivå vid avslut som vid start.

Under andra året fick vi ganska många osorterade remisser som inte var färdigt utredda. Familjerna var inte riktig informerade om BR och remissernas informationer om familjerna var bristfälliga. Detta fick vi vetskap om först när vi hade påbörjat vår kontakt med barnen. Och ledningen i stadsdelförvaltningen hade fattat beslut om att erbjuda BR till "alla barn" som hade bevittnat eller varit utsatta för våld i familjen. Vi hade inga krav på att de skulle vara färdigutredda och ett sådant krav menade vi skulle vara ett hinder. Det enda kravet var att det fysiska våldet hade upphört och att barnet och modern var skyddade.

Jag gick igenom remisserna och sorterade dem i olika grupper. Gruppen "avvaktande" var en sådan som jag tidigare har förklarat i texten. När det gällde dessa familjer bedömde vi att barnet hade mer nytta av familjeterapi. Denna "avvaktandekategori" blev resultatet av långa diskussioner i BR-gruppen. Vi hade inte tänkt att en sådan uppdelning skulle bli nödvändig när vi startade projektet.

En annan grupp var den "alltför svåra" gruppen. Denna grupp beskrevs som känd av socialtjänsten. Barnet/ungdomen hade haft stöd och insatser i olika omgångar och hade upprepade gånger varit aktuell hos socialtjänsten, dock inte för bearbetning av våldstrauma. Förutom stora ekonomiska problem i denna grupp förekom ofta också psykiatriska diagnoser hos föräldrarna. Det förekom också att handläggaren hade misstankar om psykiatriska diagnoser som denne, på grund av tystnadsplikt, inte hade beskrivit i remissen till oss. Dessa remisser fördelades inte i BR-gruppen. Dessa remisser sorterade jag ut från BR. Utifrån min ordinarie tjänst som psykolog i Familjeteamet gjorde en bedömning om typ av hjälpbehov i dessa fall och återremitterade till handläggaren med mina nya förslag om åtgärder. I vissa fall fick jag i uppdrag att arbeta med familjen/barnet utifrån mina förslag under min ordinarie tjänst i Familjeteamet. I vissa fall fick handläggarna remittera till BUP eller erbjuda barnet annan extern insats.

En tredje grupp var de barn som vi började arbeta med utifrån BR-modellen men som vi under resans gång bedömde ha större behov än vi hade tänkt och bedömt inledningsvis. För barnets bästa bestämde vi att fortsätta insatsen, fast organisatoriskt flyttade vi barnet från BR efter åtta gånger till ordinarie familjeteamets ärenden. I denna grupp, som vi kallade ”BR räckte inte till” förekom barn i vars remisser det inte stod så mycket om barnets symptom. Föräldern hade inte heller lämnat tillräcklig information om barnet i den första bedömningsfasen. Av etiska skäl menade vi att det var omöjligt att avsluta vår kontakt och remittera barnet till en annan huvudman. BR-gruppen kände av en viss press från uppdragsgivarna att i mesta möjliga mån remittera dessa svåra fall till BUP som ju ansvarar för behandling av barn i denna kategori. Jag fick kämpa hårt för att få godkänt att fortsätta arbeta med barnen i gruppen. Antalet barn i denna grupp var dock inte så stort.

I vissa fall gjorde behandlare och handläggare olika bedömningar av barnets behov av BR. I vissa remisser beskrev handläggaren allvarliga symptom och utifrån informationen i remissen planerade behandlaren en längre behandling men där behandlaren efter 4-5 gånger fick ändra sin plan. I vissa fall stod inte mycket i remissen och behandlaren uppfattade behoven som relativt små men under behandlingen kom barnet att visa upp allvarliga symptom.

Vikten av en utförlig anamnes blev mer och mer tydlig. Därför träffade vi vid behov föräldrarna två gånger innan vi började träffa barnet. Vi diskuterade ofta anamnesintervjuerna i BR gruppen. I anamnesintervjuer fick vi bland annat veta att en del barn hade blivit misshandlade redan på fosterstadiet eller att några barn hade ADHD och/eller autistiska drag. Inget barn uteblev på grund av sina tidigare diagnoser vilket ledde till att vi kunde förbereda oss bättre.

På grund av en hög andel återbud, under andra året, och osorterade remisser skrev jag i början av tredje året en ”checklista” till handläggarna med kriterierna för att remitteras till BR. En ytterligare anledning till detta var att BR-gruppen ville fokusera mer på de barn som behövde och passade bra för BR insatsen.

Att inte bara fokusera på vuxnas beskrivning av det fysiska våldet men inte heller barnets objektiva upplevelser om våld utan ha mer fokus på barnets subjektiva upplevelser var en del av BR:s innehåll. Utifrån denna fokus insåg vi, i vissa fall, att det svåraste som barnet hade upplevt var inte det fysiska våldet i familjen i Sverige. En del av barnen hade andra svåra traumatiska upplevelser som överskuggade upplevelser av våldet i familjen. En del barn hade svåra erfarenheter av krig, hade levt i stort sett på gatan och separerats från sina nära och kära. Att få någon örfil från fadern eller att modern blev misshandlad av fadern var inte ”så märkvärdigt” för denna grupp. De ville inte tänka på saken utan ville gå vidare.

En del barn ville prata om sina upplevelser av ett annat våld och inte det klassiska våldet som man beskriver i västvärlden. En flicka ville t.ex. prata om sin smärtsamma upplevelse av könsstympning som hade skett i familjens regi i hemlandet några år innan. Vi hade fått remissen på grund av misshandel i familjen i Sverige som hade förekommit ett par månader innan remissen kom till oss.

