



Stiftelsen
Allmänna Barnhuset



KIBB



SLUTRAPPORT

KIBB projektet

Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel

2013–2015



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

KAPITEL 1	
Sammanfattning	5
KAPITEL 2	
KIBB projektet 2012 – 2015	7
KAPITEL 3	
Barnmisshandel i Sverige	9
KAPITEL 4	
Varför KIBB? Så här startade det	13
KAPITEL 5	
KIBB forskningssöd	15
KAPITEL 6	
KIBB behandlingsmodell	17
KAPITEL 7	
KIBB behandlingsmodell	21
KAPITEL 8	
Samtal med barn och föräldrar samt KIBB behandlare, socialsekreterare och åklagare	29
KAPITEL 9	
KIBB utbildningen	39
KAPITEL 10	
Diskussion resultat och erfarenheter, framtida behov	43
Referenser	45

FÖRORD

Barnkonventionen slår fast att varje barn har rätt att skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, innefattande sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavares eller annan persons vård.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset startade ett projekt 2006 i samarbete med forskare från Linköping och Lunds universitet för att pröva en behandlingsmodell för familjer där det förekom barnmisshandel. KIBB – Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel är en specialiserad form av behandling för barn som blivit fysiskt misshandlade och traumatiserade inom familjen.

Åren 2010 till 2011 utformades en försöksverksamhet med syfte att utvärdera behandlingseffekterna och forskningsstudien visade på lovande resultat för både barn och föräldrar. Mellan åren 2012 till 2015 har utbildningsinsatser i KIBB genomförts tillsammans med en fördjupad forskningsstudie. I den här rapporten kan du ta del av resultat och erfarenheter från implementeringen av KIBB i Sverige.

Att driva utvecklingsarbete och omsätta den i praktiken så att det blir en verklig förändring för barn kräver kompetens, engagemang, uthållighet och god uppföljning. I utvecklingen av KIBB har flera aktörer samverkat och det är med stor glädje jag mött forskare, utbildare och behandlare. Tack för inbjudande dialog.

Särskilt vill jag tacka Ylva Söderlind Göthner, handläggare på Stiftelsen Allmänna Barnhuset, för din drivkraft, inspiration och tålamod att leda alla delar i KIBB. Du har följt varje steg, stöttat forskare, utbildare och behandlare att forma KIBB till den modell med goda resultat som idag finns i Sverige.

Ett stort tack till Carl Göran Svedin och Doris Nilsson Linköpings universitet samt Cecilia Kjellgren och Johanna Thulin Linnéuniversitet i Växjö för ert mod att pröva nya vägar och positiva anda att forma och utvärdera KIBB i Sverige. Ni har varit ovärderliga för utvecklingen av KIBB, medvetna små steg har tagits där kvalitet och uppföljning varit centrala.

I spridning av KIBB har utbildarna Elisabet Kjellander, Linda Eriksson, Emma Andersson, Marie Westford, Lotta Lindgren och Anna Nelsson haft en central och viktig roll. Stort tack för ert enastående pionjärarbete som utbildare i KIBB och att ni lyckats förmedla hur man skapar hopp, säkerhet och trygghet i mötet med barn och föräldrar.

Tack alla nya KIBB behandlare som medverkar i den fortsatta implementeringen av KIBB. Ni har stort engagemang och mod att vilja pröva, förstå och reflektera.

Sist men inte minst vill jag tacka alla barn och föräldrar som deltagit i KIBB behandling. Ni som lyckas bryta destruktiva mönster och stoppa våldet, som gett era barn och er familj en ny chans till ett bättre liv tillsammans, ni är de verkliga hjältarna!

Stiftelsen Allmänna Barnhuset
Oktober 2015

Cecilia Sjölander
Generalsekreterare



KAPITEL 1

Sammanfattning

BAKGRUND • I Sverige har det inte tidigare erbjudits någon specialiserad form av behandling för barn som blivit fysiskt misshandlade och traumatiserade inom familjen utan vanligtvis har barn och familj erbjudits de insatser som andra familjer med svårigheter erbjuds.

Trots att det är väl dokumenterat att fysisk misshandel har långt gående negativa effekter för barn och att det också finns dokumenterat att våld ofta förs över till nästa generation så är forskningen begränsad vad det gäller effektiva metoder för intervention att stoppa våldet i familjerna. Socialstyrelsen anger följande definition: Fysiskt våld innebär att ett barn av någon annan orsakas kroppsskada, sjukdom, smärta eller blir försatt i vanmakt eller annat liknande tillstånd. Inget av detta har dock satt några avtryck i den svenska lagstiftningen på så sätt att barnmisshandel skiljts ut från vanlig misshandel.

Antalet polisanmälda fall av fysisk misshandel av barn har kontinuerligt ökat under den senaste trettioårsperioden (BRÅ 2013). År 1982 var omkring 1 000 fall av våld mot barn anmälda till polisen och 2014 anmäldes 19 100 misshandelsbrott mot barn (BRÅ 2015).

Från år 2000 och 10 år framåt har den anmälda misshandeln mot de yngre barnen mer än fördubblats och när det gäller de större barnen har en femtioprocentig ökning skett.

Barnmisshandel kommer vanligtvis till myndighetenas kännedom i samband med att barn berättat, visat symptom eller haft skador till följd av misshandel eller att någon bevittnat misshandeln.

Att drabbas av trauma till följd av barnmisshandel riskerar att förorsaka psykosociala problem såväl på kort som på lång sikt varför ett gott omhändertagande är viktigt. Initialt behöver barnet och familjen ett krisbemötande och en bedömning av fortsatt behov av stöd och behandling. Det är socialtjänstens ansvar att se till att barnet är skyddat men det är också viktigt att värdera barnets egen upplevelse av skydd. Riktade professionella insatser blir viktiga för att mildra eller

förhindra en negativ utveckling.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset i samarbete med forskare från Linköping och Lunds universitet startade 2006 ett projekt för att pröva en behandlingsmodell för familjer där det förekom barnmisshandel.

Modellen Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy (CPC-CBT) har utarbetats av Melissa Runyon vid Cares Institute, New Jersey, USA, och prövats i USA med lovande resultat. I Sverige kom behandlingsmodellen att kallas för **KIBB – Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel**.

Efter några års försöksverksamhet utformades 2010 – 2011 en forskningsstudie med syfte att utvärdera behandlingseffekterna. Pilotstudien visade på lovande resultat för barnen avseende minskade symptom till följd av trauma och för både barn och föräldrar en förbättrad psykisk hälsa. Föräldrarnas uppfostringsmönster förändrades också i en signifikant positiv riktning.

Mer än hundra familjer fick del av KIBB-behandling under den första projektperioden och erfarenheten var att metoden var framgångsrik och användbar även i svensk kontext.

KIBB är en evidensbaserad behandlingsmetod som bygger på forskning från anknytnings teori, inlärningspsykologi, utvecklingspsykologi, humanistisk psykologi och i viss mån psykodynamisk teori. Målgruppen är barn i åldrarna 3 – 17 år och deras föräldrar och syskon. När en KIBB behandling påbörjas föreligger alltid en anmälan till socialtjänsten och oftast till polisen angående barnmisshandel. Socialtjänsten gör en bedömning om KIBB är en lämplig insats för familjen. För att KIBB ska kunna bedrivas krävs att det finns en berättelse från barnet om misshandel och att föräldern, åtminstone delvis, tillstår misshandeln.

KIBB omfattar cirka 16 behandlingstillfällen med vanligtvis ett tillfälle i veckan. Behandlingen kan bedrivas i grupp eller med enskilda familjer, där det sistnämnda är det vanligaste. Varje session innefattar en del där en behandlare träffar barnet (barngruppen) enskilt och en behandlare träffar föräldern/föräldrarna (föräldragruppen). Därefter avslutar man varje behandlingssession gemensamt för familjen.

De positiva resultaten blev utgångspunkten för Stiftelsen Allmänna Barnhuset att söka medel för fortsatt spridning av modellen samt för att genomföra en mer omfattande forskningsstudie i samarbete med Linköpings universitet och Linnéuniversitetet i Växjö.

Syftet med forskningsstudien var att undersöka om KIBB är en verksam behandling för föräldrar och barn där det förekommer fysisk barnmisshandel, och om barn efter avslutad behandling rapporterar minskad kroppslig bestraffning och förbättrade föräldrastategier.

Resultat KIBB projektet 2012–2015

Under 2013 påbörjades datainsamlingen för effektutvärderingen. Både barn och föräldrar fyller enskilt i olika självskattningsformulär vid tre tillfällen. När familjen påbörjar behandling, vid avslutad behandling och efter ytterligare sex månader. Sammanlagt har 45 föräldrar och 34 barn hittills deltagit i för- och eftermätningen, resultat som redovisas i den här rapporten.

FÖRÄLDRARS UPPLEVELSE AV BARNS TRAUMASYMPTOM

Föräldrarna upplevde att det skett en signifikant minskning av barns traumasymptom på samtliga testade variabler (ångest, depression, ilska, posttraumatiska stressymptom och dissociation).

Posttraumatiska stressymptom (PTS) mättes på tre delskalor; invänderande/återupplevande känslor, undvikande samt överspändhet. Även här upplevde föräldrarna att barnens traumasymptom minskat.

FÖRÄLDRASTRATEGIER

Föräldrarna hade signifikant minskat sitt våldsutövande och nästintill alla hade helt upphört med fysiska bestraffningar. Däremot visar föräldrarnas svar inte att de förvärvat fler positiva föräldrastategier.

DEPRESSION

Ett av de starkaste resultaten från effektstudien är hur föräldrars mående förändrats efter att ha tagit del av behandling. KIBB har inte som uttalat syfte att minska föräldrars grad av depression, men resultaten tyder på att komponenter i behandlingen är verksamma för just detta.

BARN OCH TRAUMA

Resultaten visar att barnen har signifikant minskade traumasymptom på samtliga testade variabler. Barnen rapporterar mindre ångest och oro, depressiva känslor, ilska, posttraumatisk stress och mindre dissociation.

Barnen som är aktuella i den här studien visar att de har varit med om flera potentiellt traumatiserade händelser.

Siffrorna bekräftar bilden av att fysiskt slagna barn är en utsatt grupp där sannolikheten är stor att de varit utsatta även för andra typer av trauman.

BARNS UPPLEVELSER AV FÖRÄLDRARNAS UPPFOSTRINGSSTRATEGIER

Barnen rapporterar en signifikant minskning av föräldrarnas våldsanvändning, men värt att notera är att barnen rapporterar högre värden än föräldrarna vid såväl förmätning som eftermätning. Skillnaderna understryker vikten av att även inhämta barnens upplevelser när man undersöker förhållande i en familj.

CERTIFIERING AV SVENSKA UTBILDARE OCH UTBILDNING AV KIBB BEHANDLARE

Certifieringen av svenska utbildare planerades tillsammans med Melissa Runyon, Cares Institute, New Jersey som också ansvarade för certifieringen. Melissa Runyon hade tidigare inviterats till Sverige och var involverad i den första implementeringen av KIBB och pilotstudien. I september 2014 blev sex erfarna KIBB behandlare certifierade utbildare i KIBB.

Den första utbildningen för KIBB behandlare startade i mars 2013 och avslutades i mars 2014. Utbildningen vände sig till personal vid Barnhusen. 29 deltagare påbörjade utbildningen, 21 kursdeltagare fullföljde och 17 stycken blev certifierade KIBB behandlare. I november 2014 startade en ny utbildningsomgång med 39 deltagare som avslutats i september 2015. Utbildningen vände sig främst till familjebehandlingsenheter. Nya utbildningar planeras i slutet av 2015 och under 2016.

KAPITEL 2

KIBB projektet 2012 – 2015

Ylva Söderlind Göthner, projektledare Stiftelsen Allmänna Barnhuset

INLEDNING • I Sverige har det inte tidigare erbjudits någon specialiserad form av behandling för barn som blivit fysiskt misshandlade och traumatiserade inom familjen utan vanligtvis har barn och familj erbjudits de insatser som samtliga familjer med svårigheter erbjuds. Fysiskt misshandlade barn har ofta aktualiserats hos socialtjänsten vid mer än ett tillfälle¹. Behandlingsforskning har också visat att barn behöver professionell hjälp att tala om och bearbeta de specifika händelser de varit med om. Barn som utsätts för fysisk misshandel uppvisar vanligtvis olika symtom från akut stress, posttraumatiskt stressyndrom, ångest och sömnsvårigheter och senare i livet depressioner och aggressionsproblematik².

Föräldrar behöver hitta både nya strategier i sin barnuppfostran och andra sätt än aggressivt beteende i relation till sina barn.

Det var upprinnelsen till att Stiftelsen Allmänna Barnhuset i samarbete med forskare från Linköping och Lunds universitet 2006 startade ett projekt för att pröva en behandlingsmodell för familjer där det förekom barnmisshandel. Modellen Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy (CPC-CBT) har utarbetats av Melissa Runyon vid Cares Institute, New Jersey, USA, och prövats i USA med lovande resultat. I Sverige kom behandlingsmodellen att kallas för KIBB – Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel. I det inledande projektet deltog fem behandlande verksamheter. Efter några års försöksverksamhet utformades 2010–2011 en forskningsstudie med syfte att utvärdera behandlingseffekterna. Pilotstudien visade

på lovande resultat för barnen avseende minskade symptom till följd av trauma och för både barn och föräldrar en förbättrad psykisk hälsa. Föräldrarnas uppfostringsmönster förändrades också i en signifikant positiv riktning.

De positiva resultaten och den unika modellen som bygger på att hela familjen ingår i behandlingen är bakgrunden till att Stiftelsen Allmänna Barnhuset i samarbete med forskarna ansökte om medel hos dåvarande Statens folkhälsoinstitut för fortsatt spridning av modellen samt för att genomföra en mer omfattande forskningsstudie i samarbete med Linköpings universitet och Linnéuniversitetet i Växjö.

Projektet har huvudsakligen finansierats med medel från Folkhälsomyndigheten. Projektet har ingått i Folkhälsomyndighetens satsning på "Barn i riskzon" 2012–2015.

SYFTE

Syftet med projektet var att undersöka om KIBB är en verksam behandling för föräldrar och barn där det förekommer fysisk barnmisshandel, och om barn efter avslutad behandling rapporterar minskad kroppslig bestraffning och mer positivt föräldraskap. Effekterna av KIBB behandlingen mäts och följs upp i forskningsstudien.

Ett syfte var också att utbilda fler behandlare i KIBB så att fler familjer kan erbjudas behandling. Det skulle också bidra till bättre förutsättningar att utvärdera effekterna. Således behövde ett utbildningsprogram för KIBB utformas och svenska utbildare certifieras i behandlingsmodellen. Mer kunskap behövdes också inför den fortsatta implementeringen av KIBB i Sverige. Om utvärderingen visade positiva resultat var planeringen att sprida metoden i hela landet.

MÅL KIBB PROJEKTET 2012 – 2015

1. Att planera och lägga upp en KIBB utbildning och certifiera svenska utbildare.
2. Att utbilda fler KIBB behandlare för fortsatt implementering och spridning av behandlingsmodellen.
3. Att lägga upp en forskningsstudie för utvärdering av behandlingseffekterna av interventionen KIBB

Målen är inbördes beroende av varandra vilket har förutsatt ett nära och gott samarbete mellan alla involverade.

En viktig förutsättning var att några erfarna KIBB behandlare var intresserade av att certifiera sig som svenska utbildare i KIBB och att deras arbetsgivare var positiva till detta. Målet var att certifiera minst 4 utbildare i KIBB. Utbildningen till behandlare skulle erbjudas till personal vid sex Barnahus och målet var att få ca 20 – 25 kursdeltagare.

I forskningsprojektet ingick två undersökningsgrupper en behandlingsgrupp (de som fick KIBB) samt en kontrollgrupp. I båda grupperna skulle före- och eftermätningar göras samt en uppföljande mätning sex månader efter avslutad behandling. Målet var att få ett underlag på sammanlagt 70 barn i respektive grupp.

PROJEKTORGANISATION

Projektet har haft en styrgrupp bestående av Stiftelsen Allmänna Barnhusets generalsekreterare, Cecilia Sjölander, projektledare Ylva Söderlind Göthner, forskningsteamet samt representanter för utbildarna och kursdeltagarna.

Forskarteamet har bestått av professor Carl Göran Svedin och biträdande professor Doris Nilsson vid Linköpings universitet samt lektor Cecilia Kjellgren och doktorand Johanna Thulin, vid Linnéuniversitetet Växjö.

Representanter för utbildarna och kursdeltagarna har varit Elisabet Kjellander, Barnahus mellersta Skåne, Lotta Lindgren, BUP Elefanten i Linköping

och Ann-Christin Falk, Barnahus södra Roslagen. Styrgruppen har träffats 1 – 2 gånger per termin. Medlemmar i forskarteamet har också medverkat på utbildningsseminarierna. Stiftelsen Allmänna Barnhuset har samordnat projektet.

KORT OM KIBB BEHANDLINGSMODELL

KIBB – kognitiv integrerad behandling vid barnmisshandel – är en behandlingsmodell för familjer där fysisk barnmisshandel förekommit. KIBB bygger på att familjer i öppenvård, gemensamt eller enskilt, får behandling i barn- respektive föräldragrupp. Behandlingen utförs av familjebehandlare och omfattar 16 tillfällen med en veckas intervall. Varje behandlingstillfälle har ett eller flera teman. Behandlingsteman för föräldragrupperna är bl.a. effekter av våld, hur våld påverkar barn, föräldrastrategier att hantera ilska, aktivt lyssnande och trygghetsplan. Exempel på behandlingsteman för barngrupperna är, att uttrycka känslor och reducera ångest, coping för att hantera stress och berätta om upplevelser av våldet (traumaberättelser). Varje behandlingstillfälle avslutas med att behandlare träffar familjen, föräldrar och barn, för att integrera praktik av nya färdigheter och strategier.

TILL LÄSAREN

Det finns inte tidigare något publicerat på svenska om implementeringen av KIBB i Sverige och vilken kunskap som metoden vilar på. Därför har vi valt att lyfta in några kapitel som beskriver detta samt ett kapitel med aktuell kunskap om barnmisshandel.

