

Manus för publicering i Fokus på familjen 2006:4

**BEHANDLING VID SEXUELLA ÖVERGREPP
HANS OCH GRETA, EN MULTIMODAL ARBETSMODELL**

Lars Westerström, överläkare, leg psykoterapeut, BUP-kliniken,
Centrallasarettet, S-72189 Västerås
Paula Heljestrand, socionom, leg psykoterapeut. Kanslichef vid Hopp,
Riksorganisationen mot sexuella övergrepp, Box 11014, 10061 Stockholm

I denna artikel beskrivs en modell för terapeutisk hantering av berättelser eller misstankar om sexuella övergrepp. Den bygger på erfarenheter från Ackerman institutet i New York samt olika europeiska erfarenheter (Sheinberg och Fraenkel 2001, Marneffe 1992, Lang och McAdam 1991-1996, McCarthy et al. 1988 och Westerström et al. 1998). Utgångspunkten är att då någon berättar om sexuella övergrepp eller att övergrepp misstänks ha ägt rum, skall den som varit utsatt eller tros ha varit utsatt, känna sig skyddad både från att utsättas för övergrepp i fortsättningen och från olika former av psykisk påverkan från den som utsatt/misstänks ha utsatt vederbörande för övergrepp. I det första kris-inriktade behandlingssteget upprättas en skydds/trygghetsplan i samverkan med nätverket och socialtjänsten. I det andra steget kan en traumabearbetande behandling behövas under kortare eller längre tid. EMDR (Eye Movement Desensitizing Reprocessing) har varit ett viktigt inslag (sbu 2006). Utrednings- och behandlingsarbete med unga förövare har också ingått i arbetet, men beskrivs inte här. Arbetssättet har utvecklats vid BUP-mottagningen i Köping och vidareutvecklats vid Hans och Greta mottagningen i Örebro. En enkät till personalen vid Örebromottagningen (Heljestrand et al. 2005) indikerar att skyddssamtalen hade stor betydelse för att symptomen hos de som blivit utsatta för övergrepp skulle minska.

INLEDNING

I Sverige började debatten om sexuella övergrepp på 1980-talet med Rädda Barnens offerenkät (Rönnström 1983) som visade att övergrepp var långt vanligare än vad som tidigare var känt. 9% av kvinnorna och 3% av männen hade utsatts för övergrepp under uppväxten. Många ansåg då att siffrorna var överdrivna. Hur vanligt det är att en individ under sin uppväxt upplever sexuella närmanden från vuxna är ofullständigt känt. De bästa uppskattningar som finns av förekomsten av övergrepp är troligtvis de självrappporter som lämnas av ungdomar i stora enkätstudier.

I Sverige har Edgardh (1992) beskrivit att erfarenhet av allvarligare former av sexuella övergrepp fanns bland 3% av pojkarna och 7% av flickorna. I Västmanland (Åslund et al, in press) hade drygt 10 år senare 7% av pojkarna och 12% av flickorna sådana erfarenheter om man inkluderar jämnåriga förövare. Ovälkommen sexuell beröring rapporterades av 12% av pojkarna och 29% av flickorna (årskurs 9 och årskurs 2 i gymnasiet). I denna studie visas att upplevelser av skam i samband med övergrepp ger förhöjd risk för depression speciellt hos genetiskt sårbara personer. Dessa siffror visar att problemet är omfattande och att det troligen tenderar att öka.