Att fokusera på barnets subjektiva upplevelser av våld vidgade vårt perspektiv och vår lyhörddhet. Vid första samtalet med en del av föräldrarna insåg vi att det fanns en del kulturella skillnader kring bearbetning av traumaupplevelser. I vissa kulturer bearbetar man trauma genom att vara tyst och "glömma bort" och överlämna sig i "Guds händer". Dessa föräldrar hade sagt ja till handläggarna men innerst inne trodde de inte på detta sätt att bearbeta traumatiska upplevelser. Denna grupp stod för största delen av återbud. Resten var de som under perioden för insatsen flyttade till en annan ort. En faktor som jag inte har kunnat undersöka närmare var att de behandlare som var mer kritiska till BR-modellen har fått fler återbud än andra. Vidare förekom en relativt stor del av återbud från de familjer vars remisser kommer från ett par remittenter som hade skrivit flera men osorterade, icke färdiga remisser med bristande informationer om BR till föräldrarna och bristande informationer om familjen till oss i BR.

Ett villkor för intag till BR var att våldet i familjen skulle ha upphört när vi inledde kontakten med barnet. Under projektets gång blev det mer tydligt för oss att det psykiska våldet inte upphör när det fysiska våldet upphör. Ibland var det psykiska våldet svårare än det fysiska våldet. Vi fick lida tillsammans med våra klienter (barn). Ibland upplevde vi en ilska och frustration över deras maktlöshet och utsatthet när det gällde det psykiska våldet. Återigen uppkom frågan om det var etiskt att erbjuda bearbetning av våldupplevelser medan det psykiska våldet pågick.

Det var svårt att hitta alternativ till att inte fortsätta arbetet. Vem skulle kunna garantera att det psykiska våldet upphörde? Skulle ett barn inte få BR hjälp om hans/hennes fader ringde från en annan stad och trakasserade eller hotade hans/hennes mor utan att röra sig fysiskt i närheten av familjen? De etiska övervägandena var ständig aktuella i BR-gruppen. Vår slutsats blev att det räckte för oss att det fysiska våldet hade upphört. Att arbeta med barn medan de utsätts för psykiskt våld från sin förälder, direkt eller indirekt, kräver ett dock annat förhållningssätt från terapeuten. Det krävs att terapeuten är medveten om att hon/han skall kunna stå ut med olika svåra känslor som frustration, ilska, skuld, skam och känslan av otillräcklighet, vilket våra klienter i BR beskrev att de hade upplevt många gånger.

Ungdomars deltagande eller brist på deltagande i BR var också en viktig aspekt i projektet. Vi fick ca 23 % av all remisserna från ungdomsenheten (ungdomar 13-18). Av 65 barn som BR passade bra för var bara 12.50 % ungdomar. Både under projektets gång och i skrivande stund undrar jag vad vi skulle kunnat göra annorlunda för att kunna erbjuda fler ungdomar vår hjälp?

Jag träffade handläggarna i ungdomsenheten för att höra om de hade något förslag. Jag träffade en kurator på ungdomsmottagningen sedan jag hade hört att många ungdomar söker upp ungdomsmottagningen. Min slutsats blev att ungdomarna inte vill bli inblandade i moderns/föräldrarnas problematik. Att modern får hjälp är en stor lättnad för många ungdomar. Ungdomar väljer ofta att prata med en kompis i stället för att prata med en psykolog/familjterapeut. Att prata om våld i familjen är något som många ungdomar undviker av flera skäl.

En annan förklaring som jag fick från kuratorn på ungdomsmottagningen var att ungdomar ofta vill prata om olika typer av våld, t.ex. våld i familjen, våld mellan kompisar och även sexuellt våld.

Barnets Rum erbjuder bara hjälp kring våld i familjen. Kanske insatsen i det skede som erbjöds kom för sent för ungdomarna. En del av ungdomarna hade redan hunnit identifiera sig med aggressorn och utövade själva våld.

Efter mötet med kuratorn på ungdomsmottagningen gick jag igenom alla remisser som vi hade fått angående ungdomar i BR. Det var bara en tonåring som hade blivit misshandlad av sin mor för första gången efter ett gräl. Övriga hade erfarit våld i familjen innan de blev tonåringar. Våldet hade pågått ganska länge (minst 3-4 år), bland de övriga av ungdomarnas familjer, dock med olika frekvens och intensitet. Jag träffade biträdande enhetscheferna i Ungdomsenheten för att höra deras förklaringar om ungdomar och deras behov av stödsamtal.

Enligt biträdande enhetscheferna i ungdomsenheten var det överhuvudtaget svårt att motivera ungdomar till BR. Ungdomar kräver uppsökare som ungdomspedagog menar de. När fadern har flyttat och modern bor skyddad ser inte ungdomarna behovet av stödsamtal. De vill lägga locket på ”det gamla” som har hänt och gå vidare. En annan orsak kan det vara att när fadern har flyttat och barnet är 17 år gammalt inleder inte ungdomsenheten någon utredning om våldet i familjen. Ungdomarna får alltid information om ungdomsmottagning.

Aggressivitet hos unga killar är ofta relaterad till trauma. Man önskar stödsamtal relaterad till trauma inte bara till våld. De flesta ungdomar har utvecklat sina strategier: antingen blir de tysta eller så tar de faderns roll med dubbla känslor. Enligt biträdande cheferna har de flesta kriminella ungdomar erfarenheter av våld i familjen i tidiga åldern. När man träffar dessa ungdomar är det ofta för sent att bara erbjuda stödsamtal om våldupplevelser. De flesta ungdomarna i denna grupp har sett både mamman som har blivit slagen av pappa och har själva också blivit slagna. Samtal som BR räcker inte till för den gruppen av ungdomar. De som är nya i Sverige har inte fasta referensramar och är inte vana att prata om våldet i familjen.