Kapitel 1 sammanfattar KIBB projektet 2012 – 2015.

Kapitel 2 ger en kort bakgrund till projektet och vilka mål vi satte upp.

Kapitel 3 sammanfattar aktuell kunskap om barnmisshandel.

Kapitel 4 handlar om den första implementeringen av KIBB i Sverige.

Kapitel 5 beskriver vilka teorier och forskningsstöd som KIBB bygger på.

Kapitel 6 beskriver KIBB behandlingsmodell och erfarenheter från praktiken.

Kapitel 7 redovisar resultaten från forskningsstudien.

Kapitel 8 återger vad barn, föräldrar och professionella säger om KIBB.

Kapitel 9 beskriver hur KIBB utbildningen genomförts och nuvarande utbildningsprogram.

Kapitel 10 innehåller en kortare diskussion kring resultatet, erfarenheter och framtida behov.

Varje kapitel har en angiven huvudförfattare men helheten, den slutliga texten har vi tillsammans ansvar för.

KAPITEL 3

Barnmisshandel i Sverige

Carl Göran Svedin, professor Linköpings universitet

Fysisk misshandel av barn har sedan mitten av förra århundradet uppmärksamats internationellt som en skadlig behandling av barn och den offentliga debatten i Sverige ledde under 70-talet till att Sverige som första land i världen införde ett förbud 1979 mot kroppslig bestraffning av barn.

Föräldrabalkens 6 kapitel 1 § är formulerad:

Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Barn skall behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling.

Det har varit svårt att definiera begreppet barnmisshandel och olika svenska utredningar och myndigheter har försökt att göra detta och senast i den parlamentariska utredning föreslog Kommittén mot barnmisshandel¹ att barnmisshandel är ”när en vuxen person utsätter ett barn för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummar att tillgodose barnets grundläggande behov”.

Utredningens slutsatser låg till grund för de anvisningar som senare utformats för handläggning hos olika huvudmän och vårdgivare av ärenden som rör utsatta barn². Socialstyrelsen anger följande definition: *Fysiskt våld innebär att ett barn av någon annan orsakas kroppsskada, sjukdom, smärta eller blir försatt i vanmakt eller annat liknande tillstånd.* Inget av detta har dock satt några avtryck i den svenska lagstiftningen på så sätt att barnmisshandel skiljts ut från vanlig misshandel.

WHO (1999) definierar fysisk barnmisshandel som ”avsiktliga handlingar av fysiskt våld mot ett barn som orsakar fysisk skada eller sannolikt skulle kunna skada

barnets hälsa, överlevnad, utveckling eller värdighet.”

Närmare 200 länder hade år 2011 undertecknat FN:s konvention om barnets rättigheter men har inte med automatik infört ett förbud för föräldrar att kroppsligen bestraffa sina barn. Vid samma tidpunkt hade totalt 30 länder infört ett förbud mot barnaga, varav 22 länder inom Europa.

Det finns en rad olika typer av fysiskt våld som barn kan utsättas för³. Det vanligaste är att den vuxne slår barnet utan tillhygge, med öppen eller knuten hand. Andra typer av våld är att sparka, trampa på, knuffa, skaka eller kasta barnet. Vidare att nypa, lugga, riva eller att bita barnet. Att slå barn med tillhygge eller tvinga in föremål i barnets mun är andra exempel på allvarligt våld. Barn som uppsåtligt blivit utsatta för brännskador eller skällning är troligen en underrapporterad form av misshandel men hur vanligt det är i Sverige vet vi inte. I en svensk undersökning rapporterade sextonåringar i Sverige (n = 3 207)³ att den vanligaste formen av misshandel var att de hade blivit hårt omruskade (7,9 %), fått lättare slag med handen (7,7 %), fått örfilar, blivit



luggade (5,1 %) och fått kraftigare slag med handen (3,6 %). Drygt 1 procent uppgav att de blivit slagna med tillhygge och 1 procent uppgav att de blivit misshandlade genom att bli brända eller skållade.

I den ovanstående studien³ uppgav 13,8 procent av eleverna att de blivit slagna av sina föräldrar eller av någon annan vuxen i hemmet och av dessa hade 2,9 procent blivit slagna många gånger. I en annan skolstudie av tonåringars erfarenheter (n = 8 891) var andelen utsatta för våld jämförbar⁴. Drygt 15 procent rapporterade att de blivit slagna av förälder eller av någon i förälders ställe och 6 procent rapporterade att de blivit slagna vid flera tillfällen. I båda studierna var flickor och pojkar utsatta för våld i ungefär samma omfattning.

ANMÄLNINGARNA ÖKAR

Antalet polisanmälda fall av fysisk misshandel av barn har kontinuerligt ökat under den senaste trettioårsperioden⁵. År 1982 var omkring 1 000 fall av våld mot barn anmälda till polisen och 2014 anmäldes 19 100 brott mot barnmisshandel⁵. I analyser har ökningen i första hand förklarats med att anmälningsbenägenheten successivt blivit större bland professionella³. Det kan finnas olika skäl till en ökad anmälningsbenägenhet som lokala/regionala riktlinjer och praxis kring hur misstanke om brott mot barn ska handläggas. Det ökande antalet Barnahus har sannolikt också påverkat

rutiner inom socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri och hälso- och sjukvård så att misstanke om brott mot barn mer regelmässigt polisanmäls. Från år 2000 och 10 år framåt har den anmälda misshandeln mot de yngre barnen mer än fördubblats och när det gäller de större barnen har en femtioprocentig ökning skett.

Faktorer som signifikant ökar risken för kroppslig bestraffning har i olika svenska undersökningar^{3,4} visat sig vara att ha en *utlandsfödd förälder* eller *själv vara utlandsfödd* och att *bo med en ensamförälder*. Den riskfaktor som i båda studierna hade det starkaste sambandet med misshandel av barn var förekomst av våld mellan föräldrar. Närvaro av familjevåld ökade risken 9 gånger eller mer. Barn som upplevt upprepat familjevåld hade en ytterligare förhöjd risk att vid flera tillfällen själv ha blivit misshandlade.

Riskfaktorer som kan sägas vara förknippade till faktorer med barnet identifierades i båda studierna var också sambandet mellan att ha en *kronisk sjukdom/funktionsnedsättning* och att vara utsatt för fysisk misshandel. Enligt Janson och kolleger (2011) var det dubbelt så vanligt att barn med sjukdom eller funktionsnedsättning hade blivit slagna jämfört med barn utan sjukdom/funktionsnedsättning. De sjukdomar eller funktionsnedsättningar som rapporterades bland barn som oftare blivit slagna var ADHD, astma, allergi, diabetes, epilepsi, syn- eller hörselskada, mag-tarm-sjukdom, psykiska besvär, rörelsehinder, talfel och

övervikt. Barn med funktionsnedsättningar hade dessutom alla signifikant mer erfarenhet av att det förekommit våld mellan vuxna i familjen än barn utan sjukdom/funktionsnedsättning. I en annan studie av föräldrar med barn med kronisk sjukdom eller funktionsnedsättning⁵ bekräftas förhöjd risk för misshandel på grund av känslomässig belastning på föräldern och bristande stöd från professionella.

Kvaliteten på anknytning mellan barn och föräldrar är en faktor som påverkar risken för olika typer av skadlig behandling. En trygg anknytning mellan barn och föräldrar är en trygg bas som hjälper barnet att klara olika typer av påfrestningar. Majoriteten av barn som är utsatta för misshandel uppvisar ett desorganiserat anknytningsmönster som betraktas som ett stort anknytningsmönster. Barnet har genom detta en ökad sårbarhet och svårighet att klara påfrestningar. Barns reaktioner till följd av en desorganiserad anknytning blir ibland provocerande och kan utlösa fortsatt våld från föräldrar i en ond cirkel.

Olika samhällsfaktorer har identifierats som har betydelse för att en förälder misshandlar sitt barn. Att ha en *arbetslös förälder* eller *knapp ekonomi* var förhållanden som man i de två svenska studierna^{3,4} identifierade som riskfaktorer för misshandel. Tidigare studier har pekat på att faktorer som sociodemografi, boende, kvaliteter i bostadsområdet och tillgängliga resurser har betydelse för användandet av våld mot barn.

Faktorer avgörande för konsekvenserna för barnet anses vara barnets ålder, typ och allvar i misshandeln, hur länge misshandeln pågått samt vilken dysfunktion som samtidigt funnits i familjen.

Barnmisshandel kommer vanligtvis till myndighetenas kännedom i samband med att barn berättat och/eller visat symtom/skador till följd av misshandel eller att någon bevittnat misshandeln. Detta innebär, till skillnad mot sexuella övergrepp, att kontakten med sjukvården vanligtvis sker i nära anslutning till det inträffade.

FYSISKA OCH PSYKISKA KONSEKVENSER

Olika skador i huden är det vanligaste fyndet i form av rodnader, petekier, blåmärken av olika ålder, rivmärken, hudavskrapningar, lacerationer med blödningar samt brännskador. Typen av våld, våldets riktning, kraften i våldet, antalet kärl och deras storlek samt stödjevävnadens fasthet i området är bland annat faktorer som avgör skadans utseende. I en del fall har skadan utseende som ett ”avtryck” av föremålet, till exempel handflata, knogar, tänder, skärp, spänne, rep/lina. Blåmärken hos barn under 9 månader är ovanliga och ska alltid föranleda misstankar om misshandel.

Skelettskador som frakturer, dislokationer av leder samt blödningar under benhinnan är den näst vanligaste skadegruppen och förekommer främst i åldersgruppen 0–3 år.

Skador på inre organ måste misstänkas vid tecken på yttre våld. Intrakraniella blödningar liksom inre skador på organ som lever, mjälte, njurar, bukspottkörtel och tarmar kan bli följden av slag mot huvud och buk. Konsekvenser till följd av kroppslig bestraffning

kan variera beroende på omfattning och intensitet av våld. Barn som varit utsatta för misshandel rapporterar mer kroppsliga besvär och oro än barn som inte blivit misshandlade³. När forskarna kontrollerade för andra bakgrundsfaktorer som dålig ekonomi, att vara utlandsfödd och att leva med ensamförälder kvarstod svårigheter att somna, dålig matlust, migrän och oro/ångest som symtom med ett starkt samband med att ha blivit slagen.

Barnen kan uppvisa fysiska skador, försenad språkutveckling, utvecklingsförsening och lättare neurologiska symtom till följd av misshandel. Barn som blir misshandlade visar också oftare en otrugg eller desorganiserad anknytning och lågt självförtroende. Barn som utsatts för barnmisshandel visar oftare psykiatriska problem, som depression och PTSD (posttraumatiskt stressyndrom), mer aggressivitet och sämre social förmåga⁶. I den svenska studien av Annerbäck och medarbetare (2012) kunde man se tydliga associationer mellan att ha blivit slagen en gång av någon av sina föräldrar och en generellt försämrad hälsa, fysiska och psykiska hälsoproblem samt ett självskadebeteende både hos flickor och pojkar. Om det skett vid flera tillfällen ökade sannolikheten avsevärt. Att bli slagen ökade på samma sätt risken användning av tobak, alkohol och droger liksom antisociala beteenden som väskryckning och våldsamma handlingar⁴.

För vissa barn kan våldet få konsekvenser även på längre sikt. Det kan vara ökad risk för psykiatriska problem, självmordsförsök eller alkohol- och drogmissbruk senare i livet⁷.

NEGATIVA LÅNGTIDSEFFEKTER PÅ HÄLSAN

I en populationsbaserad studie⁸ undersöktes långtidseffekter på hälsa hos män och kvinnor i medelåldern som varit utsatta för fysisk misshandel i barndomen. De fann ett samband mellan utsatthet för fysisk misshandel och ökad psykisk ohälsa som depression och ångest. De konstaterade också att en rad somatiska sjukdomstillstånd var vanligare hos gruppen som utsatts för misshandel än hos övriga i undersökningsgruppen.

Barn och ungdomar med normbrytande beteende har oftare varit utsatta för misshandel, upplevt våld i sin familj eller både utsatts och exponerats för våld än barn utan beteendeproblem⁹. Barn som blivit misshandlade är också i större risk att använda våld, att tidigt begå kriminella handlingar, att ha ett kriminellt beteende genom livet och ha erfarenheter av våld i nära relationer.

Att drabbas av trauma till följd av barnmisshandel är ingen sjukdom men riskerar att förorsaka psykosociala problem såväl på kort som på lång sikt varför ett gott omhändertagande är viktigt. Initialt behöver barnet och familjen ett krisbemötande, krisstöd och en bedömning. Det är socialtjänstens ansvar att se till att barnet är skyddat men det är också viktigt att värdera barnets egen upplevelse av skydd. För många barn innebär misshandeln på kort och lång sikt allvarliga psykosociala problem (se ovan) så en tidig bedömning och riktade professionella insatser blir viktiga för att mildra eller förhindra en negativ utveckling.



KAPITEL 4

Varför KIBB? Så här startade det

Cecilia Kjellgren, lektor Linnéuniversitetet Växjö

Det finns ett intresse hos socialtjänsten och andra vårdgivare att använda väl utformade och beprövade behandlingsmetoder för barn som är utsatta för fysisk misshandel eller andra former av skadlig behandling. I fokuserade behandlingsmodeller står den specifika utsattheten i centrum för behandlingen ofta i kombination med att man hjälper barn med strategier för att med stöd av vuxna kunna hantera sin livssituation.

Arbetet med att implementera eller utveckla sådana fokuserade behandlingsmodeller har pågått sedan 80- och 90-talet i Sverige. Behandling för barn som lever med en missbrukande förälder introducerades i Sverige på 80-talet¹, behandling för barn som bevittnat våld utvecklades under 90-talet² liksom stöd i grupp för barn som vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder³. Olika behandlingsmetoder för barn som varit utsatta för sexuella övergrepp introducerades under 90-talet⁴.

Fysisk barnmisshandel är en sedan länge känd form av skadlig behandling av barn och en vanlig orsak till anmälningar till socialtjänsten. Rapporter om fokuserad behandling för barn som varit utsatta för fysisk misshandel har saknats från socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri eller andra vårdgivare fram till 2007, ett förhållande som är förvånande då Sverige är och har varit en stark aktör i att bekämpa våld mot barn. Internationellt är förhållandet likartat med ett fåtal rapporterade behandlingsmodeller jämfört med ett större antal prövade behandlingsmodeller vid andra missförhållanden som rör barn.

Behandlingsmodeller för barn som utsatts för fysisk misshandel har efterfrågats i många kommuner. I två specifika kommuner i Skåne formulerades det behovet

under 2005. En integrerad behandlingsmodell för familjer där fysisk barnmisshandel förekommit presenterades första gången 2004 i en vetenskaplig artikel⁵. Modellen väckte intresse hos socialarbetare i de aktuella kommunerna och en önskan att få pröva modellen växte fram. För att möjliggöra detta tillfrågades Stiftelsen Allmänna Barnhuset som engagerade sig och medverkade till att ett projekt konkret kunde startas 2007, med fyra deltagande verksamheter, inom socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri (Kristianstad, öppenvård barn och ungdom, Linköping, BUP Elefanten, Malmö, Kriscentrum för barn och ungdomar, och Jönköping, öppenvård barn och ungdom). Den senare verksamheten lämnade projektet efter en tid och ersattes av Barnahus i Lund.

Projektgruppen bestod av de fyra teamen, projektledare från Stiftelsen Allmänna Barnhuset respektive Lunds universitet och forskare från Linköpings universitet och Lunds universitet (senare Linnéuniversitetet). Gruppen träffades 2–3 gånger per år i allmänhet för tvådagarsseminarier under perioden 2007–2011. Inledningsvis för utbildning, metoddiskussioner, extern handledning och kamrathandledning. Därefter även för att diskutera det fortsatta arbetet med vidare imple-

1. Lindstein, 1995 2. Arnell & Ekblom, 1999 3. Kollarik, 1999 4. Svedin & Banck, 2002 5. Runyon, Deblinger, Ryan, & Thakkar-Kolar, 2009



mentering av behandlingsmodellen. Vid två tillfällen medverkade programkonstruktören Melissa Runyon i Sverige för utbildningspass och vid fem tillfällen via länk för handledning.

Behandlingsmodellen var ursprungligen utformad för behandling av en grupp familjer men behandlarna mötte tidigt olika svårigheter med gruppbehandlingen, som att behöva invänta fler familjer innan behandlingen kunde starta, svårigheter att jobba med familjer från olika språkområden med flera tolkar i samma grupp. Behandlingen blev då oftare inriktad på behandling av en individuell familj. En liknande erfarenhet har beskrivits i USA.

Behandlingsmodellen behövde i vissa avseende anpassas till en svensk kontext. Justeringar genomfördes i dialog med programkonstruktören. Inledningsvis fanns inom projektgruppen tankar om att skillnader mellan Sverige och USA skulle kunna innebära begränsningar för behandlingsmodellens användbarhet. Skillnader i attityder till barnmisshandel, juridiska skillnader – som att all fysisk ager är oacceptabel och olaglig i Sverige men inte i USA. Omfattningen av

våldet och symtombelastningen skulle kunna vara större hos amerikanska barn vilket i sin tur skulle kunna påverka effekterna som uppnås genom behandling. Utifrån den svenska pilotstudien⁶ och den amerikanska pilotstudien⁷ kan konstateras att värdena från förmätning, innan behandling inleddes, är jämförbara för familjer i Sverige och USA som deltar i pilotstudierna. Föräldrar anger likartade symptom på depression. Vidare har barn utsatta för misshandel i de båda studierna liknande upplevelser av föräldrars uppfostningsstrategier och vilket våld de utsatt. I Sverige och USA ser man jämförbar minskning av symptom och användning av våld vid uppföljning.

Mer än hundra familjer fick del av KIBB-behandling under denna första projektperiod och gav oss erfarenheten att metoden är framgångsrik och användbar även i svensk kontext.