Anledningen till att ett projekt startades 1992 var att erfarenheterna av arbetet med dessa barn under senare delen av 1980-talet var dåliga. Vi hade funnit att många ungdomar ångrade att de avslöjat övergrepp. Många gånger hörde vi: "Hade jag vetat att tidningarna skulle skriva om mig och min far/styvför/morfar/granne etc och att han skulle bli satt i fängelse, så hade jag aldrig sagt något". Vi fann att barn/ungdomar som blivit utsatta för övergrepp ofta upplevde konsekvenserna av öppenhet som oacceptabla. De hamnade ofta i dilemman: Hur skulle hon/han försvara sin fysiska och psykiska integritet och samtidigt hålla ihop familjen, bejaka den kärlek som kunde finnas till den som utsatt det samtidigt som känslan av vrede/hat/svek kunde vara stark. Dessutom kunde hot mer eller mindre öppet förekomma. Allt detta innebar (och innebär fortfarande) att övergreppsberättelser ofta var vaga och otydliga. Inte sällan togs avslöjandet tillbaks, speciellt när det var fråga om övergrepp från närstående, då barnet blev varse konsekvenserna t.ex. polisanmälan. Dessutom kan de psykiska försvar som aktiveras för att hantera traumatiska upplevelser, som bortträngning och dissociation, medföra en underrapportering, vilket visat sig i samband med de pedofilhärvor som avslöjats i Sverige. Man har sett övergrepp på videofilm som barnet förnekar att det varit med om (Svedin och Back 1996).

De som begått övergrepp är troligen oftast medvetna om att de handlar felaktigt (Marneffe 1996). De kan hindras att söka hjälp p g av de upplevda riskerna med öppenhet, både det "yttre" hotet av förlorad heder och straff, men också av "inre" hinder t.ex. i form av skamkänslor, självfördömanden och minimering av omfattningen av vad man gjort sig skyldig till. För professionella personer som skall hjälpa finns enligt våra erfarenheter också många svårigheter. Vi kan känna oss osäkra, rädda, drabbas av raseri mot den som utsatt ett barn för övergrepp eller känna att det kommer an på oss att rädda barnet. Vi kan också känna oss kritiska mot anförvanter som vi kan känna borde ha skyddat barnet. En vanlig reaktion är att, eftersom situationen är osäker/oklar, kan vi inte agera

alls förrän den klagjorts t.ex. via en polisutredning. Detta är ett fåfängt hopp eftersom mycket få fall leder till polisutredning och fällande dom (Diesen 2005). Sammantaget upplevde vi ett etiskt dilemma i vårt arbete med övergrepp. Om vi följde vår skyldighet att anmäla till socialtjänsten blev konsekvenserna ofta en försämring för barnet. Lösnin-gen blev att tillämpa ett systemiskt neutralitetsbegrepp (Lang et al 1990) i handläggning-gen av övergrepp och att tillämpa genomtänkta etiska principer. Se mer om detta nedan.

Svedin (2000) rekommenderar att behandling vid mot sexuella övergrepp bör vara inriktad på kognitivt beteendeterapi. De internationella centra som studerats har alla en ”multimodal” inriktning. Avgörande för hur barnet skall klara av att hantera ett övergrepp anses vara hur föräldrarna kan ge barnet stöd. Cirka 1/3 av alla sexualbrott begås av ungdomar. Ungefär hälften av vuxna förövare av sexualbrott har debuterat med avvikande sexuella intressen före 18 års ålder (Svedin och Banck 2002).

Fobik-projektet i Norge (Reichelt et al. 2002) startades eftersom man funnit att den rättsliga hanteringen inte var till stor hjälp för barn som blivit utsatta för sexuella övergrepp. Den kunde till och med förvärra situationen. Man ville därför försöka skapa ett sätt att hantera den kris som en misstanke om sexuellt övergrepp inom familjen ger upphov till utan att involvera rättsapparaten. Projektet hade en ambitiös uppläggning med videofilmning, och nedtecknande av terapitimmor samt reflexioner. Man sökte inte ”sanningen” utan ville hjälpa barn och mödrar att öppet hantera misstankarna och att skyddet skulle öka genom öppenheten, samt att anknytningen till modern skulle förbättras. Detta var en tanke som även irländarna Mc Carthy et al. (1988) hade liksom Kind in Nood projektet i Bryssel (Marneffe 1991).