Det blev stor varians i remissflödet från barnenheten till Barnets Rum och vi ställde frågor till biträdande enhetscheferna i barnenheten. De hade olika förklaringar angående den stora variansen i remissflödet. En förklaring var att en del familjer har haft familjeterapi. De barn som blev placerade i familjehem och flyttade till annan ort erbjöds hjälp där. Kriterielistan som vi utvecklade i början av tredje året var också en

anledning. Mottagningsgruppen gick igenom kriterierna och gjorde en bedömning av vilka barn som hade behov av BR-stöd. En annan förklaring var att i början av det tredje året hade kvinnofridsteamet mindre personal på grund av sjukdom. Mödrarna är ofta viktiga länkar mellan socialtjänsten och barnen enligt biträdande enhetscheferna i barnenheten. När det blev färre anmälda kvinnor blev det också färre barn, säger biträdande chefer i barnenheten.

Jag är övertygad om att mina olika roller i projektet har varit en faktor som kan diskuteras utifrån olika perspektiv. Jag var den som hade tänkt fram modellen. Detta var inte en ny teori utan en integrering av olika teorier i en strukturerade/ tidsbegränsade form, en typ av krisbearbetning som många psykologer/ psykoterapeuter brukar arbeta med. Jag hade försökt att anpassa modellen till socialtjänstens ansvarsområde

Men allt som hände i organisationen blev inte som det var tänkt. Att handleda sina egna kollegor som dessutom tänker och arbetar på ett annat sätt har inte varit lätt. Jag var den enda psykologen i gruppen också. Det var inte lätt heller. På ett plan skulle jag ta hand om projektgruppen och underlätta arbetsförhållandena för dem. Samtidigt skulle jag ha förståelse för handläggarna som var lika pressade och stressade som jag av omorganiseringen. Min gamla chef som var tänkt att finnas som projektansvarig fanns inte längre kvar vilket också påverkade mig. Jag och behandlarna befann oss i olika stadier av processen. Vi tänkte ibland olika om hur arbetet skulle bedrivas och vi stod i perioder långt ifrån varandra. Detta var krävande, både för mig och mina kollegor i Barnets rum. Hur mycket dessa olika processer gjorde att jag inte kunde vara mottaglig för de konstruktiva förslag som kom från mina kollegor, kan jag inte heller svara på. Jag själv var en del av den stora omorganisation som nästan var i gungning.

Det kändes likadant i kontakten med projektansvarige och handläggarna. Ibland kändes det som om jag var "Barnets Rums" advokat. Hur mycket dessa olika parallella processer påverkade mig och min objektivitet kan jag inte svara på. Jag tror inte att det blev svårt för handläggarna men är övertygad om att det påverkade behandlarna. Det var nödvändigt att göra en del förändringar i projektet, som att anlita en extern handledare till behandling, göra om gruppen och ta fram en checklista över kriterierna som ett hjälpmedel för handläggarna.

Slutsatser

Att bedriva ett metodutvecklingsprojekt i en stor organisation kräver många aktörers deltagande och medgivande. Ledningens stöd i organisationen är nödvändigt men inte tillräckligt. Idén måste förankras hos flera inblandade. I vårt fall var det tre olika enheter, tre enhetschefer, 39 handläggare, där omsättningen på handläggarna var ganska stor och där de som tillkom behövde uppdateras kontinuerligt. Vidare ingick fyra behandlare förutom projektledaren vars ansvar också innebar att kunna samarbeta mycket nära med behandlarna för att BR skulle kunna genomföras på bästa sätt.

En avgörande faktor för att ett projekt ska fungera någorlunda komplikationsfritt är att alla inblandade eller åtminstone några nyckelpersoner skall befinna sig i samma fas av processen. I vårt fall var det inte så. Vägen var krokig och lång men samtidigt lärorik, meningsfull och berikande. Trots att alla inblandade inte var på samma nivå i olika faser av processen hade vi alla det viktigaste målet gemensamt: att barn som hade bevittnat och/eller varit utsatta för våld i nära relationer skulle få hjälp med att bearbeta sina traumatiska upplevelser. Trots vissa svårigheter blev det möjligt att arbeta utifrån modellen som jag hade tänkt. Det gemensamma viktiga målet hjälpte oss alla att övervinna svårigheterna som vi mötte under projektets gång.

Vi visste att behovet av denna typ av insats var stort. Frågan var hur vi skulle tillmötesgå denna målgrupps behov. Tidigare hade förvaltningen erbjudit någon form av krisbearbetning för dessa barn men intresset och efterfrågan hade inte varit så stort. Jag hävdar att projektet Barnets Rum till stor del nådde måluppfyllelse. Enligt behandlarna i BR var en anledning till detta att vi i behandlingen inte var bundna av en bestämd metod. Vi fokuserade på barnens subjektiva upplevelser och var inte manualbaserade. Både behandlaren och klienten hade en frihet i sina fria associationer. Min personliga slutsats är att vi anpassade vår modell utifrån våra enskilda klienters behov, det vill säga, klienterna behövde inte anpassa sig efter våra metoder.

Förklaringen från handläggarna till att BR lyckades nå en ganska stor del av denna målgrupp var att de visste vad de erbjöd sina klienter. Metoden var fri, tidsbegränsad och tydlig. Vidare fick både föräldrarna och handläggarna feedback. I vår feedback kunde vi informera föräldrarna och handläggarna om vår bedömning om barnets psykiska status. För många föräldrar var det viktigt att höra att deras barn inte var ”skadade” av våldet eller av konflikten i familjen. De barn som behövde extra, alternativ hjälp fick det då BR kunde identifiera dessa behov och erbjuda annan form av hjälp och/eller insats.