KAPITEL 5

KIBB

forskningsstöd

Doris Nilsson, biträdande professor Linköpings universitet

Trots att det är väl dokumenterat att fysisk misshandel har långtgående negativa effekter för barn och att det också finns dokumenterat att våld ofta förs över till nästa generation så är forskningen begränsad vad det gäller effektiva metoder för intervention att stoppa våldet i familjerna.

Fram till 2009 fanns det bara ett fåtal studier¹ där man arbetat med både barn och föräldrar när det gäller den här målgruppen. Detta trots att Kolko och kollegor redan 1996 funnit att det var mer hjälpsamt att arbeta med både barn och föräldrar. Emellertid publicerades en forskningsstudie 2010² som visade att multisystemisk terapi för barn som varit utsatta för fysisk misshandel och omsorgsvikt visade relativt god effekt jämförelsevis med annan behandling. Dessutom drog forskarna slutsatserna att den multisystemiska behandlingen gick att implementera i ett lokalt barnavårdsarbete. Även Kolko och kollegor (2011) publicerade ytterligare en studie där man undersökte huruvida behandlare som utbildats i några olika Evidensbaserade behandlingar såsom Trauma-fokuserad – kognitiv beteende terapi (TF-CBT)³ Parent-Child Interaction Therapy (PCT)⁴ samt Abused –focused cognitive behavior therapy numera ändrad till Alternatives for Families cognitive behavior therapy (AF-CBT) (2011) fortfarande efter 2–5 år använde sig av det de lärt sig. Det visade sig att behandlarna som verkade i lokal barnavård fortfarande använde sig av de metoder de lärt samt att det var förknippat med bättre prognos om man använde det som generellt ingår i metoderna tillsammans med det mer fokuserade arbetssättet för exempelvis sexuella övergrepp eller fysisk misshandel.

Låter man symptom av post traumatisk stress och barnens ilska och lämnas obehandlade kan detta utlösa ett ökande mönster av aggressivt beteende även om föräldrarna slutat bruka våld⁵.

KIBB är en evidensbaserad behandlingsmetod och har likheter med Trauma-fokuserad-kognitiv beteende terapi (TF-KBT) som bygger på anknytningsforskning och teori, inlärningspsykologi, utvecklingspsykologi, humanistisk psykologi och i viss mån psykodynamisk teori. Innehållet kan ses som en hybrid av ovanstående teorier³ och att man tagit vara på det man i tidigare forskning funnit som hjälpsamt, såsom att arbeta med gradvis exponering, skam, psykoedukation/klarifiering av våld samt arbeta med dysfunktionella tankar. Dessutom har man i KIBB metoden kombinerat det man i enskilda studier funnit kunna vara hjälpsamt vid fysisk misshandel. KIBB har teoretisk grund i kognitiv beteende terapi och har lånat behandlingsmoment från empiriskt validerade KBT-modeller för familjer där barnmisshandel förekommit⁶. Man har liksom TF-KBT införlivat relevanta idéer från teorier kring utveckling, inlärning, familjesystem, trauma och motivation.

KIBB behandlingen är relativt likartad Trauma fokuserad- kognitiv beteende terapi (TF-CBT) som har ett starkt forskningsstöd när det gäller barn och

1. Kolko, 1996; Kolko, & Swenson, 2002; Chaffin, et al. 2004 2. Cupit Swenson et al. 3. Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2010 4. Chaffin, et al. 2004 5. Runyon, Deblinger, Ryan, Thakkar-Kolar 2009 6. Donohue, Miller, Van Hasselt, & Hersen, 1998; Kolko, 1996; Kolko & Swenson, 2002

ungdomar som varit utsatta för sexuella övergrepp. En skillnad mellan de båda behandlingarna är att man i KIBB arbetar med både den förövande föräldern/föräldrarna och det utsatta barnet/barnen samt övriga barn och vuxna som finns i familjen.

Det unika i KIBB-behandlingen, jämfört med de flesta andra behandlingar för familjer där barn blivit fysiskt misshandlade är att man hela tiden arbetar med både barn och föräldrar. Detta är viktigt med tanke på att de flesta barn som utsätts för mer eller mindre fysisk misshandel av sina föräldrar stannar kvar i familjen. Det är viktigt att få slut på misshandeln och underlätta för dessa barn att kunna stanna kvar hemma eftersom det finns mycket forskningsstöd som visar att flytta barn från sin hemmiljö ofta inte alltid leder till det bättre⁷. Detta gäller inte vid allvarlig barnmisshandel där det är absolut nödvändigt att barnen kommer till en ny miljö oftast ett familjehem där de inte skadas och kan reparera och få en bättre omhändertagande miljö än i det ursprungliga hemmet. Att bli fysiskt

misshandlad har befunnits ge skam⁸, sänker självkänslan, posttraumatisk stress depression och ångest och ilska. Således både internaliserade problem såsom depression men också externaliserade såsom okontrollerbar ilska.

Att bli slagen av den som ska ta hand om en kan och gör ofta att man känner skam⁹. Skam har också visat sig störa läkeprocessen när det gäller PTSD¹⁰. Det är också viktigt att direkt adressera det som hänt d.v.s. våldet som förekommit, möjliggöra en berättelse av vad som hänt och vilka känslor som varit förknippade med detta. KIBB metoden erbjuder också verktyg att hantera framtida situationer. Metoden ger både barn och föräldrar möjligheten att reparera. Det har också framkommit i den här föräldragruppen att dessa föräldrar ofta rapporterar egna depressiva känslor¹¹.

KIBB behandlingen har i två studier i USA, en pilot studie och en där man jämför att behandla barn och föräldrar och enbart bara föräldrar samt en svensk pilot studie visat på positiva resultat.



Citat har lagts in för att illustrera hur föräldrar och barn beskrivit sina upplevelser av KIBB. Citaten är hämtade från enkäter och intervjuer som gjorts inom ramen för forskningsstudien, se kapitel 8.

KAPITEL 5

KIBB Behandlingsmodell

Lotta Lindgren, socionom, leg psykoterapeut, BUP Elefanten Linköping

Målgruppen för behandlingsarbete enligt KIBB är barn i åldrarna 3 – 17 år och deras föräldrar och syskon. När en KIBB behandling påbörjas föreligger alltid en anmälan till socialtjänsten och oftast till polisen angående barnmisshandel. Socialsekreteraren gör i sin utredning en bedömning om KIBB är en lämplig insats för familjen. Om familjen tackar ja till KIBB fattas beslut om att bevilja KIBB som insats. Socialsekreteraren har då ett ansvar att kontinuerligt följa upp om behandlingen leder till önskvärda förändringar.

För att KIBB ska kunna bedrivas krävs att det finns en berättelse från barnet om misshandel och att föräldern, åtminstone delvis, tillstår misshandeln. Den misshandel som skett ska inte vara av så allvarlig karaktär så att socialtjänsten bedömt att barnet inte kan bo hemma med förövande förälder. Om barnet är tillfälligt placerat med planerad hemflytt kan det däremot vara lämpligt med KIBB.

När barnet är placerat för längre tid är det alltså inte aktuellt för KIBB eftersom behandlingen fokuserar på både en förbättrad relation och ett närmande mellan barn och förälder, samt att barn och föräldrar får hemuppgifter mellan behandlingstillfällena.

BEHANDLINGSUPPLÄGG

KIBB omfattar cirka 16 behandlingstillfällen med vanligtvis ett tillfälle i veckan. Behandlingen kan bedrivas i grupp eller med enskilda familjer, där det sistnämnda är det vanligaste. Beräknad tidsåtgång vid gruppbehandling är cirka två timmar per tillfälle och vid arbete med enskilda familjer cirka 1,5 tim. per tillfälle, exklusive planeringstid. Varje session innefattar en del där en behandlare träffar barnet (barngruppen) enskilt och en

behandlare träffar föräldern/föräldrarna (föräldragruppen). Därefter avslutar man varje behandlingssession gemensamt för familjen.

TEMAN FÖRÄLDRABEHANDLING

Föräldrabehandlingen innehåller sammanfattningsvis följande komponenter:¹ psykoedukation om fysisk misshandel och konsekvenser, arbete med eventuella egna erfarenheter av våld, föräldrastrategier, att föräldern fullt ut tar ansvar för det våld som förekommit i den så kallade klagörandeprocessen, som bland annat innefattar att föräldern skriver ett klagörandebrev till barnet, att föräldern tar del av barnets traumaberättelse, gör en trygghetsplan och utvecklar konfliktlösningstrategier etc.

TEMAN BARNBEHANDLING

Sammanfattningsvis innefattar behandlingsarbetet med barnet psykoedukation om fysisk misshandel och efterföljande reaktioner, arbete med att hjälpa barnet att förstå, uttrycka och hantera känslor, traumabearbetning inkluderande att barnet gör sin traumaberättelse, trygghetsplan, att träna sociala färdigheter etc.

1. Begreppet används inom kognitiv beteendeterapi och handlar om att få mer kunskap och lära sig mer om den egna problematiken, diagnosen etc. I det här sammanhanget handlar det om konsekvenser av barnmisshandel, barns utveckling mm.

GEMENSAMMA SESSIONER

De gemensamma sessionerna innefattar bland annat att barn och förälder tar del av vad man arbetat med på respektive håll, att föräldrarna får tillfälle att praktisera föräldrastrategier, att föräldern inför barnet tar ansvar för det våld som förekommit, att man arbetar fram en trygghetsplan, att barnet delar sin traumaberättelse med föräldern och att både förälder och barn praktiserar att ge varandra beröm.

PRAKTISKA ERFARENHETER AV KIBB

Samverkan

Erfarenheten är att ju tidigare socialtjänsten, och därefter KIBB-behandlare kommer in i ärendet, desto större är möjligheterna att motivera och skapa kontakt med familjen. Ett fortlöpande samarbete med socialtjänsten under behandlingens gång där socialtjänsten följer upp behandlingsprocessen är viktigt. Det kan förekomma att en misstänkt förälder beviljas åtalsunderlåtelse mot att han/ hon genomgår KIBB. Det är alltid viktigt att socialtjänsten finns kvar i en uppföljande roll för att säkra barnets trygghet och att familjen får rätt insats.

Inledningsfas

Inledningsvis är det viktigt att göra en bedömning av om KIBB är relevant och genomförbart för den familj behandlaren möter. Här är erfarenheten att ett krav för att KIBB ska kunna genomföras är att föräldern i någon mån medger att han/ hon utövat våld gentemot barnet. Utan detta är det svårt att genomföra behandlingen. Framförallt är den en ogynnsam situation för barnet som har en berättelse och kan riskera att bli tystad av föräldern.

Inför behandling görs en bedömning av hur barnet mår och hur symptombilden ser ut. Detta görs genom samtal med barn och förälder samt självskattningsformulär för bland annat traumasymptom. Vidare behöver klargöras om föräldern är motiverad till att genomgå KIBB och att praktiska förutsättningar finns för att bedriva behandlingen.

Ett väsentligt inslag inledningsvis i KIBB är att föräldern ger barnet tillåtelse att tala om det våld som förekommit och om sin och familjens situation. Här är erfarenheten att många barn sitter med en stor oro för vad som kan hända om de berättar om det våld som varit och om situationen, utifrån att de har erfarenhet av att när de tidigare berättat har det lett till polisförhör, utredning etc. Att föräldern personligen och tydligt ger sitt samtycke till/ uppmuntrar barnet att tala om ovanstående är avgörande för att KIBB ska kunna bedrivas.

Föräldrabehandling

Inledningsvis skriver också föräldern på ett så kallat icke-våldskontrakt där han/ hon lovar att inte använda våld mot barnet. Här informerar behandlarna också om anmälningsplikten enligt socialtjänstlagen.

Därefter går man vidare till att tala med föräldern om den händelse som lett till behov av behandling och om konsekvenserna av den, för föräldern men framförallt för barnet. Här kommer psykoedukation om olika

typer av våld och reaktioner in, något som återkommer under hela behandlingsprocessen.

”Man lär sig tänka på ett annat sätt.
Hur man ska bemöta barnen och även
lugna ner sig och sitt humör.”

– styvpappa –

Tidigt i föräldrabehandlingen introduceras färdigheterna att ge barnet beröm och hur man som förälder kan arbeta på att förstärka önskvärda beteenden och minska icke-önskvärda beteenden hos barnet.

”Att barn behöver mer tid till att förklara
saker och att det är viktigt med beröm och
närhet, kramar och pussar. Det är viktigt
att säga att man älskar sitt barn.”

– pappa –

Vidare görs ett arbete med att hjälpa föräldern att förstå, uttrycka och inte minst reglera/ hantera olika känslor. Ilskehantering har sin givna plats i detta där också den så kallade kognitiva triangeln introduceras. Det sistnämnda syftar på hur våra tankar, känslor och beteenden påverkar varandra och till exempel hur man genom att omformulera negativa tankar kan påverka hur man känner och handlar.

”Pappa tar ett djupt andetag nu om vi har
gjort något fel, han försöker förklara. Innan
blev han argare, blossade liksom upp.”

– flicka 13 år –

I föräldrabehandlingen arbetar man sedan vidare med att främja tydlig kommunikation, aktivt lyssnande och familjeregler.

”Jag tycker att relationen mellan mig
och mitt barn har förändrats. Jag frågar
oftare om mitt barns åsikter i olika
frågor och har lättare att diskutera med
honom, även när jag är arg.”

– mamma –

Ett viktigt moment är sedan att göra en så kallad trygghetsplan. Detta är något som görs enskilt med både barn och förälder och också gemensamt. I korthet syftar denna till att familjen ska ha en gemensam plan för konfliktfyllda situationer där risk finns för våld. Både förälder och barn ska känna till hur man ska signalera att man uppfattar att en situation blivit alltför konfliktfylld, vart man ska gå för att lugna ner sig och hur och var man sedan ska återsamlas.

Vidare är en väsentlig del i föräldrabehandlingen den så kallade klargörandeprocessen som innebär bland annat att föräldern arbetar med att skriva ett så kallat

klargörandebrev till barnet innefattande en förklaring till det våld som varit, att föräldern tar på sig det fulla ansvaret för våldet och mål inför framtiden.

Ytterligare en väsentlig del i föräldrabehandlingen är att föräldern tar del av barnets traumaberättelse. Detta görs först enskilt med föräldern av det skälet att föräldern ska få utrymme att reagera på barnets berättelse utan barnets närvaro, då det ofta är en stark emotionell upplevelse för en förälder att ta del av hur barnet upplevt våldet. Tanken är att en stark känslomässig reaktion inför barnet skulle kunna medföra skuld-känslor hos och ett tystande av barnet.

Barnbehandling

Barnbehandlingen följer i stort samma upplägg som föräldrabehandlingen. Inledningsvis ger barnet sin bild av den händelse som lett fram till KIBB. Erfarenheten säger att många barn har ett stort behov av att tala om denna ofta skrämmande händelse, när de väl fått föräldrarnas uppmuntran till att göra så.

Därefter ges psykoedukation angående våld och reaktioner/ symptom. Överlag gäller att barnbehandlaren använder sig av olika lekfulla och åldersanpassade metoder i arbetet med barnet. Exempel är här till exempel frågekort, känslbilder och böcker.

Barnbehandlaren arbetar sedan med att hjälpa barnet att förstå, uttrycka och inte minst reglera/ hantera olika känslor, inklusive ilske hantering. Erfarenheten är att många barn som kommer till KIBB inte har med sig färdigheter för att hantera ilska på ett godtagbart sätt, ofta har de rollmodeller i föräldrarna som inte har kunnat ge dem färdigheter för detta.

”Jag tycker att mitt barn har lite lättare för att beskriva sina känslor än tidigare. Han kan säga att han är arg, ledsen och så vidare och ibland även tala om varför. Det sker oftare nu, innan behandlingen hände det nästan aldrig.”

- mamma -

Ett viktigt verktyg när det gäller att hjälpa barnet att förstå sambandet mellan tankar, känslor och beteenden är också här den så kallade kognitiva triangeln, bland annat för att öka förståelsen för hur barnet tänker om situationen i familjen och för att få fatt i kognitiva förvrängningar hos barnet, såsom till exempel att skuldbelägga sig själv.

Också barnet får arbeta med att förbättra samspel och kommunikation och att först enskilt och sedan tillsammans med föräldern göra en trygghetsplan.

”Vi hade roligt. Det är mycket bättre mellan mig och pappa. Vi bråkar inte lika mycket.”

- pojke 8 år -

Därefter gör barnet sin traumaberättelse tillsammans med barnbehandlaren. I korthet går detta ut på att barnet upprepat och med successiva tillägg av tankar och känslor ger sin beskrivning av de våldsamma situationer som han/hon varit med om. Detta görs åldersanpassat till exempel med behandlaren som sekreterare, genom teckningar, med hjälp av dockor och gestaltning i sandlåda etc. och innebär för barnet en gradvis exponering av det våld som varit. Här gäller det återigen för behandlaren att få fatt i barnets kognitiva förvrängningar och att arbeta med dessa.

Innan traumaberättelsen går igenom i gemensam session med föräldern går barnbehandlaren igenom eventuella frågor som barnet har till föräldern. Erfarenheten är att många barn har frågor som handlar om till exempel hur det kom sig att föräldern slog. Barnbehandlaren ger frågorna vidare till föräldrabehandlaren.

”... när vi fick läsa upp breven till pappa. Det var pirrigt men blev bra. Pappa sa att det var bra. Jag tror han sa att han blev glad.”

- flicka 10 år -

Gemensamma sessioner

Som tidigare nämnts innebär de gemensamma sessionerna att föräldern får möjlighet att praktisera ”ny föräldrastil”/föräldrastategier, att barn och föräldrar delger varandra vad de arbetat med under de enskilda sessionerna och att båda praktiserar att ge varandra beröm. Ett väsentligt inslag är arbete med och att öva på trygghetsplanen gemensamt. Här görs rollspel där barn och förälder får öva på hur de ska använda trygghetsplanen.

”Att säga paus när man skulle gå åt olika håll.”