UTGÅNGSPUNKTER FÖR ARBETET

1. Barnkonventionen

Enligt barnkonventionen måste man se till att barn så långt som möjligt är skyddade mot övergrepp samtidigt som man hjälper deras föräldrar att utöva sitt föräldraansvar på ett icke kränkande sätt. Enligt artikel 12 skall barnet ha rätt att uttrycka sina åsikter, och dessa åsikter skall beaktas i alla frågor eller processer som berör barnet. Det innebär att man som behandlare, socialarbetare, läkare, domare osv är skyldig att efterfråga barns uppfattningar i alla frågor som berör dem och ta hänsyn till deras uppfattningar. Då man som personal överväger en anmälan till socialtjänsten (skyldighet) eller polisen (en rättighet för personalen, inte en skyldighet) måste man enligt vår tolkning av barnkonventionen ge barnet och/eller ickeförövande vårdnadshavare möjlighet att ha synpunkter innan beslutet fattas.

2. Etiska principer

Tore Nilstun, docent i medicinsk etik i Lund, har beskrivit tre etiska principer för forskningsetik i vård och medicin (1994), principerna om autonomi, nytta och rättvisa. Dessa etiska principer har vi funnit vara till god nytta i vårt arbete. Enligt autonomiprincipen måste de som personalen kommer i kontakt med få en ökad känsla av att kunna styra sitt eget liv. Detta är avgörande i arbetet med offer för övergrepp som har upplevt motsatsen, de har haft för litet inflytande över sina liv. Nyttoprincipen innebär först och främst att man inte får skada sina klienter, men också att de insatser som görs bör leda till en förbättring. Det finns alltid en risk att samhällsåtgärderna ger ökat lidande, sekundär viktigmisering av offret (Wolff 1993). Vi har sett att de rättsliga processerna kan innebära svåra påfrestningar för offer och anhöriga. Det innebär att man måste informera om sina skyldigheter att göra anmälan till socialtjänsten och ev konsekvenser av det, för att i möjligaste mån minimera risken för att barnet upplever ett nytt svek, nu från "hjälpars" sida. Rättvisepincipen innebär att alla skall behandlas lika oavsett samhällsställning etc.

3. Folkhälsoaspekten

Sexuella övergrepp har i många sammanhang beskrivits som ett folkhälsoproblem. Här kan nämnas Sam 73-90 (Edgardh 1992) och Svåra Västmanlands län (SCB 1995), en undersökning vi själva tagit initiativ till. Enligt Edgarth hade 7% av flickorna och 3% av pojkarna varit utsatta för sexuella övergrepp (blottning exkluderat). 50% av de utsatta pojkarna uppger att de varit utsatta för förövare av samma kön. Skamkänslor ger förhöjd risk för depression, som nämnts ovan. I Edgarths rapport tillfrågades 17-åringar om de varit utsatta för sexuella övergrepp. Bland dem som varit utsatta för sexuella övergrepp uppvisade 30% självdestruktivt beteende och 23% ätstörningar. Det finns alltså anledning att anta att sexuella övergrepp ofta finns som bakgrundsfaktor vid dessa allvarliga symptom. Enligt Svedin och Banck (2002) visade en studie av barn som var patienter på BUP att 50% av flickorna och 12% av pojkarna varit utsatta för sexuella övergrepp. Bilden är likartad inom vuxenpsykiatrin.

Att utsättas för upprepade övergrepp under lång innebär att man måste spjälka av svåra känslomässiga upplevelser från medvetandet för att överleva känslomässigt. Detta innebär en stor risk för att psykisk traumatisering. Den allvarligaste formen, PTSD (posttraumatic stress disorder) kännetecknas av ständigt återupplevande av den/de traumatiska händelsen, undvikande av sådant som kan sättas i samband med traumat t.ex. med hjälp av olika psykologiska strategier eller droger, och bestående tecken på psykisk uppvarning (Lundin 1996). Man har även som symptom på allvarlig traumatisering sett tillstånd med mer eller mindre uttalad dissociation¹. Riskfaktorer för PTSD är att bli utsatt vid tidig ålder, upprepade gånger, för flera förövare samt om fysiskt våld och penetration förekommit (Rodriguez et al. 1996). I studien Svåra Västmanlands län (1995) som var en offerundersökning bland vuxna, var 8% av de kvinnliga offren under 7 år då övergreppen startade. 18% av kvinnorna utsattes för övergrepp mer än 5 gånger. Man kan alltså räkna med att 20-30 % av de utsatta flickorna löper risk att utveckla svåra symptom.