En annan faktor som underlättade projektets framgång var att vi hade markerat att ingen myndighet skulle begära något utlåtande eller någon information om barnen från oss. Detta villkor var en lugnande faktor för de föräldrar som tackade ja till BR. Alla inblandade respekterade detta villkor i vår överenskommelse vilket framförallt de barn vi träffade vann på.

Barnets Rum kunde hjälpa cirka 60 % av de remitterade barnen direkt. Detta kunde vi bedöma med hjälp av de bedömningsinstrument vi valt inför projektet. Dessa mätte

barnens psykiska status och symtom. Bedömningarna gjordes innan insatsen påbörjades samt vid avslutning. Behandlarna gjorde också egna observationer av barnet kring hur slutna, ledsna, ängsliga, öppna, avslappnade och lekfulla barnen var över tid. Dessa beskrevs i separata PM som lämnades till projektledaren. Vid avslutningen gjordes också en kompletterande intervju med barnets vårdnadshavare kring dennes uppfattning om barnets utveckling under den tid insatsen pågick. Förälder och behandlare var så gott som i samtliga fall överens om en positiv utveckling i de 60 % av fallen där det bedömdes att insatsen var tillräcklig. I fallbeskrivningar som redovisas i projektrapporten framgår hur resultatet av insatsen fallit ut, både där Barnets rum varit tillräckligt och där den inte bedömts räcka till.

20 % av barnen som hörde till kategorierna ”för svåra”, ”avvaktande” eller ”BR räckte inte till” fick indirekt hjälp då vi kunde remittera vidare till alternativ vårdgivare. I dessa fall fanns också en överensstämmelse mellan vårdnadshavarens och behandlaren bild av barnets behov av fortsatt annat stöd.

Cirka 23 % av våra klienter kunde vi inte hjälpa p.g.a. bortfall. Jag hade varken tid eller resurser att undersöka närmare varför dessa valde att inte delta. En förklaring till bortfallet, som jag kunde konstatera utifrån mitt material, var att behandlaren tro på modellen kan vara en avgörande faktor när klienterna ska besluta sig för att tacka ja till insatsen. De behandlare som var mer kritiska till modellen BR fick fler återbud. Det förekom färre återbud när remisserna var välsorterade och föräldrarna inledningsvis välinformerade.

De remitterter som hade osorterade remisser var de som inte hade hunnit träffa föräldrarna tillräckligt och beskriva BR för dem. De hade skickat remiss till BR mycket snabbt utifrån enbart information om våldet i familjen. Den typen av remisser bidrog till det höga återbudet.

Barnets Rum var ett relativt litet projekt. Jag kan inte generalisera utifrån resultaten men jag kan väcka frågor och skapa underlag för faktorer att forska vidare kring i framtida undersökningar.

Det fanns säkert familjer som av rädsla tackade nej till insatsen (Barnets Rum var en frivillig insats). Man kan tänka sig att de inte ville att familjens hemligheter skulle avslöjas. Jag har inte haft möjlighet att titta på faktorer som skuld, skam, rädsla eller kultur i bortfallgruppen.

När det gäller resultatet av vår insats för tonåringar i projektet är jag missnöjd. Jag hade önskat att vi skulle ha kunnat hjälpa fler tonåringar. Jag tolkar det som att tonåringars bristande intresse för BR visar hur viktigt det är att erbjuda dem hjälp i ett tidigt skede. Det fanns säkert en del tonåringar som inte hade speciellt påtagliga problem trots att de hade varit utsatta för eller hade bevittnat våld i nära relationer. Jag var intresserad av att undersöka vilka de var? Att prata med en kompis kan det verkligen hjälpa dem? Eller hur många procent av dem söker hjälp hos Ungdomsmottagningar? Hur många av dem fortsätter att identifiera sig med aggressorn? Frågorna är många och området är stort och

komplikerat. Jag menar att det skulle behövas ett separat metodutvecklingsprojekt som fokuserar enbart på tonåringar. Det finns många obesvarade frågor kring ungdomars förhållningssätt till våld i familjen och sättet att hantera sina erfarenheter på. Jag lämnar frågan öppen för andra.

Ett annat område som jag är mindre nöjd med är hur vi hanterade bedömningsmaterialet. Jag hade önskat att vi gjort bedömningarna systematiskt och noggrant utifrån mallarna som jag hade tagit fram. Det blev till slut en kompromiss som fungerade men som jag inte är helt nöjd med.

Diskussionerna kring bedömningsmaterialen visar att djupare kunskap om utvecklingspsykologi och barnpsykologi behövs även i socialtjänsten. Denna kunskap bör inte, enligt min mening, ägas enbart av BUP och barnpsykiatri. Att denna typ av bedömning/behandlingskompetens bara ligger inom barnpsykiatriens område kan innebära att den inte kommer de barn till del, som blir föremål för olika insatser via socialtjänsten. Barn ska ha lika rättigheter som vuxna. Om socialtjänsten erbjuder hjälp och insatser för vuxna för deras barns skull måste man också ha fokus på barnperspektivet i alla insatser, även i korta behandlingar.

Att kunna göra en enkel bedömning av barns psykiska status är en del av måttet för att beskriva hur evidensbaserat man arbetar inom socialtjänsten. Ofta finns kunskap men man har inte tillämpat kunskapen på ett mer strukturerat sätt. Man måste träna och praktisera för att känna sig trygg i sin bedömning. Enbart diffus kunskap räcker inte.