- flicka 5 år -

Ett omfattande moment i de gemensamma sessionerna är klagörandeprocessen som innefattar bland annat att föräldern får ta del av det så kallade uppskattande brevet, som barnet skrivit till föräldern och där barnet ger sin syn på föräldrarnas ansträngningar för att bli en bättre förälder.

Vidare är fokus i klagörandeprocessen under de gemensamma sessionerna att barnet får ta del av föräldrarnas klagörande brev och att föräldern får ta del av barnets traumaberättelse. Dessa båda moment brukar innebära starka emotionella upplevelser för såväl förälder som barn och behandlare och erfarenheten är att dessa upplevelser är av stor betydelse för den fortsatta relationen mellan barn och förälder och synen på det våld som förekommit.

”Vi har slutat att bråka och slåss och vi har börjat prata istället. Det känns bättre.”

- pojke 9 år -

”Jag började prata mer med barnen om deras känslor, får mer feedback från dem.”

- pappa -



KAPITEL 7

Forskningsstudien

Johanna Thulin, doktorand Linnéuniversitetet Växjö
 Cecilia Kjellgren, lektor Linnéuniversitetet Växjö
 Doris Nilsson, biträdande professor universitetet Linköping

Under 2013 påbörjades datainsamlingen för den planerade effektutvärderingen av behandlingsmetoden KIBB. Syftet med studien är att undersöka huruvida KIBB-behandling leder till en minskning av våldet i deltagande familjer. Vidare undersöks om metoden minskar barns traumasymtombelastning. Både barn och föräldrar fyller enskilt i olika självskattningsformulär (se under avsnittet Mätinstrument) vid tre tillfällen. Det första tillfället är innan familjen påbörjar behandling. När ett ärende aktualiseras på grund av misstänkt barnmisshandel tillfrågas familjen om att vara med i forskningen. Ansvarig socialsekreterare har genomfört en skyddsbedömning och funnit att barnet kan bo kvar hemma hos sina föräldrar.

En KIBB-behandling varar i cirka 16 veckor och i samband med att behandlingen avslutas besvarar barn och föräldrar åter självskattningsformulär. En avslutande uppföljningsmätning sker ytterligare sex månader senare för att kunna studera om eventuella effekter av behandlingen kvarstår över tid. Barn och föräldrar har fyllt i mätinstrumenten på de platser där de genomgått behandlingen.

Data från självskattningsformulären registreras och bearbetas i statistikprogrammet SPSS 22.

MÄTINSTRUMENT

Föräldrarna fyller i formulären *Beck Depression Inventory (BDI)* som mäter depression, *Alabama Parenting Questionnaire (APQ)* som mäter föräldrastrategier, *Linköping Youth Life Experiences Scale (LYLES)* som mäter barns erfarenheter av svåra händelser, *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)* som mäter traumasymptom samt formuläret *Barn och barnuppfostran* som berör sociodemografiska förhållanden och föräldrars sätt att uppfostra sina barn.

Barnet fyller i formulären *APQ*, *LYLES*, *TSCC* samt *Hur jag mår* som mäter känsla av sammanhang (*KASAM*). För en utförligare beskrivning av formulären se Bilaga 1.

FORSKNINGSETIK

Forskningsprojektet godkändes 2009, med tilläggsbeslut 2013 och 2014, av Regionala Etikprövningsnämnden, Linköping (Dnr 206-08).

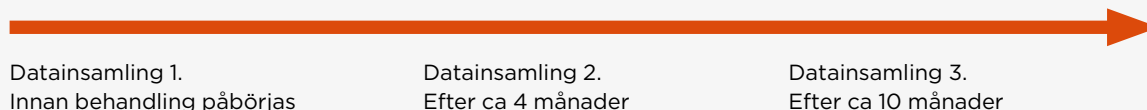
Barn och föräldrar har informerats såväl muntligt som skriftligt om syftet med studien och att deras deltagande är helt frivilligt och att de när som helst kan avbryta sin medverkan utan att behöva redogöra för varför. Barn och föräldrar fyller i sina formulär anonymt och resultaten redovisas på gruppnivå. Dock har familjerna informerats om att i de fall fortsatt barnmisshandel uppdagas har forskaren anmälningsskyldighet till socialtjänsten. Föräldrarna har gett sitt medgivande till att barnet fyller i formulären och svarar på frågorna, inför barnet i syfte att visa att de får delta och berätta om sina upplevelser.

RESULTAT

Resultaten som presenteras här är en del av en pågående forskningsstudie och innefattar tre datainsamlingstillfällen, se figur 1. Det första datainsamlingstillfället sker innan familjerna påbörjar sin behandling och det andra tillfället sker i anslutning till att behandlingen avslutas. Det sker även ett tredje, avslutande datainsamlingstill-

fälle ytterligare sex månader efter avslutad behandling. Det är för att undersöka om eventuella effekter av behandlingen kvarstår. Sammanlagt har 45 föräldrar och 34 barn deltagit i eftermätningen (datainsamling två). I den här rapporten redovisas resultat från de familjer som varit med vid datainsamling ett och två.

Figur 1.



Kontrollgrupp

I forskningsdesignen ingick en så kallad kontrollgrupp. Syftet var att kunna jämföra resultaten från KIBB med barn som fått andra insatser inom socialtjänsten, i syfte att se om KIBB är bättre än socialtjänstens övriga interventioner för våldsutsatta barn. Målsättningen var hög; 70 barn skulle ingå i respektive grupp. Målet är uppnått vad gäller inmätning för barn i KIBB-gruppen, men endast tre barn har hittills rekryterats till kontrollgruppen. Ingen av de tre barnen i kontrollgruppen har ännu deltagit vid datainsamling 2. Det finns inget enkelt svar på varför det inte gått att rekrytera fler familjer till kontrollgruppen. Arbetet har pågått i två och ett halvt år och åtskilliga kommuner har kontaktats. Kontakt har skett genom telefonsamtal och e-post men också vid flera besök och föreläsningar. Vi har haft kontakt med chefer, samordnare, socialsekreterare och behandlare. Flera kommuner har sagt sig vara positiva med att hjälpa till att rekrytera familjer till kontrollgruppen men utan att lyckats. En möjlig förklaring är att det är svårt att sprida budskapet i organisationen när det är frekvent omsättning bland socialsekreterarna som ska prata med familjerna. Det är också möjligt att socialsekreterarna tycker att det är svårt att ta upp frågan om att delta i forskning med en familj som precis blivit aktualiserad på grund av våld inom familjen. De familjer som tackat ja till att vara med i forskningen har dock uttryckt att de uppskattar möjligheten att få vara med och tycka till om socialtjänstens insatser. Forskningen bygger på brukarnas upplevelser och deras åsikter är av stor betydelse för det fortsatta implementeringsarbetet. Trots svårigheterna fortsätter arbetet med att rekrytera kontrollfamiljer. Målsättningen har dock reviderats till 20 barn.

Förklaringar

I texten och tabellerna på följande sidor redovisas resultaten med hjälp av olika förkortningar:

N anger hur stor populationen är, det vill säga hur många individer som deltagit i den aktuella mätningen. I tabellerna redovisas resultatet på delskalenivå och det kan vara så att flera individer inte har fyllt i alla frågor i ett självskattningsformulär. Är bortfallet för en individ mer än 10 procent på en skala exkluderas individens resultat på den skalan. En del barn eller föräldrar kan också ha valt att inte besvara ett särskilt självskattningsformulär. Av forskningsetiska skäl behöver de inte ange varför de inte vill besvara ett särskilt formulär eller fråga. I något fall har barnet inte bedömts orka med alla formulär. I en del familjer har tolk varit behjälplig med att översätta formulär men det arbetet kan ha dragit ut på tiden så att föräldrarna valt att enbart besvara något formulär.

M betyder medelvärde. I tabellerna redovisas medelvärde före respektive efter behandling. Genom att jämföra medelvärden går det att utläsa om någon förändring skett efter behandling.

SD står för standardavvikelse. Standardavvikelsen anger hur stor spridning det är på de deltagandes värden runt medelvärdet. Ju större standardavvikelse desto större spridning.

T-test är en statistisk metod för att beräkna skillnader i medelvärden.

p står för signifikansnivå. Ju lägre p-värde desto mer tillförlitligt resultat.

d står för Cohen's d. Cohen's d mäter effektstorlek och har beräknats genom att dividera skillnader i medelvärdet med poolad standardavvikelse. Gränsvärdena som används i analysen är $\geq 0,80$ stor effekt, $\geq 0,50$ medelstor och $\geq 0,20$ liten effekt.

Anmälan till socialtjänsten

Skolan var den vanligaste anmälaren till socialtjänsten (71 %), följt av barnet själv (21 %) och den andra föräldern (8 %). I 18 fall (38 %) fanns uppgifter om att våldet var polisanmält.

Civilstånd och boende

Av de deltagande föräldrarna var 23 (50 %) mammor och 22 (46 %) pappor. Två föräldrar var styvpappor (4 %). Det vanligaste var att barnet bodde med sina föräldrar (61 %) och sex av föräldrarna (14 %) uppgav att barnen bodde växelvis hos dem. Åtta barn (18 %) bodde med en förälder och styvförälder. Tre av barnen (7 %) bodde med en ensamstående mamma. Det var vanligast att båda föräldrarna gick i behandlingen (72 %). I familjerna fanns mellan ett och fem barn ($M = 2.6$, $SD = 1.1$) men i behandlingen deltog mellan ett och tre barn med ($M = 1.6$, $SD = .62$).

Drygt hälften (57 %) av föräldrarna uppgav att de var gifta med barnets biologiska förälder och 17 procent var gifta med någon annan än barnets biologiska förälder. Av föräldrarna svarade 26 procent att de var ensamstående. Det vanligaste var att familjerna bodde i villa eller radhus (37 %), följt av hyreslägenhet (34 %) och bostadsrätt (29 %).

Föräldrarna var mellan 27 och 55 år gamla, ($M = 39$ år, $SD = 6.7$). Barnen i studien var i genomsnitt 9.5 år ($SD = 2.2$) med spridning mellan 5 och 15 år. Det har deltagit något fler pojkar än flickor i studien; 58 procent pojkar och 42 procent flickor.

Utbildning och sysselsättning

Av föräldrarna hade 34 procent en treårig gymnasieutbildning och 29 procent hade studerat 1–2 år på gymnasiet. Var fjärde förälder, 24 procent, hade studerat på högskola/universitet. Endast två procent uppgav att de ej hade gått i grundskola och 2 procent svarade att de hade folkskola som högsta utbildning.

Det var vanligast att föräldern hade en heltidssysselsättning (68 %). Tolv procent uppgav att de var arbetslösa och 7 procent arbetade deltid. Två föräldrar (5 %) var egna företagare och en uppbar sjukersättning medan två var hemmafruar/män.

Etnicitet

Nio av föräldrarna (cirka 17 %) uppgav att de var födda i ett annat land än Sverige. De var mellan två år och 25 år när de kom till Sverige ($M = 14.6$ år, $SD = 7.5$). Det vanligaste var att de inflyttade föräldrarna kom från ett land utanför Europa (83 %).

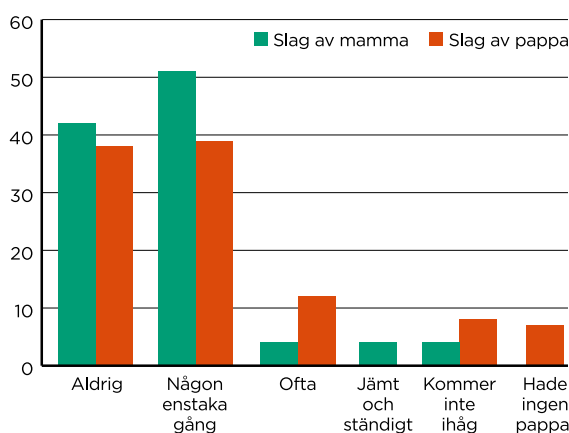
FÖRÄLDRARNAS EGNA ERFARENHETER AV VÅLD

Föräldrarna tillfrågades om egna upplevelser av våld. Frågorna gällde om både mamma respektive pappa brukat våld under uppväxten, dels om upplevelser av våld mellan 0 till 12 år (nedan beskrivit som tidig barndom) och dels upplevelser av våld under tonåren. Till höger redovisas resultaten i figur 2–3.

Föräldrars upplevelser av våld under tidig barndom

Drygt hälften av föräldrarna (57 %) uppgav att de blivit slagna av sin mamma när de var barn (upp till tolv år). Två procent minns inte och knappt hälften (41 %) svarade att de aldrig blivit slagna av sin mamma. Ungefär hälften av föräldrarna uppgav att de blivit slagna av sin pappa under barndomen (51 %). Sju procent av föräldrarna i studien minns inte om deras pappor brukat våld mot dem när de var små barn och fem procent uppgav att de inte hade någon pappa. Trettiosju procent av föräldrarna uppgav att de inte blivit slagna av sina pappor. I diagrammet redovisas procentsatsen i den vänstra axeln.

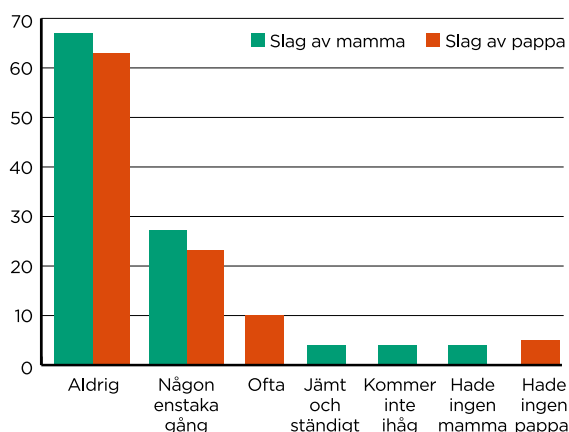
Figur2. Föräldrars upplevelse av våld under tidig barndom



Föräldrars upplevelser av våld under sin tonårstid

Det var färre föräldrar som uppgav att de blivit slagna när de själva befann sig i tonåren. Andelen föräldrar som uppgav att de aldrig blivit slagna av sin mamma ökade till 70 procent. Tjugofyra procent hade någon gång blivit slagna av sin mamma medan fyra procent inte minns och en procent uppgav att de saknade en mamma under tonåren. Av föräldrarna är det 31 procent som uppgav att de någon gång blev slagna av sina pappor under tonåren. Andelen som aldrig upplevt våld ökade till 61 procent (från 37 %) medan tre procent inte minns och fyra procent säger sig saknat en pappa.

Figur3. Föräldrars upplevelse av våld under sin tonårstid



RESULTAT FRÅN FORSKNINGSTUDIEN – FÖRÄLDRA SVAR

Resultat från självskattningsformulären visar förändring från datainsamling 1 till datainsamling 2. Det uppnådda värdet blir ett mått på hur föräldrarna eventuellt förändrats, alternativt upplevt att barnet förändrats, efter att de tagit del av behandlingsmetoden KIBB. För att kunna mäta effekter genomfördes parade t-test. Parade t-test jämför individens värde på en viss variabel (exempelvis depression) före respektive efter behandling. Forskningsstudien är pågående så resultaten bör tolkas som preliminära. Självskattningsformulären som både barn och föräldrar fyllt i presenteras mer utförligt i Bilaga 1. Under respektive avsnitt i resultatdelen ges bara en kort information om använda formulär.

I tabellerna presenteras medelvärden (M) före respektive efter behandling, T-värde och signifikansvärde (p-värde) liksom Cohen's d.

Föräldrars upplevelse av barns traumasymptom

När föräldrar fick skatta barns traumasymptom upplevde föräldrarna att det skett en signifikant minskning av barnens symptom på samtliga testade variabler (ångest, depression, ilska, posttraumatiska stresssymptom och dissociation), se tabell 1. Som framgår av tabellen så har barnens medelvärde för exempelvis depression minskat från 13.15 till 11.24 med en medelstor effektstorlek (Cohen's d).

Posttraumatiska stresssymptom (pts) mättes på tre delskalor; invaderande/återupplevande känslor, undvikande samt överspändhet och föräldrarna upplevde att barnens traumasymptom minskat på samtliga delskalor.

Tabell 1. Föräldrars rapportering i skillnader i barns mående efter behandling, N = 36

	Före behandling	Efter behandling			
Variabel	M (SD)	M (SD)	t	p	d
Ångest	12.89 (3.6)	11.31 (2.6)	3.75	.001	.52
Depression	13.15 (3.6)	11.24 (2.0)	3.56	.001	.71
Ilkska	14.37 (4.5)	12.20 (3.6)	3.67	.001	.54
PTS-invaderande	11.50 (2.8)	10.18 (1.7)	3.16	.003	.57
PTS-undvikande	11.12 (3.2)	10.18 (2.0)	2.06	.047	.35
PTS-överspändhet	13.56 (4.4)	12.38 (3.1)	2.39	.023	.32
Dissociation	12.94 (3.4)	11.29 (3.0)	3.27	.002	.50

Föräldrastrategier

Föräldrars strategier vid barnuppfostran mättes med självskattningsformuläret Alabama Parenting Questionnaire (APQ). Testet mäter fem föräldrastrategier. I den här studien redovisas resultat för delskalorna positivt föräldraskap, inkonsekvent fostran och kroppslig bestraffning. Resultaten visar att föräldrarna upplever att de blivit mer konsekventa, och därigenom mer förutsägbara för barnen, vilket i sin tur skapar en trygghet då barnet lättare förstår vilka regler som finns och hur föräldrarna kan komma att reagera. Delskalan kroppslig bestraffning innehåller tre frågor kring

fysisk bestraffning. Delskalan är konstruerad så att värdet 3.0 representerar en nollpunkt. Det innebär att om föräldern svarar att det inte förekommer något våld blir värdet 3.0. Resultaten i den här studien visar att föräldrarna signifikant minskat sitt våldsutövande och värdet vid eftermätningen visar att föräldrarna svarat att de nästintill helt upphört med fysiska bestraffningar. Effektstorleken visar också en medelstor effekt för förändringen. Däremot visar föräldrarnas svar att de inte tycks ha förvärvat fler positiva föräldrastrategier och resultatet visar ingen signifikant förändring.