4. Inspirationskällor

Arbetsmodellen tillkom i dialog med Elspeth McAdam och Peter Lang 1992 i samband med handledning på BUP i Köping. Vi enades om att arbetet med fysiska och sexuella övergrepp var ett område som behövde utvecklas. Vi hade också kommit i kontakt med den irländska trion McCarthy, Byrne och Kearny (1988 och 1989). De hade som utbild-

dare i systemteori blivit utmanade av sina studenter att förklara hur de kunde förhålla sig neutrala i relation till sexuella övergrepp. De kunde visa hur ett systemiskt arbetssätt kunde se ut i dessa situationer. Man fokuserade framtid, skydd, effekter, nätverkets förklaringar och syn på vilka konsekvenser brottet borde få. De fokuserade även vikten av att våld undveks och den som misstänktes fick skydd. Exempel på frågor: Finns det risk att han (förövaren) tar sitt liv på g av sina skuld känslor? Hur kan han skyddas? Vem av era föräldrar är mest benägen att ta till våld? Och så en intervention: Ni behöver inte vara oroliga när mor blir våldsam. Det är hennes sätt att skydda sig från att skada sig själv.

Deras strategi var att tala om det som inte familjen kunnat tala om (sexualitet och våld) så att risken att agera ut skulle minska. Deras arbete skapade hopp om förändring och utveckling även i dessa svåra situationer. En annan inspirationskälla var "Kind in Nood" projektet i Bryssel, som genom att få möjlighet att arbeta under total sekretess med övergrepp, ökade antalet fall på sin klinik 10 gånger (1996). Vi gjorde studiebesök där 1992. När det gällde förövarbehandling fick de med hjälp av sin sekretess 90% av förövarna att ta ansvar för vad de gjort. De sade att de aldrig skulle göra så mer. Svaret från terapeuten blev: Det är bra men det räcker inte. Nu börjar arbetet med att förstå hur det kunde bli så här.

Slutligen måste framhållas Ackermaninstitutet och Giarettoinstitutet i USA, som vi besökte 1992. På Ackermaninstitutet har man skapat och utvecklat den multimodala modell som vi modifierat och nu tillämpar (Sheinberg 1992, Sheinberg och Fraenkel 2001). På Giarettoinstitutet (1992) lärde vi oss att se de stora möjligheter som ligger i att utsatta människor får stöd att hjälpa varandra.

BAKGRUND I KÖPING OCH ÖREBRO

En hypotes vi hade innan projektet startade var att om vi gjorde vår behandlingsmodell känd, så skulle anmälningarna öka och hopp skapas bland utsatta ungdomar och anhöriga om att snabb hjälp kunde erhållas. Vi beslöt att slå på trumman för projektet via en presskonferens med tidningar och lokal TV. I Köping steg antalet fall av sexuella övergrepp anmälda till BUP från 3 till 30 under första året efter projektstarten. (Westerström et al. 1998). Andra året sjönk anmälningarna till 20 för att stabilisera sig på den nivån i fortsättningen. Köpings BUP har ansvaret för 11.000 barn och ungdomar under 18 år. I övriga Västmanland anmäldes även i fortsättningen c:a 5 fall per 10.000 invånare under 18 år. I offerenkäten Svava Västmanlands län (1995) var drygt 90% av de som varit utsatta för övergrepp positiva till att problematiken beskrevs i media. Det tolkar vi som ett stöd till tanken om att regelbunden hoppingivande medial uppmärksamhet behövs.