En annan fråga som jag i dagsläget inte har svar på är uppföljningen av de ca 60 % av barnen som genomgick BR. Vi har inte haft några resurser för att följa upp gruppen efter till exempel sex månader eller ett år.

Avslutningsvis vill jag lyfta fram att vi inom projektet utvecklat en metod för att möta barn som upplevt våld i hemmet. Metoden borde lämpa sig väl för socialtjänsten som möter många av dessa barn men som ofta har svårt att få till insatser för målgruppen. Genom projektet har vi skapat ett rum för barnen, ett rum som tidigare inte fanns och vår ambition är att rummet ska finnas kvar och rymma än fler barn efter projektens slut.

Litteraturlista

Abazari Azra,(1998) Tortyr ur ett kvinnoperspektiv- Psykologexamenuppsats
Stockholms Universitet Psykologiska Institutionen.

Abazari Azra, Javier Cherry, Luis Hellebyick, Siv Hamring (2001). Våga leva
Ett projekt med grupper av krigs- och tortyrskadade flyktingar . Opublicerad rapport.

Bogren Monika, Volckerts Joachim (2002), red. Våldets psykologi, .Stockholm: Prisma.

Cullberg Weston Marta, (2008), Från skam till självrespekt, Stockholm: Natur och
Kultur.

Freud Sigmund (1920-1926).

Johansen Helen Christie (1994).

Isdal Per, (2001)., Meningen med våld., Stockholm:, Gothia förlag.

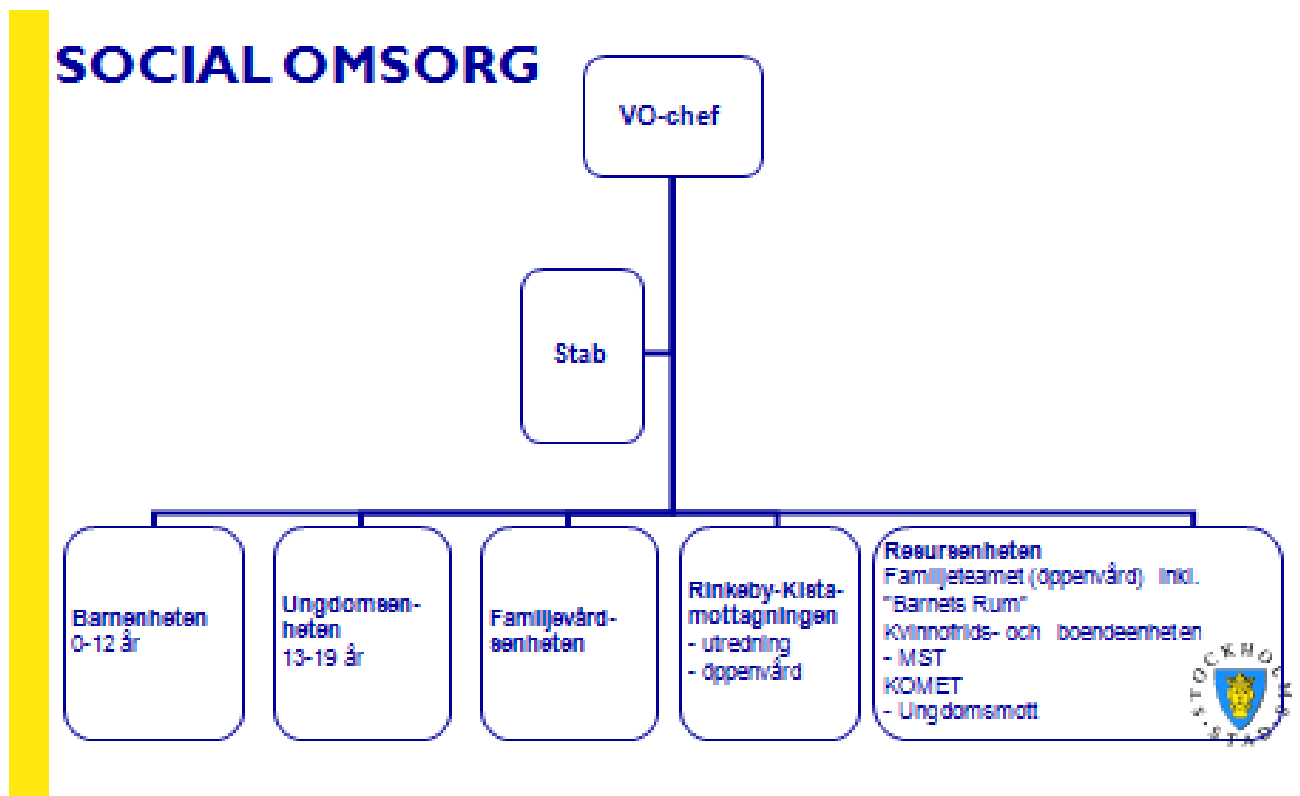
Kilbom Magnus (1983), Den eviga familjen. Stockholm: Natur och Kultur.

Kjellqvist Else-Britt (2006) Rött och Vitt: om skam och skamlöshet., Stockholm:
Carlssons.

Lewis Michael (1995). Shame the exposed Self. Free Press USA

Bilagor

Bilaga 1



CHILDREN'S GLOBAL ASSESSMENT SCALE - CGAS

För barn i åldrarna 4-16 år

Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, & Aluwahlia S.
Psychopharmacology Bulletin 1985, 1:747-8.

Anpassning av "The Global Assessment Scale for Adults"
Spitzer RL, Gibbon M & Endicott i *Archives of General Psychiatry* 1983, 40:1228-1231.