Tabell 2. Förändring i föräldrastrategier efter behandling (APQ-P), N = 41

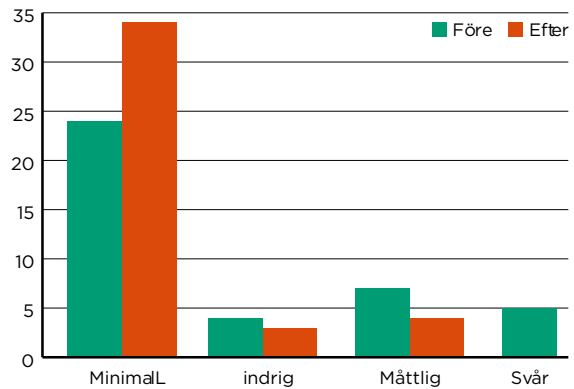
	Före behandling	Efter behandling			
Variabel	M (SD)	M (SD)	t	p	d
Positivt föräldraskap	23.37 (3.3)	24.20 (3.9)	.42	.680	.05
Inkonsekvent fostran	14.11 (3.4)	12.95 (2.9)	2.18	.036	.38
Kroppslig bestraffning	3.56 (1.3)	3.05 (.3)	2.64	.012	.63

Depression

Ett av de starkaste resultaten från effektstudien är hur föräldrars mående förändrats efter att ha tagit del av behandling. Behandlingsmetoden har inte som uttalat syfte att minska föräldrars symptom på depression, men resultaten tyder på att komponenter i behandlingen är verksamma för just detta. Medelvärde för depression sjunker drastiskt och ett parat t-test visar en signifikant minskning av föräldrars grad av depression vid eftermätningen; $t = 3.69$, $p = .001$ med en medelstor effekt (Cohen's $d = .6$). Det självskattningsformulär som används i studien, Beck Depression Inventory (BDI) är ett väletablerat test för att mäta grad av depression hos vuxna. Utifrån föräldrarnas svar går det att få fram en siffra som används vid diagnostisering för depression. Testets totalsumma kan vara från 0 till 63. Testkonstruktörerna rapporterar att gränsvärdena går vid 0–13 (minimal depression), 14–19 (lindrig) 20–28 (måttlig) och 29–63 (svår)¹. Resultaten från effektstudien visar att fyra föräldrar led av lindrig depression, sju led av måttlig och fem led av svår depression innan de påbörjade behandling. De rapporterade värdena var 0 till 54.

Efter att föräldrarna tagit del av KIBB rapporterade tre föräldrar lindrig depression och fyra föräldrar måttlig depression. Ingen förälder hade värden som tyder på svår depression. Föräldrarnas rapporterade värden varierade från 0 till 24.

Figur4. Föräldrars grad av depression före och efter behandling, N = 35



RESULTAT FRÅN FORSKNINGSTUDIEN – BARNSVAR

Totalt har 34 barn deltagit vid både datainsamlingen före behandlingsstart och efter avslutad behandling. Svarsfrekvensen på de enskilda självskattningsformulären kan dock variera ner till 25 barn. Bortfallet kan bland annat förklaras med att några barn inte orkat besvara alla formulär.

Traumasyntom

Att utsättas för misshandel av sina föräldrar är en allvarlig händelse och barnet riskerar att drabbas av traumasymptom, depressioner och beteendeproblem².

Tidigare forskning har också visat att barn som varit utsatta för ett trauma löper större risk att utsättas igen, re-viktimisering³, och också för andra typer av trauma, poly-viktimisering⁴.

Barnen fyllde i självskattningsformuläret Trauma Symptom Checklist for Children, TSCC. Testet syftar till att mäta vilka symptom barnet har till följd av ett trauma. Resultaten visar att barnen har signifikant minskade traumasymptom på samtliga testade variabler, se tabell 3. Barnen rapporterar mindre ångest och oro, depressiva känslor, ilska, posttraumatisk stress och mindre dissociationer.

Tabell 3. Förändring i barns traumasymptombelastning (TSCC), N = 25

	Före behandling	Efter behandling			
Variabel	M (SD)	M (SD)	t	p	d
Ångest	5.84 (3.14)	4.0 (2.38)	2.85	.009	.64
Depression	4.72 (3.49)	2.68 (2.21)	2.81	.010	.69
Ilska	5.88 (3.86)	3.72 (2.42)	3.02	.006	.69
PTSD	7.32 (4.58)	5.44 (2.89)	2.22	.036	.50
Dissociation	5.72 (3.18)	4.08 (1.96)	2.46	.022	.62
Totalskala	29.48 (13.82)	19.92 (8.97)	3.70	.001	.84

1. Beck, Steer & Brown, 1996) 2. Garbarino et al., 1991; Moffitt, 2013 3. Gilbert et al., 2009 4. Freeman, 2014

Traumabelastning

Barnen som är aktuella i den här studien har varit med om flera potentiellt traumatiserade händelser. Barnen fyllde i formuläret Linköping Youth Life Experiences Scale (LYLES) där de besvarar frågor kring om de varit med om olika händelser. LYLES består av totalt 41 frågor, 23 där man svarar om man själv varit med om händelsen och 18 underfrågor som mäter närheten till själva händelsen tex om man bevittnat att någon blivit slagen men inte slagen själv. LYLES är uppdelat på tre sorters händelser; icke-interpersonella (nIPE), interpersonella (IPE) och 10 frågor undersöker händelser i barndomen som räknas som försvårande livsomständigheter (ACC; adverse childhood circumstances⁵). Exempel på icke-interpersonella frågor är om barnet varit med om ett inbrott eller sett en eldsvåda. Interpersonella frågor är bland annat om barnet varit utsatt för våld eller sexuella övergrepp. När det gäller frågorna om försvårande livsomständigheter kan det

bland annat vara att barnet varit utsatt för mobbning eller har/haft en långvarig sjukdom.

Barnen svarar att de varit med om mellan två och tolv icke-interpersonella händelser med ett medelvärde på 7.22 (SD = 3.0). När barnen besvarar frågorna kring interpersonella händelser har de varit med om mellan noll och sju sådana händelser med ett medelvärde på 3.47 (SD = 2.0). Barnen har också varit med om mellan noll och fem försvårande livsomständigheter med ett medelvärde på 2.1 (SD = 1.8). När totalsumman för antal potentiellt traumatiserande händelser som barnet varit med om blir medelvärdet 13.09 (SD = 6.1) med en spridning mellan 7 och 22. Siffrorna bekräftar bilden av att fysiskt slagna barn är en utsatt grupp där sannolikheten är stark att de varit utsatta även för andra typer av trauman.

I tabell fyra listas hur många barn som svarat att de upplevt de femton vanligaste händelserna.

Tabell 4. Barns rapporterade potentiellt traumatiserade händelser, N = 27.

	Fråga	Alla n	(%)
3:2 nIPE	Har någon i din familj blivit inlagd på sjukhus?	23	(85)
7:1 IPE	Har du själv blivit slagen eller skadad av en vuxen i din familj?	22	(81.5)
4:2 nIPE	Har någon annan för dig viktig person dött?	18	(72)
7:2 IPE	Har du själv blivit slagen eller skadad av en annan person?	17	(65)
3:3 nIPE	Har någon annan för dig viktig person blivit inlagd på sjukhus?	17	(68)
2:1 nIPE	Har du själv varit med om en annan olycka?	16	(47)
1:3 n.IPE	Har någon i din familj varit med om en bilolycka (utan att du var med när det hände)?	13	(52)
2:2 nIPE	Har du sett en annan olycka som du själv inte var inblandad i?	12	(44)
19:1 ACC	Har dina föräldrar skiljt sig under din uppväxt?	12	(44)
2:4 nIPE	Har någon annan för dig viktig person varit med om annan olycka (utan att du var med)?	12	(48)
1:2 n.IPE	Har du sett en bilolycka som du själv inte var inblandad i?	11	(41)
3:1 nIPE	Har du själv blivit inlagd på sjukhus?	11	(41)
16 ACC	Har du själv blivit mobbad?	11	(41)
2:3 nIPE	Har någon i din familj varit med om en annan olycka (utan att du var med när det hände)?	10	(40)
8:2 IPE	Har du sett någon annan person bli slagen eller skadad?	10	(42)
18 ACC	Har du själv blivit utsatt för känslomässig misshandel (t.ex. nedvärderad, nedtryckt, förnedrad)?	9	(33)
17 ACC	Har du mot din vilja blivit skild från dina föräldrar för att bo någon annanstans?	3	(11)

IPE avser interpersonella händelser, nIPE avser icke-interpersonella händelser och ACC avser försvårande livsomständigheter (Adverse Childhood Circumstances)

BARNS UPPLEVELSE AV FÖRÄLDRARNAS UPPFOSTRINGSTRATEGIER

Precis som föräldrarna fick barnen skatta sin upplevelse av föräldrarnas uppfostringsstrategier. Barnen fyllde i självskattningsformuläret Alabama Parenting Questionnaire-C, en barnanpassad variant av samma test som föräldrarna fyllde i. Delskalan kroppslig bestraffning innehåller tre frågor, precis som i föräldraversionen. Skalorna är konstruerade på samma sätt i de båda formulären, vilket innebär att nollvärdet för fysisk bestraffning även i barnversionen är 3.0. Barnen

rapporterar en signifikant minskning av föräldrarnas våldsanvändning, men värt att notera är att barnen rapporterar högre värden än föräldrarna vid såväl förmatning som eftermätning. Skillnaderna understryker vikten av att även inhämta barns upplevelser när man undersöker förhållande i en familj. Tidigare studier har visat att vuxna tenderar att underrapportera barns upplevelse av våld⁶ varför det är viktigt att försöka få med även barnens röster.

Tabell 5. Barns upplevelser av föräldrars uppfostringsstrategier, N = 33

	Före behandling	Efter behandling			
Variabel	M (SD)	M (SD)	t	p	d
Positivt föräldraskap	22.28 (5.0)	23.69 (4.0)	1.79	.084	.31
Inkonsekvent fostran	14.28 (3.73)	12.86 (3.30)	1.74	.093	.40
Kroppslig bestraffning	4.25 (1.68)	3.09 (.39)	3.68	.001	1.1

KÄNSLA AV SAMMANHANG (KASAM)

KASAM, är både ett begrepp och ett mätinstrument som avser att mäta individens känsla av sammanhang utifrån de tre interrelaterade komponenterna begrip-lighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1993). Ett starkare KASAM tyder på att individen har en starkare förmåga att hantera de svårigheter eller utmaningar hen ställs för. Begreppet avser således en generell kompetens snarare än individens förmåga att agera här och nu. Det finns flera olika test för att mäta känsla av sammanhang. I den här studien används ett test utformat just för att mäta barns KASAM. Testet, Hur jag mår, är konstruerat utifrån samma principer som test utformat för att mäta vuxnas känsla av sammanhang, men frågorna är anpassade för barn och

testet är kortare. Svaren summeras till ett tal mellan 16 och 64 där ett högre tal tyder på ett starkare KASAM⁷.

Barnen som deltagit i den här studien uppvisar ett lägre KASAM-värde än en jämförelsegrupp ur en normalpopulation. Vid inmätningen uppvisar barnen ett medelvärde på 40.96 (SD = 5.02). Noterbart är dock att barnen som ingår i den här forskningsstudien inte tycks öka sin känsla av sammanhang efter behandling. Medelvärdet ligger kvar på en liknande nivå; 40.84 (SD = 4.51). En nyligen genomförd studie inom ramen för detta forskningsprojekt visar att KASAM-värdet för en normalpopulation bestående av 171 barn mellan 10-13 år ligger på 50.29 (SD 4.92)⁸.

Bilaga 1. Mätinstrument

Föräldrainstrument

Beck Depression Inventory (BDI) är ett instrument som syftar till att mäta depressiva symptom hos individen. Instrumentet består av 21 områden med vardera fyra svarsalternativ, så kallade frågor. Varje fråga ger poäng från "0" (individen känner inte den efterfrågade känslan, exempelvis nedstämdhet) till "3" (individen känner känslan starkt/upplever en stor förändring). De olika symptom som efterfrågas är; sinnesstämning, pessimism, känsla av misslyckande, bristande tillfredsställelse, skuld, bestraffning, självförlust, självförelser, självmordstankar, gråt, retlighet, socialt tillbakadragande, obeslutsamhet, förändrad kroppsuppfattning, svårigheter att arbeta, sömnlöshet, trötthet, aptitförlust, viktnedgång, oro för hälsan och förlust av sexuell intresse. Totalsumman räknas samman och individen kan maximalt erhålla 63 poäng, en högre totalsumma indikerar ett sämre mående. Testkonstruktörerna rapporterar att gränsvärdena går vid 0–13 (minimal depression), 14–19 (lindrig) 20–28 (måttlig) och 29–63 (svår)¹.

Alabama Parenting Questionnaire (APQ-P) mäter föräldrastراتيجier och innehåller 42 frågor. Testet besvaras utifrån en femgradig skala där "1" motsvarar aldrig och "5" alltid. APQ-P innehåller fem föräldrastراتيجier; engagemang (10 frågor), positivt föräldraskap (6 frågor), övervakning (10 frågor), inkonsekvent fostran (6 frågor) och kroppslig bestraffning (3 frågor). Utöver de fem delskalorna finns sju frågor som tillhör skalan "övrigt fostrande beteende", men den räknas inte som en egen subskala. Enligt testets konstruktör räknas ingen totalsumma för testet, utan summan räknas samman för respektive subskala².

Barn och barnuppfostran besvarar 24 frågor om såväl sociodemografiska förhållanden som syn på barnuppfostran. Självskattningsformuläret har översatts av Staffan Jansson med kollegor (Jansson et al., 2011) från the Parent, Child Conflict Tactics Scale (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998) och har använts i tidigare svenska studier om barnmisshandel³.

Mätinstrument där föräldrar skattar barnets mående

Linköping Youth Life Experiences Scale (LYLES-P). Föräldrar besvarar frågor om deras barn varit med om olika potentiellt traumatiserande händelser. Formuläret innehåller 23 händelser där föräldern svarar ja eller nej utifrån om deras barn upplevt den aktuella händelsen, samt anger hur många gånger händelsen skett⁴.

Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) där föräldern skattar traumasymptom hos barnet. Formuläret innehåller 90 frågor. Formuläret är översatt till svenska och validerat i en svensk studie⁵. TSCYC innehåller åtta subskalor; ångest, depression, ilska, posttraumatiskt stresssymptom (mätts med delska-

lorna invaderande/återupplevande känslor, avoidance – undvikande och arousal – överspändhet), dissociation samt sexuell upptagenhet. Föräldrarna besvarar huruvida barnet uppvisar något symptom efter en fyrgradig skala där "1" motsvarar inte alls och "4" väldigt ofta. I den här studien redovisas inte delskalan sexuell oro på grund av att skalan var inaktuell för så många barn. Då många barn var yngre var frågorna inte relevanta i den här studien.

Barninstrument

Alabama Parenting Questionnaire-C (APQ-C) mäter barnet uppfattning om föräldrastراتيجier, relationen till sina föräldrar och förekomsten av fysisk misshandel⁶. Barnversionen innehåller 42 frågor, där några frågor adresserar barnets relation med mamma respektive pappa, vilket gör att totalsumman frågor ökas till 51. Barnet svarar på en femgradig skala där "1" står för aldrig till "5" som betyder alltid. APQ-C innehåller fem föräldrastراتيجier; engagemang (10 frågor), positivt föräldraskap (6 frågor), övervakning (9 frågor), inkonsekvent fostran (6 frågor) och kroppslig bestraffning (3 frågor). Utöver de fem delskalorna finns sju frågor som tillhör skalan "övrigt fostrande beteende", men den räknas inte som en egen subskala. Enligt testets konstruktör räknas ingen totalsumma för testet, utan summan räknas samman för respektive subskala².

Hur jag mår mäter barnets känsla av sammanhang (KASAM). Formuläret är en barnversion av KASAM 29-frågor och är utformat enligt samma principer. Testet ska mäta barnets självbild utifrån de tre faktorerna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet⁷. Barnversionen innehåller 16 frågor, varav tre är så kallade kontrollfrågor. Frågorna besvaras på en fyrgradig skala som går från "1" (aldrig) till "4" (alltid). Summan räknas samman och går från 16 till 64, där en högre summa indikerar en högre känsla av sammanhang hos barnet⁸.

Linköping Youth Life Experiences Scale (LYLES-Y) mäter ungdomars erfarenheter av svåra händelser. Formuläret innehåller 23 händelser där barnet svarar ja eller nej utifrån om de upplevt den aktuella händelsen, samt anger hur många gånger händelsen skett. Frågorna i LYLES är uppdelade i tre kategorier; 18 av frågorna bedöms som icke-interpersonella (nIPE) medan 13 räknas som interpersonella (IPE) och 10 frågor undersöker händelser i barndomen som räknas som försvårande omständigheter (ACC; adverse childhood circumstances)⁹.

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) innehåller 54 frågor¹⁰. Barnet skattar frågor från "0" (aldrig) till "3" (nästan alltid). Formuläret innehåller fem subskalor; ångest (9 frågor), depression (9 frågor), ilska (9 frågor), posttraumatiska symptom (10 frågor), dissociation (9 frågor) och sexuell oro (10 frågor).

1. Beck, Steer & Brown, 1996 2. Frick et al., 1999 3. Jansson et al., 2011 4. Nilsson, Gustafsson, Larsson & Svedin, 2010 5. Nilsson, Gustafsson & Svedin 2012 6. Frick 1991; Frick et al. 1999 7. Sharabi, Levi & Margalit, 2012 8. Margalit, 1995 9. Nilsson et al., 2010 10. Briere, 1996/Nilsson, Wadby & Svedin, 2008

KAPITEL 8

Samtal med barn och föräldrar samt KIBB behandlare, social- sekreterare och åklagare

Johanna Thulin, doktorand Linnéuniversitetet Växjö



Röster om KIBB behandlingen

I samband med datainsamlingen efter avslutad behandling har barn och föräldrar besvarat frågor om hur de upplevt behandlingen. Frågorna har rört deras erfarenhet av KIBB, vad de tyckt varit verksamt i behandlingen, om det funnits något de inte tyckt om samt hur de uppfattat stödet från behandlarna. Barnen får också frågor om de upplever att de själva förändrats och om de tycker att föräldrarna förändrats. På motsvarande sätt tillfrågas föräldrarna om de har förändrats och om de upplever någon förändring hos sitt/sina barn och sin eventuella partner. Fram till maj 2015 har 14 familjer besvarat frågorna i samband med eftermätningen av KIBB. I de 14 familjerna återfinns 24 vuxna och 18 barn.