I en studie från barn- och ungdomspsykiatri i Örebro län omfattande åren 1990-1995 (Scherp 1999) visades att behandling vid BUP vid misstanke om sexuella övergrepp ofta var kortvarigt och huvudsakligen bestod av individuella insatser. Dessa gavs mest till tonåringar, trots att lika många förskolebarn som tonåringar anmälades. Huvuddelen av insatserna gjordes som utredningar. Paradoxalt var fyndet att ju allvarigare problematik som kunde förväntas, desto mindre behandling gavs. Förskolebarn som utsatts av sin biologiska far fick allra minst behandling. En förklaring till detta kan vara att systemiskt nätverkstänkande var svagt utvecklat på den kliniken vid denna tidpunkt, liksom på många andra håll. Den starka frammarschen av neuropsykiatriska modeller gör att risken att missa detta perspektiv åter kan komma att öka. Denna studie samt en pedofilhärva i Örebro, medförde att landstinget beslutade inrätta en länsöver-gripande mottagning för sexuella övergrepp som fick namnet Hans och Greta mottagningen. Även i Örebro lanserades behandlingsmodellen via media och till andra organisationer. Vi fick dubbelt så många anmälningar som vi hade räknat med.

ARBETSMODELL

Arbetet har bedrivits enligt följande principer. Det skall

1. vara autonomiskapande
2. ske utan dröjsmål (krisinriktning)
3. innehålla information om anmälningsplikt
4. ske neutralt
5. innehålla samtal om skydd/trygghet som en del av behandlingen
6. vara processororienterat
7. ske multimodalt, nätverksinriktat och vara positivt bekräftande
8. vid behov innehålla behandling av psykisk traumatisering
9. ge hjälp både till unga som utsatts för sexuella övergrepp liksom unga som utsatt andra för övergrepp.

1. Autonomiskapande

Med begreppet autonomi avses upplevelsen av att kunna påverka sin egen situation. Detta begrepp ligger nära kasam-begreppet (känsla av sammanhang). Antonovsky (1991) har visat att upplevelsen av tillvaron som begriplig, meningsfull och hanterbar är kopplad till upplevelsen av god psykisk hälsa. Exempel på samtal: En ung kvinna som just fyllt 18 år har gått i familjeterapi en tid på grund av psykosomatiska symptom. Hon har hört att BUP kan ge hjälp vid övergrepp. Hon ringer och ber att få komma ensam på samtal. Samtalet sker med observatör bakom en envägsspegel. Hon börjar berätta att en farbror gjort något sexuellt mot henne som liten. Observatören kallar ut terapeuten för att påpeka vikten av att ge flickan ett val. Samtalet fortsätter som följer.

Terapeut (T): Hur skulle du vilja fortsätta samtalet? Vill du tala om vad som har hänt eller vill du tala om vilka effekter det har på din tillvaro just nu? (ett val skapas mellan att tala om process dvs effekter eller innehåll. Valmöjligheter ger en känsla av förhöjd autonomi)

Flickan: (F) Nej, nej. Jag vill inte tala om vad som har hänt...

T: Hur kan man veta när det är en fördel att tala om det som har hänt?

F: Jag vet inte...

T: Om du fortsätter att visa symptom t.ex. med maten skulle det kunna vara ett tecken?

F: Kanske det...

T: Kan jag fråga dig igen om jag är osäker på att vi arbetar på rätt sätt? (T förbereder flickan på att traumabehandling kan komma att behövas).

F: Javisst!

T: Har du berättat om det som har hänt för någon? (skyddsfrågan börjar föras in i fokus. Att känna skydd/trygghet ger också förhöjd autonomikänsla).

F: Nej.

T: Hur kommer det sig?

F: Pappa skulle aldrig klara av att få reda på det.

T: Träffar du din farbror? (Skyddet fokuseras).

F: Ja, han ger mig en kram varje gång. Det är äckligt...(övergreppen pågår i subtil form fortfarande).

T: Vad gör du då?

F: Ingenting...

T: Vad skulle du kunna göra?

F: Säga ifrån antar jag...