Svensk översättning 2001-02-23

Marianne Helgesson, fil lic leg psykolog och Per Gustafsson, MD PhD
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset, 581 85 Linköping

Skatta personens mest nedsatta generella funktionsnivå under den specificerade tidsperioden genom att välja den lägsta nivå som beskriver hans/hennes fungerande på ett hypotetiskt kontinuum av hälsa-sjukdom. Använd även de intermediära nivåerna (t.ex. 35, 58, 62).

Skatta aktuell funktionsförmåga utan hänsyn till behandling eller prognos. De tillhandahållna exemplen på beteenden är enbart illustrativa och erfordras inte för en speciell skattnig.

Specificerad tidsperiod: 1 månad

- 100-91** Synnerligen god funktionsförmåga på alla områden (hemma, i skolan och med kamrater), involverad i ett brett spektrum av aktiviteter och har många intressen (t.ex. har hobbies eller deltar i aktiviteter utanför skolan eller tillhör en organiserad grupp såsom scoutier, etc.). Sympatisk, självsäker, vardagliga bekymmer blir aldrig ohanterliga. Kjarar sig bra i skolan. Inga symtom.
- 90-81** God funktionsförmåga på alla områden. Trygg i miljön, skolan och med kamrater. Det kan förekomma tillfälliga svårigheter och vardagsbekymmer som ibland blir ohanterliga (t.ex. mild ångest i anslutning till ett viktigt prov, sporadiska vredesutbrott mot syskon, föräldrar eller kamrater).
- 80-71** Endast obetydliga funktionssvårigheter hemma, i skolan eller bland kamrater. Viss beteendestörning eller vissa känslomässiga problem kan förekomma som reaktion på stressframkallande livshändelser (t.ex. föräldrars separation, dödsfall eller ett syskons födelse), men dessa är kortvariga och störningen av funktionsförmågan övergående. Dessa barn är endast minimalt störande för andra och anses inte avvika av personer som känner dem.
- 70-61** En del svårigheter inom ett enskilda område, men fungerar allmänt sett ganska väl (t.ex. sporadiska eller isolerade antisociala handlingar som tillfällig skolk eller småstöld; genomgående smärre svårigheter med skolarbete, kortvariga växlingar i stämningssläge; rädslor och ångstan som inte leder till allvarlig undvikande beteende; tvivel på sig själv). Har några meningsfulla relationer. De flesta personer som inte känner barnet vill skulle inte betrakta honom/henne som avvika, men de som känner honom/henne vill skulle kunna uttrycka oro.
- 60-51** Varierande funktionsförmåga med sporadiska svårigheter eller symtom inom flera, men inte alla, sociala områden (t.ex. ibland osammanhängande eller in-
- 50-41** Måttlig påverkan av funktionsförmågan inom de flesta sociala områden eller allvarlig störning av funktionsförmågan inom ett område, vilket kan orsakas av t.ex. suicidal upptagenhet eller suicidala grubblerier, skolvägran och andra former av ångest, tvångsmässiga ritualer, allvarliga konversionsymtom, täta ångest-attacker, täta episoder av aggressivt eller annat antisocialt beteende med visst bibehållande av meningsfulla sociala relationer.
- 40-31** Allvarligt nedsatt funktionsförmåga inom flera områden och oförmögen att fungera inom ett av dessa områden, dvs. störd hemma, i skolan, med kamrater eller i samhället i stort (t.ex. ihållande aggression utan uppenbar anledning; påtagligt tillbakadraget och isolerat beteende beroende på antingen stämningssvårigheter eller tankestörning, suicidförsök med tydlig dödlig avsikt). Dessa barn behöver sannolikt särskild skolgång och/eller inläggning på sjukhus eller bli avstängda från skolan (men detta är inte ett tillräckligt inklusionskriterium för denna kategori).
- 30-21** Oförmögen att fungera inom nästan alla områden, t.ex. stannar hemma, på avdelning eller i säng hela dagen utan att delta i sociala aktiviteter eller allvarlig störning av verklighetsfattningen eller allvarlig kommunikationsstörning (t.ex. ibland osammanhängande eller in-adekvat).
- 20-11** Kräver ansenlig tillsyn och övervakning för att förhindras att skada andra eller sig själv, t.ex. ofta våldsam, upprepade suicidförsök eller för att sköta personlig hygien eller grav störning av alla former av kommunikation, t.ex. allvarlig avvikelse i verbal kommunikation och kroppsspråk, markerad social reservation, stupor, etc.
- 10-1** Kräver ständig tillsyn och övervakning (24-tim vård)

Bilaga 3

Psykosocial påfrestning av betydelse för barnets psykiska hälsa

- 1 Relationsproblem mellan vuxna i familjen (oenighet, skilsmässa)
- 2 Andra relationsproblem i familjen
- 3 Vårdnads- och umgängesproblem
- 4 Relationsproblem - omgivningen, inkl isolerad familj
- 5 Relationsproblem, kamrater
- 6 Barnet är eller har varit skilt från mor/far (även ad/fosterbarn)
- 7 Dödsfall i familjekretsen
- 8 Somatiska hälsoproblem i familjen (mor/far/syskon/övrig)
- 9 Uppgift föreligger om psykisk störning i familjen
- 10 Uppgift föreligger om missbruk i familjen (mor/far/syskon/övrig)
- 11 Uppgift föreligger om eftersatt fysisk vård och/eller psykiskt omhändertagande
- 12 Upprepade flyttningar
- 13 Fysisk misshandel av barnet inom familjen
- 14 Uppgift förekommer om misshandel i familjen
- 15 Uppgift förekommer om sexuellt övergrepp, barn
- 16 Uppgifter förekommer om annan kriminalitet hos övriga familjemedlemmar
- 17 Krigs/ katastrofupplevelse
- 18 Kultur-, migration och/eller språkproblem
- 19 Flyktingbakgrund
- 20 Ovisshet kring uppehållstillstånd, eget/anhörigas
- 21 Arbetslöshet hos föräldrar
- 22 Arbetslöshet hos tonåring
- 23 Bristande resurser i förskola/skola
- 24 Övrigt (t.ex. svag ekonomi, bostadsproblem)
- 25 Ingen social påfrestning har noterats.