BARNES ERFARENHETER

Barnen som deltagit i samtalen var mellan 5 och 13 år, 10 pojkar och 8 flickor och samtalen skedde på de platser där barnen haft sin behandling. Inget av barnen önskade ha någon annan närvarande så samtalen har skett i enrum. Nedan redovisas barnens tankar utifrån olika teman som framkom under intervjun.

Olika typer av stöd

Inledningsvis tillfrågades barnen om vilket stöd familjen fått. I det fall familjen fått annan hjälp än KIBB noterades detta och barnet ombads berätta om den andra interventionen. Detta skedde i syfte att försöka kontrollera för eventuella effekter från annan behandling. Endast ett barn uttrycker att han också haft en kontakt på Barn- och ungdomspsykiatri. Övriga barn uppger att familjen endast haft stöd genom KIBB.

Vad som upplevts som bra med KIBB

Det mest centrala i barnens berättelser är att våldet i familjen minskat. Flera tar upp det och använder ord som "bråkar mindre" eller att föräldrarna "slåss mindre". Några barn har själva tidigare varit våldsamma mot en förälder eller ett syskon och kan uppge att de nu slutat med det.

"Vi har slutat att bråka och slåss och vi har börjat prata istället. Det känns bättre."

- pojke 9 år -

En del barn lyfter fram den lekande och avslappnade miljön kring KIBB-behandlingen. Flera barn kan uttrycka att det varit roligt att komma till KIBB-träffarna.

"Vi hade roligt. Det är mycket bättre mellan mig och pappa. Vi bråkar inte lika mycket."

- pojke 8 år -

Några barn lyfter fram spel och särskilda hjälpmedel som Nallekort och känsloradar som positivt. En del barn lyfter särskilt fram behandlarnas roll som

något positivt. Flera tycker att det har känts skönt att ha någon vuxen att prata med. Andra belyser att tiden i och kring KIBB blev en tid då familjen var tillsammans.

"Behandlarna har hjälpt mig genom att jag har kommit närmare pappa. Pappa har heller inte gjort illa mig mer."

- pojke 10 år -

"Att ha någon att prata med."

- pojke 11 år -

"Att vara med familjen."

- flicka 9 år -

Även att få fika har varit positivt. Någon har fått smaka spettekaka, andra lyfter mer generellt fram fikastunderna.

"Vi fick leka och äta den där spettekakan."

- pojke 9 år -

Ett barn tar särskilt upp det förklarande brevet hon skrev till sin pappa som något positivt i behandlingen.

"... när vi fick läsa upp breven till pappa. Det var pirrigt men blev bra. Pappa sa att det var bra. Jag tror han sa att han blev glad."

- flicka 10 år -

Att lära sig strategier

Några barn kan sätta ord på nya strategier de lärt sig. Bland annat så formulerar familjen en trygghetsplan där de går igenom vad de ska göra om någon i familjen upplever att det finns risk för våld igen. Barn och föräldrar kommer överens om ett ord de ska säga om de blir oroliga och alla ska då gå på vars ett håll. En del barn upplever att de genom trygghetsplanen får en strategi att själva kunna påverka händelseförloppet.

"Att säga paus när man skulle gå åt olika håll."

- flicka 5 år -

Genom behandlingens olika komponenter lär sig barnen också andra strategier, och att det kan hjälpa att prata om sina upplevelser. Barnen får vetskap om att våldet är de vuxnas ansvar och att de varit modiga som berättat, och på så sätt hjälpt till så att deras familj kan få hjälp.

”Man får lära sig mera, att man ska berätta hemligheter.”

– pojke 8 år –

Vad som inte fungerat så bra med KIBB

De flesta barn har svårt att komma på något dåligt med att komma till KIBB-träffarna.

”Ingenting har varit dåligt. På morgnarna vill man inte gå dit, men när man är där vill man vara där.”

– pojke 9 år –

Behandlingen är dock tidskrävande och bland de lite äldre barnen fanns de som tyckte att det var jobbigt att missa träningstillfällen eller andra sociala aktiviteter med kompisar.

”Långdraget, det var jobbigt. Man missar att vara på fritidsgården med sina kompisar.”

– flicka 13 år –

Någon kan också uttrycka att det var jobbigt att prata öppet om sina problem med någon de först inte kände, men att det blev lättare allt eftersom kontakten fördjupades.

I alla familjer räcker dock inte KIBB och föräldrar kan ha svårt att praktisera sina nya färdigheter.

”Att den inte hjälpt allt. Att det händer att en förälder fortfarande tar tag i mig.”

– pojke 9 år –

Barnet beskriver att föräldrarna slutat slå men fortfarande kan ta hårt i armen.

En tioårig flicka tycker att bråket ändrat karaktär, men är fortfarande jobbigt.

”Istället för att slåss så skriker de.”

Förändringar

När barnen tillfrågas om det skett några förändringar i familjen är det många som beskriver hur våldet minskat i familjen. Även här kan barnen lyfta fram såväl föräldrarnas våldsanvändning som att de själva nu bråkar mindre med både syskon och föräldrar.

”Att vi har fått hjälp att ha det bättre hemma. Inte lika mycket bråk.”

– flicka 5 år –

”Pappa och jag har det bra, vi bråkar inte lika mycket.”

– pojke 8 år –

Framst lyfter barnen fram föräldrarnas minskade våldsutövande i sina svar. Men även andra strategier lyfts fram så som bättre samtalsklimat, mer lek och samvaro.

”Väldigt mycket [har förändrats]! Pappa har slutat skrika på mig. Jag mår bättre.”

– pojke 10 år –

”Vi spelar mer spel och leker mer tillsammans.”

– pojke 9 år –

”Det har hänt en bra förändring, det är en bra stämning i familjen nu. Jag kan lita mer på pappa och kan prata mer med honom. Pappa tar ett djupt andetag nu om vi har gjort något fel, han försöker förklara. Innan blev han argare, blossade liksom upp.”

– flicka 13 år –

Några barn kan även lyfta fram hur deras mående påverkat skolan och att behandlingen hjälpt dem även där.

”Skolan fungerar bättre nu. Jag mår bättre.”

– pojke 12 år –

Flera barn uttrycker att de själva mår bättre nu. De kan uttrycka att de är tryggare och att de har förstått att våldet inte var deras fel.

”Jag älskar mig själv som person – och respekterar mig själv mer nu. Det kan vara att jag har blivit äldre också, att jag har vuxit i mig själv, men jag tror det är KIBB som gjort det.”

– flicka 13 år –



FÖRÄLDRARS ERFARENHETER

Föräldrarna deltog i samtal på de platser där familjen fått sin behandling. Samtalen skedde i samband med att familjen fyllde i sina självskattningsformulär för eftermätningen. Av de föräldrar som svarat var 10 biologiska mammor, 13 biologiska pappor och 1 styvförälder (pappa).

Olika typer av insatser

Tre familjer har haft andra insatser inom öppenvården utöver KIBB. En mamma har fått stöd via Kriscentrum.

Vad har upplevts som bra i behandlingen

Flera föräldrar tar upp att de känt sig respekterade av behandlarna, att de värdesatt möjligheten att få prata med någon som inte verkade dömande. De uppger också att det var viktigt att hjälpen kom igång snabbt. Behandlarnas förhållningssätt får stort utrymme i föräldrarnas berättelser.

”Att vi fick hjälp väldigt snabbt och mycket hjälp första dagarna. Mycket uppbackning. Det var en ordentlig uppföljning, bra med 16 gånger.”

– mamma –

”Att ha någon att prata med som inte är dömande, få kunna prata öppet. Kontinuerliga kontakter utifrån är värdefullt.”

– pappa –

”Att mina värderingar respekterades. De stöttade barns bästa när det var kaos i ens inre. Handläggarna var fantastiska.”

– pappa –

Föräldrarna beskriver hur de lärt sig tänka på ett nytt sätt och att de lärt känna nya sidor av sina barn, samt att de fått en ny förståelse för hur barnet agerar och varför. Många kan uttrycka att de tidigare trodde att barnet var ute efter att provocera dem, men nu kan stanna upp och lyssna mer.

”Man lär sig tänka på ett annat sätt. Hur man ska bemöta barnen och även lugna ner sig och sitt humör.”

– styvpappa –

Precis som i barnens svar så finns det föräldrar som uttrycker att de uppskattar tiden familjen fått tillsammans. Träffarna har också inneburit tid för parrelationen och som familj. Några föräldrar tar upp att både de och barnen blivit gladare.

”Jag tycker att det är ett bra upplägg på samtalen, att vi vuxna och vårt barn har fått prata ensamma och att vi i slutet av samtalen har fått prata tillsammans.”

– mamma –

”Bra att behandlingen har innefattat samtliga i familjen. Strukturerat fokus på hela familjen.”

–pappa –

”Vi har även sett fram emot dagarna, det har ju varit som vår egentid.”

– mamma –

Längden på behandlingen har delat föräldrarna i två läger. Några tycker att det har varit bra med strukturen och längden på behandlingen medan andra har känt att det tagit för mycket tid.

”Att det var varje vecka under en lång period har hjälpt till att hålla det levande.”

– mamma –

Vad har upplevts som dåligt i behandlingen

Behandlingen är tidskrävande och en del föräldrar har känt sig pressade av att få ihop det tidsmässigt. Många av funderingarna kring vad som kunde varit bättre rör strukturen på behandlingsupplägget.

”Det har bidragit till stress, smita från jobbet. Varit på gränsen att man klarade detta.”

– mamma –

”Resultatet blev magert, problemen fortsätter.”

– pappa –

”För mycket repetition.”

– pappa –

Några familjer påbörjade behandlingen i grupp. Föräldrarna kan då uttrycka att familjerna varit för olika och det blev svårt att relatera till den andra familjens problem. De tyckte att det blev bättre när de var själva.

Några föräldrar har fått byta behandlare på grund av sjukdom och tycker att det inledningsvis försenade processen.

En pappa uttrycker att han förlorat en strategi när han inte längre kan ta tag i armen på sina barn och skilja dem åt vid bråk.

Stoppordet är en strategi som har verkat ha fungerat i många familjer, men en mamma önskar att det

kommit tidigare i behandlingen så att de hunnit öva mer på det.

Några föräldrar uttrycker att de skulle vilja ha ett schema med tema för vad som skulle diskuteras de olika gångerna. KIBB tog mycket tid och de ville veta vad som skulle komma och var de var i processen.

En del föräldrar önskar mer information och bättre samarbete med andra aktörer. Främst är det rättsprocessen som upptagit en stor del av föräldrarnas tankar. En förälder uttrycker att hen velat ha en broschyr med information om rättsprocessen. Det finns också önskemål att få telefonnummer dit man kan vända sig i krisläget och få en samtalskontakt. En mamma uttryckte att polisutredningen tog ett år och då drogs familjen tillbaka igen. En pappa tycker inte om att behandlingen har ordet barnmisshandel i sig.

Har föräldern märkt någon förändring hos barnet?

En del föräldrar pratar om barnets förändrade mående utifrån hur den gemensamma relationen förändrats.

”Jag njuter av barnen, de uppskattar det.
Lugnare familjeliv.”

- mamma -

”[Barnets namn] har blivit lugnare,
känns som att han litar mer på mig nu.
Jag berömmar honom mer.”

- mamma -

Några föräldrar tar upp hur barnet blivit lugnare och verkar må bättre. Skolarbetet verkar också ha blivit bättre för en del barn. Ord som gladare, tryggare och lugnare används flitigt.

”De är lugnare och lyssnar mer.
[Barnet] pratar mer, händer det något
säger barnen det på en gång.
Jag kan läsa av dem bättre.”

- mamma -

”Ännu mer öppna idag.”

- pappa -

Andra kan mer beskriva hur barnet lärt sig nya färdigheter.

”Jag tycker att mitt barn har lite lättare
för att beskriva sina känslor än tidigare.
Han kan säga att han är arg, ledsen och
så vidare och ibland även tala om varför.
Det sker oftare nu, innan behandlingen
hände det nästan aldrig”

- mamma -

Ett par föräldrar pratar om att barnen fått mer makt och någon kan uttrycka att hen är rädd att barnen ska anmäla dem igen.

”De vet mer om sina rättigheter.”

- pappa -

Har föräldern själv förändrats?

”Allt har förändrats.
Det var ovärderligt, fått oss på fötterna.”

- mamma -

På frågan om föräldern tycker att hen lärt sig något uttrycker flera att nya kunskaper eller insikter växt fram. Några föräldrar tar upp att de lärt sig ignorera visst beteende, eller att gå ifrån konflikten för att lugna ner situationen först. De kan beskriva att de fått större tålamod. Föräldrar kan också beskriva hur de inte triggas igång lika lätt av sina barn och kan hålla sig ifrån vissa konflikter eller avleda barnens uppmärksamhet.

”Hur ungdomar fungerar, fått nya insikter. Jag
tappade lite fokus på barnen under en tid.”

- pappa -

”Mer fokuserad, släppa lite också
på kontrollen. Barnen har fått lite
mer handlingsutrymme.”

- pappa -

”Massor. Att det inte är okej att slå något
barn. Försöka prata om vad som har hänt,
att det finns andra sätt att lösa konflikter.”

- mamma -

”Nya insikter, hanterar humöret annorlunda.”

- pappa -

En pappa uttrycker att han förstått att det kan vara bra att be om hjälp. Under behandlingen har hans förmåga till reflektion ökat och han menar att han nu förstått att han inte behöver klara allt själv.

Andra föräldrar lyfter fram hur relationen med barnet förändrats och hur de försöker vara mer närvarande föräldrar. De kan beskriva att de själva blivit lugnare och inte hetsar upp sig lika mycket som tidigare.

”Jag tycker att relationen mellan mig
och mitt barn har förändrats. Jag frågar
oftare om mitt barns åsikter i olika frågor
och har lättare att diskutera med
honom, även när jag är arg.”

- mamma -

"Jag började prata mer med barnen om deras känslor, får mer feedback från dem."

- pappa -

"Jag har förändrats, blivit lugnare och tillbringar mer tid med barnen. Vi gör mer tillsammans – hittar på så mycket som jag kan med dem."

- mamma -

Många föräldrar lyfter fram att de har lärt sig se situationen mer från barnets perspektiv, att de mer kan förstå bakomliggande orsaker till varför barnet agerat på ett särskilt sätt. Föräldrarna kan uttrycka att de fått mer kunskap om hur deras barn fungerar och kan anpassa sina strategier efter det.

"Jag har lärt mig att förstå mitt barn bättre, att hans känslor är högst relevanta för honom även om samma saker inte skulle orsaka mig samma känslor. Jag säger inte lika ofta saker som 'nu överdriver du' eller 'så farligt kan det inte vara'. Jag anstränger mig mera för att förstå honom."

- mamma -

"Att se från barnens perspektiv, samt att prata mer med barnen."

- mamma -

"Tidigare för mycket rutiner, höll fast. Ser mer från ett barns perspektiv idag."

- pappa -

"Jag har lärt mig mer lyssna på barnen – det är inte lika mycket tjat."

- mamma -

Flera föräldrar förklarar också att de förstår att barn behöver både tid och närhet – både känslomässig och fysisk. Några pratar om att de har fått hjälp att öppna upp sig själva mer och lärt sig ge barnen beröm och kramar.

"Att barn behöver mer tid till att förklara saker och att det är viktigt med beröm och närhet, kramar och pussar. Det är viktigt att säga att man älskar sitt barn."

- pappa -

Några föräldrar tar upp hur parrelationen förändrats.

"Vi pratar mer med varandra nu än tidigare."

- mamma -

"Fört oss närmare – hela situationen i sig är bättre."

- mamma -

En förälder beskriver hur hon och barnens pappa nu ringer och sms:ar mer med varandra och att de har fått en bättre kontakt och är mer överens kring barnen. Många föräldrar lyfter särskilt fram hur de har blivit bemötta av behandlarna. Att få prata med behandlarna beskrivs ibland som det bästa med interventionen. Många använder ord som respektfullt, att behandlarna varit positiva och inte dömande.

"Jag tycker att jag fått ett bra bemötande. Behandlarna har varit mycket positiva och jag har inte känt mig skuldbelagd eller illa till mods. Det känns som om jag har kunnat prata om allt."

- mamma -

"Helt underbara, ej dömande ögon. De har ställt upp 100 %".

- mamma -

En pappa beskriver behandlarna som "mycket fina personer" som han kunde skratta tillsammans med. Behandlarna gav en känsla av att han och hans familj blev betydelsefulla. Andra uttrycker att behandlarna var tuffa men bra, föräldrarna tycks uppskatta den raka kommunikationen som många behandlare står för.

De allra flesta föräldrar uttrycker att de skulle rekommendera KIBB till andra familjer som har liknande problem.

"Kanon, skulle rekommendera till alla som jag känner och även utomstående."

- styvpappa -

"Andra ska ta emot den här hjälpen, man blir lugnare och gladare."

- mamma -

En mamma beskriver hur hon i början blev "ledsen och förbannad" när hon fick veta vad som hänt mellan pappan och barnen. Men sen beskriver hon att hon kunde börja lyssna mer och att hon bestämde sig för att hon ville stödja pappan och barnen. Idag skulle hon rekommendera KIBB till andra familjer och kan uttrycka att hon själv förändrats mycket.