Bilaga 4

DSM IV-diagnos/symtom
(flera alternativ kan anges, tillägg kan ske)

| | Sid, Mini-D IV |
|----|---|
| 1 | Mental retardation 37-38 |
| 2 | Inlärningsstörningar 38-40 |
| 3 | Motorisk störning 40 |
| 4 | Kommunikationsstörningar (t.ex. tal- och språkstörningar) 40-43 |
| 5 | Genomgripande störning i utveckling (t.ex. autism) 43-47 |
| 6 | Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning 47-49 |
| 7 | Uppförande störning 49-51 |
| 8 | Trotssyndrom, utagerande stört beteende UNS 51-52 |
| 9 | Uppfostringsvårigheter och ätstörningar hos spädbarn och småbarn 52-53 |
| 10 | Tics, Tourettes syndrom 53-55, 58-59 |
| 11 | Encopres 55 |
| 12 | Enures 55-56 |
| 13 | Ångeststörning (utom tvång och posttraumatiskt stressyndrom) 56-57, 153-159 162-167, 213-214 |
| 14 | Tvångssyndrom 159-160 |
| 15 | Posttraumatisk stressyndrom 160-162 |
| 16 | Reaktiv kontaktstörning hos spädbarn/småbarn 57-58 |
| 17 | Missbruk 62-64, 77-110 |
| 18 | Schizofreni och andra psykotiska sjukdomar 111-121 |
| 19 | Förstämningssyndrom 123-152, 213-214 |
| 20 | Somatoforma syndrom, psyk.fakt. som påverkar som.sjukd. 169-174, 225-226 |
| 21 | Sexuell störning eller könsidentitetsstörning 181-193 |
| 22 | Ätstörningar 195-197 |
| 23 | Sömnstörning 199-208 |
| 24 | Identitetsproblem 235 |
| 25 | Självordsförsök |
| 26 | Övrigt (inkl. lättare symtom än ovan angivna, utvecklingskriser) 177-180 |
| | Kontrollera först om någon UNS-diagnos (Mini-D IV) är tillämplig! |
| 27 | Inga symtom hos barn |
| 28 | Adekvat underlag för diagnos saknas, (T.ex när endast föräldrajournal finns; kan även vara aktuellt vid få besök) |

Bilaga 5

Checklista för bedömning om barnet psykisk status vid start och avslut av insatsen "Barnets Rum"

Barnets Namn:

Behandlarens namn:

Datum:

1- Om någon vuxen är orolig för barnets psykiska hälsa och utveckling:

- Skolan/ förskolan
- Föräldrarna
- Socialtjänsten

Nedanstående frågeställningar kan fungera som en checklista vid bedömning av barnets/ ungdomens psykiska tillstånd *som ju också kan utgöra din grund för oro.*

2-barnets/ungdomens psykiska ohälsa som kan uttryckas i olika områden, på olika sätt t ex:

Sover dåligt, drömmer mardrömmar

Äter för mycket, för litet mat,

Hur barnet/ungdomen uttrycker sin ilska, aggression, ängslighet, sin oro och ångest, har börjat snatta?

Visar barnet/ungdomen psykosomatiska symptom? T.ex. ont i magen, illamående, huvudvärk.

Visar skuld, skam

Har barnet/ungdomen regredierat i sin ålders adekvata/ normala utveckling? T.ex. kisar på sig, vill sova i mammans säng, mm.

Är barnet hängigt, extra försiktig, gränslös?

3-Barnets/ Ungdomens relation till sina kamrater

Hur leker/umgås barnet/ungdomen med jämnåriga?

Är barnet/ungdomen aggressiv, rädd, extra försiktig eller tillbakadragen i relationen till kompisar?

4-C – Barn/ungdomens relation till vuxna

Icke adekvat arg på vuxna?

Undviker vuxna?

Anklagar på ett ickeadekvat sätt?

Isolerar sig, drar han/hon sig undan?

5- Barnets egen uppfattning om våldet

6- Barnets egen uppfattning om Barnets Rum insatsen (om det är möjligt)

Azra Abazari

Bilaga 6

Kriterier för att remittera till Barnets Rum utifrån våld

Kriterierna för att remittera till Barnets Rum i stora drag är:

- 1- Att våld i familjen har förekommit
- 2- Vid remisstiden har våldet upphört
- 3- Utredningen bör vara avslutad
- 4- Att Vuxna (antingen skolan/ förskolan, handläggaren eller föräldrarna) uttrycker oro för barnets psykiska hälsa och utveckling.

Nedanstående Frågeställningar kan fungera som en checklista vid bedömning av barnets/ungdomens psykiska tillstånd som ju också kan utgöra din grund för oro.

A- barnets/ungdomens psykiska ohälsa som kan uttryckas i olika områden, på olika sätt t ex:

Sover dåligt, drömmer mardrömmar?

Äter för mycket, för litet mat?

Hur barnet/ungdomen uttrycker sin ilska, aggression, ängslighet, sin oro och ångest, har börjat snatta?

Visar barnet/ungdomen psykosomatiska symptom? T.ex. ont i magen, illamående, huvudverk m.m.

Känslan av skuld, skam?

Har barnet/ungdomen har regredierat i sin ålders adekvata/ normala utveckling?