ENKÄT TILL KIBB-BEHANDLARE

De behandlare som varit med och implementerat KIBB har fått erfarenheter kring hur det är att arbeta med metoden och vilka styrkor respektive svagheter metoden har. Deras erfarenheter är viktiga för det fortsatta implementeringsarbetet. För att samla in deras erfarenheter konstruerades en enkät med öppna frågor. Enkäten delades dels ut vid utbildningsträffar och har också skickats eller e-postats till behandlare. Totalt har 31 behandlare besvarat den öppna enkäten. Behandlarnas erfarenhet av KIBB varierar och några har varit med sedan KIBB först implementerades i Sverige medan andra är under utbildning. Behandlarna har själva tagit ställning till om de fått tillräcklig erfarenhet av KIBB för att besvara enkäten.

Vad upplevs som positivt med KIBB

KIBB anses ge en struktur som hjälper behandlaren genom processen.

”Den har med bra teman och är tydlig att det handlar om våld och gränsöverskridanden.”

Behandlarna lyfter också särskilt fram att det är positivt att arbeta med barn och föräldrar tillsammans. Det gör att familjen genomgår liknande processer och upplevelser.

”Att man arbetar med barn och föräldrar parallellt, att båda får ”vad de behöver”.

”Att arbeta integrerat med barn och föräldrar. Att både bearbeta det som hänt, men också träna nya färdigheter för framtiden.”

”Att jag ser att det hjälper barn och föräldrar att få bättre förhållningssätt till varandra. Att föräldrarna upphör med våldet och att barnet får hjälp att bearbeta trauman.”

”Att man kan jobba med både föräldrar och barn och syskon samtidigt och tillsammans. Att hjälpa familjer att prata om det svåra, ge skuldavlastning och hjälp att komma ur en svår situation.”

Behandlingen beskrivs också som barnvänlig, där barnen inte tappas bort i processen.

”Att barnet hamnar i fokus, samt barnets behov.”

Många behandlare benämner också att våldet blir mer synliggjort i KIBB-behandlingen.

”Att våldet hamnar i fokus”

”Att känna att jag på ett mer strukturerat sätt än tidigare kunna prata om våld som skett i familjen samt att jag upplevt positiva reaktioner både från barn och föräldrar.”

”Att det blir en konkret förändring i familjen med ett annat bemötande från föräldern. Att man pratar om våldet och att barnet får höra föräldern ta på sig ansvaret.”

En viktig del i behandlingen är att föräldern tar ansvar för våldet.

”Att åstadkomma att föräldern tar ansvar för våldet, ger förklaring, tar skulden etc. inför barnet, läkande för barnet.”

Trots att ett stort fokus hamnar på våldet lyfter behandlarna fram vikten att arbeta respektfullt med familjen.

”Öppet och icke dömande behandlingsmetod.”

Behandlingen bedöms också komma igång snabbt, exempelvis uttrycker någon behandlare att föräldrarna tidigt får öva på att berömma sina barn och alternativa sätt att sätta gränser. Behandlingen upplevs vara pedagogiskt upplagd och det går att individanpassa behandlingen trots att den är manualbaserad.

”Ett spännande och väl genomtänkt program. Känner att det är ett ’tryggt’ och välunderbyggt behandlingsprogram.”

Komponenter som upplevs som särskilt bra är traumabearbetningen och det klargörande brevet.

Vad finns det för negativa faktorer med KIBB

Även om strukturen kan beskrivas som positiv så kan materialet också beskrivas som ”väl styrande” ibland. Manualen beskrivs som svår att sätta sig in i inledningsvis och den kan upplevas som otydlig. En del moment beskrivs ta längre tid än vad manualen anvisar. En behandlare funderar också på om manualen skulle tjäna på att delas in i mindre ålderskategorier.

”Mycket ska hinnas med. Vissa moment blir ytliga.”

”Att det inte är så tydligt vad man fyller träffarna med, att det blir upp till den enskilda behandlaren.”

Vilka svårigheter upplever behandlarna med att arbeta med KIBB

KIBB beskrivs som både tids- och resurskrävande. Det är också viktigt att terapeuterna i barn- respektive föräldragruppen är samspelta.

”KIBB tar mycket tid i anspråk, det kräver mer förberedelse än traditionell familjebehandling.”

”Att vara flera behandlare i en familj ställer stora krav på samarbete och kommunikation.”

”Att få föräldrarna att fortsätta arbetet hemma, göra sin ”läxa”. Och ta med erfarenheten tillbaka. Om en verklig förändring ska ske räcker det inte med terapitiden.”

Ibland bedöms KIBB inte räcka och någon behandlare önskar att det kunde kompletteras med mer konkret hjälp i hemmet.

Det finns också en osäkerhet kring hur mycket en del föräldrar tar åt sig av behandlingen. En del föräldrar beskrivs ha kognitiva svårigheter som gör att de kanske har svårt att tillgodogöra sig alla delar. Föräldrarna kan uttrycka att de är nöjda och att behandlingen fungerar bra, men där det ändå framkommer att våldet fortsatt.

”Det kan vara svårt att strikt följa manualen och ’jobba KIBB’ när vi har multiproblem familjer.”

”Det som genomgående varit svårt är att få föräldern att ta ansvar fullt ut för det våld som varit. Speciellt i de familjer där socialtjänsten varit otydliga i sin information vad föräldrarna tackat ja till.”

Förändringar i familjen

Behandlarna kan uttrycka att familjerna lärt sig kommunicera bättre och att de blivit mer medvetna om barnens behov. Föräldrarna upplevs få mer tålamod och lär sig nya strategier. De uppges också ha blivit bättre på att berömma sina barn. Någon behandlare lyfter också fram att föräldrarna har blivit bättre på att samarbeta sinsemellan och med barnet.

”Föräldern får större förståelse för barnet, tar barnets perspektiv. Barnet reflekterar mer över tankar, känslor, beteenden. Får möjlighet att bearbeta trauman/svåra händelser.”

”Föräldrarna omsätter det vi pratat om direkt i sin vardag. De får snabba förbättringar och det ökar motivationen.”

Behandlarna ser också att det blir ett öppnare klimat i familjerna, att barnen blir öppnare och gladare. De kan också se att föräldrarnas våldsanvändning minskar eller upphör.

”Föräldrarna tar mer ansvar, både för våldet men också för trygghet/säkerhet i familjen framåt. Barnen upplever jag som lugnare och tryggare, avlastade.”

”Föräldrarna använder inte fysisk bestraffning.”

”De får ofta en bättre relation och gör mer saker tillsammans. Läkande för både barn och föräldrar att prata om misshandeln.”

Hur går det att adressera våldet

De flesta behandlare bedömer inte att det har varit svårt att prata om våldet men några menar att det kan variera mellan olika familjer. Behandlare beskriver att det är viktigt att barnet återkommande får föräldrarnas tillåtelse att prata om våldet.

”Beror på hur öppen familjen är, om barnet har fått mandat att prata.”

”Förvånansvärt enkelt. Är jag själv trygg och tydlig går det enklare.”

Någon beskriver att det är enklare att prata med barnet om våldet medan föräldrarna förminskar våldet och tycker det är jobbigt att prata om.

Hur nöjda är behandlarna med behandlingsmetoden?

I enkäten ställdes frågan ”Hur nöjd är du med KIBB som behandlingsmetod i familjer där våld förkommit” där behandlarna fick skatta sin nöjdhet mellan 1 och 10, där 1 stod för missnöjd och 10 väldigt nöjd. Av de 31 behandlare som fyllt i enkäten valde 27 att lämna ett omdöme. Någon behandlare angav att de inte kommit tillräckligt långt i behandlingen med sin familj för att kunna göra en skattning. De behandlare som svarade på enkäten är överlag mycket nöjda med behandlingsmetoden. I genomsnitt skattar de siffran 8 på frågan med en spridning mellan 5 och 10.

ENKÄT TILL ÅKLAGARE

Det finns pågående diskussioner med åklagarmyndigheten om huruvida KIBB är en aktuell metod för åklagarna att tillämpa vid påföljdsyrkande. För att undersöka hur åklagarna uppfattade behandlingsmetoden och hur de valt att tillämpa den skickades en enkät ut till 33 specialiståklagare. Enkäten distribuerades via Google formulär. Elva åklagare valde att besvara enkäten. Samtliga av dem hade kännedom om behandlingsmetoden och de hade generellt sett en positiv bild av KIBB, dock angav flera att de saknade kunskap. Någon var positivt nyfiken och såg fram emot att deras kommun skulle få kompetens att ge KIBB-behandling. Det fanns också en förhoppning om att samarbetet med bland annat frivården kunde leda till att åklagarna kunde yrka på KIBB som påföljd.

De flesta åklagarna bedömde inte att KIBB hade haft betydelse i deras arbete men några hade valt den som påföljd i brottmål och andra hade en förhoppning att kunna använda den mer som påföljd. Det pågår också en diskussion om KIBB kan användas vid åtalsunderlåtelse. Ingen av åklagarna hade konsulterat KIBB-behandlare eller deras arbetsledare i sin beslutsprocess. Sammantaget visar enkätsvaren en positiv bild av behandlingsmetoden och en förhoppning om att metoden framöver kan bli en mer frekvent använd påföljd vid brottmål.



KAPITEL 9

KIBB utbildningen

Ylva Söderlind Göthner, projektledare, Stiftelsen Allmänna Barnhuset

CERTIFIERING AV SVENSKA UTBILDARE

Certifieringen planerades tillsammans med Melissa Runyon, Cares Institute, New Jersey som också ansvarade för certifiering av utbildarna. Melissa Runyon hade tidigare inviterats till Sverige och var involverad i den första implementeringen av KIBB och pilotstudien. Hon var därför väl förtrogen med utvecklingen av KIBB i Sverige, forskarteamet, KIBB behandlarna och Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Krav för att bli certifierad svensk utbildare i KIBB;

- att vara certifierad KIBB behandlare
- genomföra ett utbildningsprogram för KIBB behandlare
- handleda kursdeltagare under utbildningstiden
- ansvara för certifiering av kursdeltagarna
- telefonkonsultationer med Melissa Runyon vid 10 tillfällen

Arbetet inleddes med ett seminarium i mars 2013 tillsammans med Melissa Runyon. På seminariet lades grunden för innehållet i den svenska KIBB utbildningen.

I USA erbjuder man två utbildningar med olika omfattning beroende på kursdeltagarnas tidigare utbildning och erfarenhet. Båda uppläggen bygger på ett antal återkommande lärandeseminarier med ett visst tidsintervall. Tiden mellan seminarierna är avsedd för kursdeltagarna att möta familjer och att praktisera sina kunskaper. Behandlingen med familjer under utbildningstiden genomförs med stöd av kontinuerlig handledning samt att kursdeltagarna videofilmar några behandlingsmoment som granskas av kursledarna.

Ett delmål som sattes upp inledningsvis i projektet var att certifiera fyra utbildare. I ett tidigt skede insåg vi att det skulle bli för sårbart med bara fyra personer. Erbjudandet riktades därför till sju erfarna KIBB behandlare som alla tackade ja till att påbörja utbildningen i mars 2013.

Ett avtal upprättades med respektive arbetsgivare om en ersättning motsvarande totalt 20 arbetsdagar som utbildningen beräknades ta. En person avbröt utbildningen under hösten 2013 pga. annat arbete.

Under våren 2014 certifierades sex svenska utbildare i KIBB behandlingsmodell.

KIBB utbildningen – omfattning och innehåll

Det svenska utbildningsupplägget omfattar fyra lärandeseminarier med totalt 11 utbildningsdagar. Alla seminarier förutom det sista förlades till Stiftelsen Allmänna Barnhusets konferensgård Sättra Bruks Herrgård i Västergötland.

Det första lärandeseminarier ägde rum i mars 2013 och det sista seminarier förlades till mars 2014. Under utbildningstiden erhöll kursdeltagarna 12 handledningstillfällen. En viktig del i utbildningen är att kursdeltagarna under handledning får pröva och träna sina kunskaper i praktiken.

Utbildningen ska ge en grundläggande kunskap om barnmisshandel, vilka teorier KIBB behandlingsmodell vilar på samt aktuell forskning. Fokus i utbildningen är på de olika momenten i behandlingen. Kursledarna har alla lång klinisk erfarenhet som KIBB behandlare och har därför kunnat bidra med många exempel från sin egen praktik. Utgångspunkten i utbildningen är KIBB manualen som väl beskriver de olika teman som ingår i behandlingen och varje behandlingssession. Arbetsformen har varit kortare föreläsningar varvat med grupparbeten och rollspel. Stor vikt har lagts vid att träna på de olika momenten i behandlingen och att reflektera kring dessa. Efter avslutad utbildning ska kursdeltagarna ha god kännedom om vilka teorier KIBB behandlingen vilar på och ha förvärvat kunskaper om hur KIBB behandlingen genomförs i praktiken samt genomfört KIBB behandling med familjer under handledning. Seminarierna har lagts upp och genomförts av utbildarna i samråd med forskningsteamet och projektledaren.

Kursdeltagarna har tillgång till en gemensam webbplats där det finns möjlighet till att ställa frågor och dela dokument.

För att bli certifierad KIBB behandlare krävs en närvaro på 80 procent vid utbildnings- och handledningstillfällena. Kursdeltagarna ska lämna in en skriftlig examinationsuppgift med en beskrivning av ett behandlingstillfälle. Den skriftliga redogörelsen ska omfatta planering och genomförande av det valda behandlingstillfället, behandlarnas reflektioner samt hänvisning till angiven referenslitteratur.

ERFARENHETER FRÅN FÖRSTA UTBILDNINGEN

Den första utbildningen betraktades som en pilot och kursen erbjöds utan kostnad till personal vid Barnhuset. På Barnhuset fanns en grundläggande kunskap och erfarenhet om våld mot barn. Det fanns också ett uttalat önskemål om att kunna erbjuda behandling till de familjer som de kommer i kontakt med i samband med polisanmälan om barnmisshandel. En intresseanmälan skickades ut till samtliga Barnhuset och 17 stycken anmälde sitt intresse för utbildningen. 29 deltagare från sex Barnhuset påbörjade utbildningen i mars 2013.

21 kursdeltagare fullföljde utbildningen och 17 stycken blev godkända och certifierade KIBB behandlare under våren 2014.

Att åtta personer valde att avbryta utbildningen efter det andra Lärandeseminarier tillskriver vi bristande förankring innan utbildningen startade. Förberedelse-tiden var för kort, vilket resulterade i att både chefer och kursdeltagare var dåligt förberedda på vad KIBB utbildningen innebar. En fråga som vi också diskuterade var om vi delvis vände oss till fel målgrupp, eftersom de flesta Barnhuset inte har i uppdrag att genomföra behandling med familjer och barn som har kontakt med Barnhuset.

De som fullföljde utbildningen gav i stort mycket goda omdömen och var överlag mycket nöjda. Många pekade på att en KIBB behandling är tidskrävande i början – både att lära sig och att genomföra, men att ”det är en otroligt meningsfull behandlingsmodell”. En deltagare skrev i utvärderingen ”det känns som om man gör rätt saker för familjen, dvs. pratar om våldet och att behandlingen involverar både barn och föräldrar”.

Andra erfarenheter var att; det behövs fler utbildade KIBB behandlare i varje team – minst 3 behandlare per verksamhet. Arbetsprocessen i KIBB skulle behöva beskrivas tydligare dvs. rekrytering av familjer, information, samarbete med socialsekreterare, åklagare etc. Deltagarna upplevde oklarheter i början av utbildningen och brister i synkronisering mellan forskningsstudien och utbildningen.

KIBB UTBILDNINGEN 2014–2015

Lärdomar från den första utbildningen tog vi med oss inför planeringen av nästa utbildningstillfälle som startade i november 2014 och avslutas i september 2015. Den här gången vände vi oss till kommuner och verksamheter som hört av sig och visat intresse av utbildningen. Vi valde också att ha en viss geografisk prioritering utifrån kursort.

Behörighetskrav och förutsättningar för att delta i utbildningen formulerades.

Behörighetskrav

- Beteendevetenskaplig eller likvärdig högskoleutbildning.
- Erfarenhet av behandlingsarbete med barn och familjer.
- God kännedom om vad en manualbaserad behandlingsmetod innebär.

Önskvärda kvalifikationer;

- Erfarenhet av arbete med våldsutsatta barn och/eller deras föräldrar och framför allt förmåga att kunna tala om våld.
- Erfarenhet av KBT behandling.
- Intresse av att lära nytt och förmåga att möta föräldrar och barn på ett kreativt och flexibelt sätt.

Förutsättningar för delta i utbildningen

I KIBB behandlingen träffar alltid två behandlare familjen – en barnbehandlare och en föräldrabehandlare. Önskvärt är därför att minst tre kursdeltagare utbildas samtidigt från varje verksamhet/kommun. Att kursdeltagarna har möjlighet att genomföra KIBB behandling med minst två familjer under utbildningstiden. Att kursdeltagarna har tillgång till material som rekommenderas i KIBB behandlingen såsom spel, böcker, kriterier mm (materialet beräknas kosta ca 2 000 kronor).

Beräknad tidsåtgång för deltagarna under utbildningstiden är ca 1 dag/vecka. I den tiden är inkluderat kursdagarna, handledning, förberedelser och inläsning av material, behandling av 2 familjer under minst 16 veckor. Önskvärt är också att kursdeltagarna är intresserade av att medverka i den forskningsstudie som följer familjer som får KIBB behandling.

I november 2014 påbörjade 39 deltagare utbildningen. Det första utbildningstillfället var gemensamt för alla och förlagt i närheten av Linköping. Deltagarna delades sedan i två grupper och lärandeseminarium 2 och 3 genomfördes i Lund respektive Linköping. Det sista seminariet i september 2015 kommer också att vara gemensamt för alla och vara förlagt i närheten av Lund.

Erfarenheten hittills visar att vi vänt oss till rätt målgrupp som både har erfarenhet av familjebehandling, manualbaserad behandling och förutsättningar att arbeta kliniskt med familjer.

Nästa utbildningsomgång planeras starta med en grupp i november 2015.

KIBB MANUALEN

En stor och viktig del av implementeringen var att översätta och anpassa KIBB manualen till svenska förhållanden. Detta kan sägas ha skett stegvis där det första steget var att översätta manualen som i början var utformad som ett kompendium. Formuleringar i den första översatta manualen har tagits upp vid ett flertal seminarier och diskussioner hade förts med Melissa Runyon med förslag på anpassningar till svenska förhållanden. Det fanns med andra ord innan projektet startade en översatt manual men den behövde revideras och kompletteras samt tryckas upp.

I samband med utbildningsseminariet tillsammans med Melissa Runyon i mars 2013 fick vi ett nästan färdigt manus av manualen som skulle tryckas upp i bokform¹ i USA.

Detta manus innehöll fler delar än den tidigare manualen som vi fått, exempelvis en implementeringsguide, tips till behandlare och fler exempel och övningar.

Ett relativt omfattande arbete påbörjades där KIBB behandlare, blivande utbildare, forskningsteamet och Stiftelsen Allmänna Barnhuset involverades för att läsa och komma med förslag på ändringar.

Revideringen av manualen var klar till utbildningens andra lärandeseminarium i slutet av augusti 2013. Förutom vissa textuella ändringar lade vi till ett förord som beskriver hur behandlingen tillämpas i Sverige utifrån vår lagstiftning och praxis. Fortfarande kvarstår en del exempel och formuleringar som inte känns ändamålsenliga så en fortsatt revidering kommer med all sannolikhet att ske framöver.

Manualen inleds med en introduktion för behandlare därefter beskrivs alla behandlingssessionerna utförligt i en föräldra- respektive barndel. Ett särskilt kapitel ger råd om hur föräldrar ytterligare kan träna på positiva föräldrafärdigheter. Manualen avslutas med övningar och arbetsblad som används i behandlingen.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset har de svenska rättigheterna till manualen. Manualen får man i samband med KIBB utbildningen.

1. Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy - An Approach to Empower Families At-Risk for Child Physical Abuse Melissa K. Runyon, Esther Deblinger, David H. Barlow 2013



KAPITEL 10

Diskussion resultat och erfarenheter, framtida behov

Sedan KIBB började implementeras i Sverige har över 20 kommuner låtit utbilda personal i behandlingsmetoden. Det innebär att metoden är spridd i stora delar av Sverige. I den aktuella forskningsstudien har 20 behandlingsenheter deltagit. Det gör att resultaten inte kan tolkas som att de beror på någon enskild behandlingsinstans som lyckats särskilt bra med implementeringen av den nya behandlingsmetoden. Istället visar resultatet att behandlare med olika erfarenheter och olika organisatoriska förutsättningar lyckats implementera metoden och erbjuda den med gott resultat för de deltagande familjerna.

Även om resultatet från forskningsstudien är lovande är det viktigt att ha med sig att studien är pågående och att resultaten bör ses som preliminära. Den uttalade målsättningen vid forskningsprojektets början var också att ha en kontrollgrupp för att kunna jämföra KIBB med socialtjänstens ordinarie insatser. Detta för att kunna undersöka om KIBB är bättre än de interventioner som redan erbjuds för våldsutsatta barn. Tyvärr har det målet inte gått att uppnå. Flera kommuner har kontaktats, via såväl telefonsamtal, e-post och personliga besök. Forskargruppen har erbjudit föreläsningar och olika stödstrukturer kring rekryteringen av kontrollfamiljer. Inför att nya kommuner stått i kö för att få utbildning i KIBB har de uppvaktats med önskemål om kontrollfamiljer då tanken varit att de kommunerna kanske var mer motiverade att hjälpa till i rekryteringsarbetet. Många kommuner har dock ställt sig positiva till att medverka, men har trots detta

inte förmått rekrytera några familjer. Det har inte gått att få någon direkt orsaksförklaring till detta. I de flesta fall anger kommunerna organisatoriska svårigheter så som byte av personal på olika positioner. En annan möjlig svårighet kan vara oviljan att adressera våldet i nya ärenden, eller att ta upp frågan om forskningsdeltagande i uppstartsarbetet med nya familjer. De deltagande familjerna uttrycker dock att de uppfattar det som positivt att de får vara med och tycka till om de insatser som de erbjudits och värdesätter att deras erfarenheter tas till vara.

Barnen i den aktuella studien har i genomsnitt varit med om över 13 potentiellt traumatiserade händelser. Det bekräftar tidigare forskning att barn som drabbats av ett trauma löper ökad risk att utsättas för andra trauman¹. Även om resultaten indikerar att våldsutsatta barn löper större risk att utsättas för andra typer av trauma, och att barnen har flera symptom på

1. Freeman, 2014

traumabelastning visar resultaten också att den testade behandlingen kan hjälpa barnen avseende just traumabelastning. Vid datainsamling 2 hade barnen signifikant minskat sina traumasymptom på samtliga testade variabler. De upplevde mindre ångest och oro, mindre depressiva känslor och ilska, samt mindre dissociationer och posttraumatiska stresssymptom.

Resultaten är viktiga ur flera hänseenden. Dels visar de på vilken belastning det kan vara för det enskilda barnet att ha utsatts för våld av en förälder. Barnet är oskyddat i sin hemmiljö och extra utsatt när de som ska ge barnet skydd och omsorg är de som utsätter barnet för fara. Det är viktigt att professionella i samhället har kunskap om våldets konsekvenser, på både kort och lång sikt, för barnet. En lika viktig kunskap är att det finns hjälp att erbjuda barnet. KIBB har i både svenska och amerikanska studier visat sig hjälpa barn avseende bland annat minskade traumasymptom.

Det unika i KIBB är att behandlingsmetoden vänder sig till både barn och föräldrar och resultaten från den aktuella forskningsstudien visar att både barn och föräldrar kan förbättra sitt mående. Det tydligaste resultatet från effektstudien visar att både barn och föräldrar rapporterar en minskning av den fysiska bestraffningen. Vuxna rapporterar dock lägre värden vid både datainsamling 1 och 2. Det visar på vikten av att inkludera barn i forskning som rör förhållande i familjer, och tidigare forskning har också visat att vuxna tenderar att underrapportera barns upplevelse av våld².

Då barnaaga varit förbjudet i Sverige sedan 1979 har det skett en tydlig attitydförändring i samhället mot barnmisshandel. Antal polisanmälningar har varit kraftigt ökande sedan lagen ändrades, och ökningen håller i sig. Mellan 2013 och 2014 var ökningen 8 procent³. Lagändringen har inneburit en ökad medvetenhet hos allmänhet om våldets skadliga konsekvenser, men har också fått till följd att det kan vara svårare för en förälder att erkänna våldsovergrip. Då våldet i hög grad fördöms från samhällets sida ökar stigmat för den

förälder som erkänner övergrepp. Detta kan ha gett utslag i forskningen då någon förälder kanske valt att inte tillstå våld vid inmätningen. När föräldern påbörjar behandling kan de stå inför en rättsprocess. En del föräldrar väljer kanske i det läget att inte prata så öppet om våldet, och inte fylla i våldets omfattning i något forskningsformulär, även om de besvarar formulären anonymt.

Det har funnits indikationer på att en del föräldrar känt att de efter behandling vågat vara mer ärliga med sina uppfostringsstrategier, vilket kan förklara en minskad effekt. Det går heller inte att helt bortse från att en del barn kan ha missförstått instruktionerna när de besvarar testerna och rapporterar om allt våld när de fyller i självskattningsformulären efter behandling, och inte rapporterar det som skett inom de givna tidsgränserna. Trots dessa eventuella felmarginaler blir förändringarna statistiskt säkerställda.

Resultaten visar dock att våldet inte helt upphört, även om minskningen är signifikant. Det finns många möjliga förklaringar till att behandlingen inte helt hjälper alla familjer. I en del familjer behövs mer tid för att etablera en varaktig förändring, hos andra kan det ha skett ytterligare försvårande upplevelser.

Även om de här första preliminära resultaten stödjer tidigare forskning kring KIBB är det viktigt att inte se KIBB som den enda möjliga interventionen för en familj. Socialtjänsten har ansvar för att se till hela familjens behov och systematiskt följa upp olika interventioner. I en del familjer kan KIBB komma att behöva kompletteras med andra insatser, likaväl som att det inte kommer vara en adekvat insats för alla familjer. En styrka i KIBB är att den integrerade behandlingen vänder sig till både barn och föräldrar. Barnet kan bo kvar hemma och både barn och föräldrar förvärvar kompetenser i syfte att förhindra nya våldshändelser. Resultaten är lovande då komponenter i KIBB visat sig hjälpa både barn och föräldrar med såväl deras psykiska mående som förvärvandet av nya strategier.

Referenser

- Ask, J. M., & Nordstedt, M. (2015). *Simma i livets flod – ett salutogent perspektiv på barns känsla av sammanhang*. Examensarbete. Malmö: Malmö Högskola.
- Annerbäck, E.-M., Wingren, G., Svedin, C. G., & Gustafsson, P. A. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden – findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatrica*, 99(8), 1229-1236.
- Annerbäck, E.-M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G. & Gustafsson, P. A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of Child Abuse – associations with health and risk behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 36(7-8), 585-595.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science and Medicine*, 16 (6), 725-733.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory*. Second Edition. Manual, Svensk version. Stockholm: Psykologiförlaget AB.
- Briere, J. (1996). *Trauma symptom checklist for children (TSCC)*. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Brottsförebyggande rådet (BRÅ). (2015). *Brott och statistik. Barnmisshandel*. Nedladdad 2015.08.17 från <https://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/barnmisshandel.html>.
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, J. F., Valle, L. A., Breston, E. V., Balachova, T., & Bonner, B. L. (2004). Parent and child interaction therapy with physically abusive parents. Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72, 500-510.
- Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2010). Trauma- focused cognitive-behavioral therapy for traumatized children. In Weiz, J & Kazdin, A. (Eds). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Cupit Swensson, C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S.W., Faldowski, R., & Mayhew, A. M. (2010). Multisystem Therapy for Child Abuse and Neglect: A Randomized Effectiveness Trial. *Journal Family Psychology*, 24(4), 497-507.
- Donohue, B., Miller, E.-R., Van Hasselt, V.B., & Hersen, M. (1998) An ecobehavioral approach to child maltreatment. In Van Hasselt, V. B., & Hersen, M. (Eds.). *Handbook of psychological treatment protocols for children and adolescents* (p.p 279-356). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Deblinger, E., & Runyon, M., (2005). Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment*, 10, 364-376.
- Freed, S., & D'Andrea, W. (2015). Autonomic Arousal and Emotion in Victims of Interpersonal Violence: Shame Proneness But Not Anxiety Predicts Vagal Tone. *J Trauma Dissociation*, 16(4), 367-83.
- Freeman, P. A. C. (2014). Prevalence and relationship between adverse childhood experiences and child behavior among young children. *Infant Mental Health Journal*, 35(6), 544-554.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. G., & Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 49-55.
- Frick, P. J., Christian, R. E., & Wootton, J. M. (1999). Age trends in association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification*, 23(1), 106-128.
- Garbarino, J., Kostelny, K., & Dubrow, N. (1991). What children can tell us about living in danger. *American Psychologist*, 46(4), 376-383.
- Janson, S., Jernbro, C., & Långberg, B. (2011). *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning 2011*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Kolko, D. J. (1996). Individual cognitive-behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: a comparison of clinical outcomes. *Childmaltreatment*, 1, 322-342.
- Kolko, D. J., & Swensson, C., (2002). *Assessing and treating physically abused children and their families. A cognitive – behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Kolko, D.J., Iselin, A.M., & Gully, K. J. (2011). Evaluation of sustainability and clinical outcome of Alternatives for Families: A cognitive –Behavioral Therapy (AF-CBT) in child protection center. *Child Abuse & Neglect*, 35, 105-116.
- Kollarik, P. (1999). "En tisdagskväll på Källan" I Fris-
torp, L., & Kollarik, P. (Eds). *Överlevnadshandboken*. Stockholm: Rädda barnen.
- Kjellgren, C., Svedin, C. G., & Nilsson, D. (2013). Child Physical abuse – Experiences of Combined Treatment for Children and their Parents: A pilot study. *Child Care in Practice*, 19, 3, 275-290.

- Lindstein, T. (1995). *Vändpunkten. Att arbeta med barn till alkoholister*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Litrownik, A. J., Newton, R., Hunter, W. M., English, D. & Everson, M. D. (2003). Exposure to Family Violence in Young At-Risk Children: A Longitudinal Look at the Effects of Victimization and Witnessed Physical and Psychological Aggression. *Journal of Family Violence*, 18(1), 59-73.
- Margalit, M. (1995). Children's orientation scale. How I feel? Unpublished. *The Jaime and Joan Constantiner School of Education*.
- Moffitt, T. E. (2013). Childhood exposure to violence and lifelong health: Clinical intervention science and stress-biology research join forces. *Development and Psychopathology*, 25, 1619-1634.
- Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, C. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for children (TSCC) in a sample of Swedish children [Mätinstrument TSCC]. *Child Abuse & Neglect*, 32, 627-636.
- Nilsson, D., Gustafsson, P. E., Larsson, J., & Svedin, C. G. (2010). Evaluation of the Linköping youth life experience scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(10), 768-774.
- Nilsson, D., Gustafsson, P., Svedin, C. (2012). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Young Children in a sample of Swedish children. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 1-12.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systemic review and meta-analysis. *Public Library of Science Medicine*, 9(11), 1-31.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., & Schroeder, C. M. (2009). Pilot evaluation of outcomes of Combined Parent Child Cognitive Behavioral Group Therapy for Families at Risk for Child Physical Abuse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 101-118.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., & Steer, R. A. (2010). Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: An initial study. *Child & Family Behavior Therapy*, 32, 196-218.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., Ryan, E. E., & Thakkar-Kolar, R. (2004). An overview of child physical abuse: developing an integrated parent-child cognitive-behavioral treatment approach. *Trauma, Violence & Abuse*, 5(1), 65-85.
- Sharabi, A., Levi, U., & Margalit, M. (2012). Children's loneliness, sense of coherence, family climate, and hope: Developmental risk and protective factors. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(1-2), 61-83.
- Socialstyrelsen (2004). *Anmälningskyldighet om missförhållanden som rör barn*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2001:72. *Barnmisshandel: att förebygga och åtgärda: slutbetänkande av Kommittén mot barnmisshandel*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 517-530.
- Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1999). Dimensions of the beck depression inventory II in clinically depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 117-128.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22, 249-270.
- Svedin, C. G., & Banck, L. (2002). *Sexuella övergrepp mot flickor och pojkar*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, B. (2013). *Barn som riskerar att fara illa i sin hemmiljö. Utmaningar i ett förebyggande perspektiv*. Doktors avhandling 2013:13. Karlstad Universitet.
- Svensson, B., Eriksson, U. B., & Janson, S. (2013). Exploring risk for abuse of children with chronic conditions or disabilities – parent's perceptions of stressors and the role of professionals. *Child: Care, Health & Development*, 39, 887-893.
- Vinnerljung, B., & Sallnäs, M. (2008). In adulthood: a follow-up study of 718 young people who were placed in out-of home care during their teens. *Child & Family Social Work*, 13, 144-155.
- World Health Organization (WHO). (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*, March 1999 (p.p 29-31). Genève: World Health Organization.
- Widom, C. S. (2000). Understanding the consequences of childhood victimization. I Reece, R. M. (Red.). *Treatment of child abuse: common ground for mental health, medical, and legal practitioners* (p.p 339-361). Baltimore, Md: John Hopkins University Press.
- Øktedalen, T. Hoffart, A., & Langkaas, T. F. (2015). Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery exposure and imagery rescripting. A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 25, 518-532.

Trots att det är väl dokumenterat att fysisk misshandel har långtgående negativa effekter för barn och att våld ofta förs över till nästa generation så är forskningen begränsad vad det gäller effektiva metoder för intervention att stoppa våldet i familjerna. Mellan 2000 och 2010 har den anmälda misshandeln mot de yngre barnen mer än fördubblats och när det gäller de större barnen har en femtioprocentig ökning skett.

I Sverige har det inte tidigare erbjudits någon specialiserad form av behandling för barn som blivit fysiskt misshandlade och traumatiserade inom familjen utan vanligtvis har barn och familj erbjudits de insatser som andra familjer med svårigheter erbjuds. Stiftelsen Allmänna Barnhuset har i samarbete med forskare bedrivit en pilotverksamhet sedan 2006 för att pröva KIBB behandlingsmodell i Sverige.

KIBB – kognitiv integrerad behandling vid barnmisshandel – är en behandlingsmodell för familjer där fysisk barnmisshandel förekommit. KIBB bygger på att familjer i öppenvård, gemensamt eller enskilt, får behandling i barn- respektive föräldragrupp. Behandlingen utförs av familjebehandlare och omfattar 16 tillfällen med en veckas intervall. Varje behandlingstillfälle har ett eller flera teman och innehåller både separata barnsamtal, föräldrasamtal och gemensamma familjesamtal.

Under 2012 – 2015 har utbildningsinsatser i KIBB genomförts och en fördjupad forskningsstudie följt familjer i behandling. Sex svenska utbildare har certifierats av Melissa Runyon, New Jersey och 50 kursdeltagare har utbildats i KIBB behandlingsmodell. Sammanlagt har 45 föräldrar och 34 barn deltagit i forskningsstudiens för- och eftermätningar. Den här rapporten beskriver resultat och erfarenheter från det arbetet.

Allmänna Barnhuset är en statlig stiftelse med uppdrag att stödja metod- och kunskapsutveckling i arbetet med barn i utsatta livssituationer. Barnhuset ger anslag till socialt inriktad barn- och ungdomsforskning, driver egna utvecklingsprojekt, anordnar konferenser och seminarier för att sprida kunskap samt ger ut böcker i aktuella frågor.

Böcker och rapporter kan beställas från www.allmannabarnhuset.se

Textförfattare; Carl Göran Svedin och Doris Nilsson, Linköpings universitet, Cecilia Kjellgren och Johanna Thulin, Linnéuniversitetet i Växjö, Lotta Lindgren BUP Elefanten, Linköping och Ylva Söderlind Göthner, Stiftelsen Allmänna Barnhuset.



Stiftelsen
Allmänna Barnhuset