T.ex. kissar på sig, vill sova i mammans säng?

Är barnet hängigt? Extra försiktig? Gränslös?

B- Barnets/ Ungdomens relation till sina kamrater

Hur leker/ umgås barnet/ ungdomen med andra jämnåriga?

Har Barnet/ungdomen blivit aggressiva, rädda, extra försiktiga eller tillbakadragen i relationen till kompisar?

C – Barn/ungdomens relation till vuxna

Icke adekvat arga på vuxna?

Undviker dem vuxna?

Anklagar på ett ickeadekvat sätt?

Isolerar sig, drar han/hon undan sig?

Tar på sig ett vuxenansvar?

Bilaga 7

Mall för ”BR” PM

Barnets namn, efternamn, personnummer

Behandlarens namn

Handläggarens namn

Datum för första besök/ med barnet

Datum för sista besök/ med barnet

Antal besök

Beskrivning

Beskrivningen skall omfatta t.ex. barnets symptom, ångest, oro, ängslighet och relationen till behandlaren i början och vid avslut

Vilka metoder/ tekniker har ni använt

Beskriv förändringen. Förändringen behöver inte nödvändigtvis bero på insatsen. Ändå är det viktigt att beskrivas.

Ev. rekommendation för framtiden (det kan vara rekommendation för föräldrar behandling, andra stöd till föräldern mm... eller om barnet själv)

Föräldrarnas beskrivning om förändringen hos barnet

Barnets egen uppfattning om våldet

Barnets egen uppfattning om insatsen (om det är möjligt)

Azra 09 11 20

Bilaga 8

Frågor till behandlarna

Rubriker:

| | | | |
|---------------------------------|------------------------|----------|------------|
| Ärende/barn nr | ... | | |
| Inledningsträff med pappa ja | mamma nej | ja | nej |
| Antal möten med barnet | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 | | |
| Avslutande träff med | mamma Pappa | ja ja | nej nej |

Vad har jag lärt mig:

Komplikationer utifrån modellen:

Allmänna reflektioner:

Synpunkter kring vad barnet/familjen skulle behöva mer av:

Synpunkter på uppdragsgivaren/ uppdraget

t.ex. bra information eller bristande information, vad skulle ha gjorts bättre.

Bilaga 9

Frågor till handläggare

Jag är tacksam för era synpunkter om projektet Barnets Rum. Era synpunkter hjälper oss att förbättra och utveckla modellen så mycket som är möjligt för att anpassa modellen för utsatta barnens/ungdomens behov av hjälp inom socialtjänstens regi.

1-Vad tycker ni allmänt om ”Barnets Rum? Var det enkelt/ svårt/ krångligt att kunna presentera för föräldrar och ungdomar?

2- Vad var det som var annorlunda med andra typer av insatserna som ni brukar föreslå till denna målgrupp?

3- Vad var det som saknades i modellen?

4- Vad var det som var positivt med modellen

5- Skulle ni vilja även i framtiden (efter projektets slut) skriva den typ av remiss till Familjeteamet?

6-Övriga kommentarer

Ni får skriva hur lång som helst .

Hälsningar

Azra09 10 29

Bilaga 10

Kriterier för att remittera till Barnets Rum utifrån missbruk i familjen

- 1) Att missbruk i familjen har förekommit, alkohol eller droger
 - 2) Vid remisstiden är skyddet för barnet tillräckligt
 - 3) Utredningen bör vara avslutad.
 - 4) Att vuxna (antingen skolan/ förskolan eller föräldrarna) uttrycker oro för barnets psykiska hälsa och utveckling.
 - 5) Handläggarens bedömning är att barnet behöver stöd. Det finns en grund för oro.
- Kriterier 1 - 3 + 4 och/eller 5 ska vara uppfyllda vid remiss till Barnets Rum.

Barnets Rum behöver följande kompletterande information i samband med remissen:

- Familjesituation.
- Vem missbrukar/ har missbrukat i familjen?
- Vilken form av missbruk, alkohol, droger? Karaktären på missbruket.
- Om personen som missbrukar/ missbrukat inte bor med familjen. Hur ser umgängesformerna ut?
- Har den missbrukande föräldern kontakt med Rinkeby-Kistamottagningen eller annan missbruksvård?

Nedanstående frågeställningar kan fungera som en checklista vid bedömning av barnets/ ungdomens psykiska tillstånd *som ju också kan utgöra handläggares grund för oro.*

A-barnets/ungdomens psykiska ohälsa som kan uttryckas i olika områden, på olika sätt t ex:

Sover dåligt, drömmer mardrömmar?

Äter för mycket, för litet mat?

Hur barnet/ungdomen uttrycker sin ilska, aggression, ängslighet, sin oro och ångest, har börjat snatta?

Visar barnet/ungdomen psykosomatiska symptom? T.ex. ont i magen, illamående, huvudverk m.m.

Känslan av skuld, skam?

Har barnet/ungdomen har regredierat i sin ålders adekvata/ normala utveckling?

T.ex. kissar på sig, vill sova i mammans säng?

Är barnet hängigt? Extra försiktig? Gränslös?

B- Barnets/ Ungdomens relation till sina kamrater

Hur leker/ umgås barnet/ ungdomen med andra jämnåriga?

Har Barnet/ungdomen blivit aggressiva, rädda, extra försiktiga eller tillbakadragen i relationen till kompisar?

C – Barn/ungdomens relation till vuxna

Icke adekvat arga på vuxna?

Undviker dem vuxna?

Anklagar på ett ickeadekvat sätt?

Isolerar sig, drar han/hon undan sig?

Tar på sig ett vuxenansvar?

Azra 2009 -11-30