T: Vad skulle hända då?

F: Jag vet inte... Han skulle kanske bli ledsen..

T: Tror du att det skulle vara till nytta att be honom komma hit och prata om det här, kanske tillsammans med någon annan?

F: Ja. Hans fru. Jag kom på att jag har sagt det till henne.

Flickan väntar till dess hon fyllt 18 år med att ta upp ämnet sexuella övergrepp. Innan dess kan hon bara uttrycka sig med sina symptom. Mannen och hans fru kallas och kommer på samtal. Han säger att han ångrar sig och skall hålla sig på avstånd i fortsättningen. Man kan alltså ge flickan ett val, att tala om konsekvenser av övergreppet eller att tala om själva övergreppet. (Process istället för innehåll). Detta ger klienten möjlighet att tala om övergreppet utan att egentligen tala om det. Man behöver inte ens avslöja att det handlar om övergrepp, utan kan tala om det som en hemlighet som ger vissa effekter. Det ger maximal autonomi. Flickan kan välja om hon skall gå in i bearbetning av ett trauma eller om hon vill tala om det inträffade på ett relationistiskt sätt. Skyddsfrågan är avgörande för hennes känsla av autonomi. Den som utsatt henne för övergrepp tar i detta exempel ansvar för både sin handling och konsekvenserna av den. Exemplet visar också den paradox som barn utsätts för när de ber om hjälp. ”Vi vill skydda dig – men inte på det sätt som du vill, utan med hjälp av polisen.” Världens (i teorin) bästa lagstiftning för barns skydd visar sig ofta förvärpa barnets skador och sänka deras autonomi. Flickan i detta fall är väl medveten om detta och berättar när hon fyllt 18 år. Ang skyddssamtal, se vidare nedan.

Ytterligare ett exempel: En 5-årig flicka har antytt att fadern begått övergrepp. Hon uppvisar sexuellt utagerande mot vuxna, men framför allt mot sin lillebror. Socialtjänsten har klagat för pappan att han är misstänkt och han har accepterat att inte träffa flickan under en tid, senare med en kontaktperson närvarande. Behandling sker med BOF (barnorienterad familjeterapi). Vid tredje sessionen ber terapeuten en läkare vara med i samtalet (förutom mamman). Flickan låter två krokodiler attackera både en drottning och en prinsessa. Läkaren låter en läkardocka ta krokodilerna och sätta dem bakom en inhägnad som byggs tillsammans med flickan. De rymmer flera gånger men åter-

förs av läkardockan och efter en stund accepterar de att var instängda och blir nergrävda. Efter detta minskar det sexuella utagerandet kraftigt.

Många barn och ungdomar är svårt tyngda av skamkänslor vilket, som sagts ovan, ökar risken för depression och sannolikt även andra symptom. För att minska skamkänslorna måste offerrollen omskapas till en hjälteroll. Det gäller att leta till dess man kan hitta något att beskriva om ett hjältedåd. Ett exempel: ”*Tänk att du rev din styvfar med naglarna så att du kunde smita iväg till mamma, det var verkligen duktigt och smart av dig.*” Eller om dissociativa symptom: ”*Tänk att du kunde låtsas som om du var någon annan stans när det hände. På så sätt kunde du skydda dig psykiskt även om du inte kunde ta dig loss. Men nu gäller det att du får hjälp att känna dig trygg så att du kan börja träna på att säga ifrån.*”

2. Krisinriktning

I den kris som uppstår vid avslöjandet av att övergrepp förekommit i en familj/nätverk eller en misstanke om att så har skett, kommer alla berörda att hamna i ett tillstånd av social vertigo, ”yrsel” (Pearce 1994). Med detta menas att allt som dittills varit självklart, som relationer och lojaliteter, plötsligt är oklart, ”marken gungar under fötterna”. Känslan av sammanhang bryter samman. I denna situation av oklarhet kommer människor att snabbt försöka skapa ny struktur. Därför är det viktigt att hjälp erbjuds utan dröjsmål. Om så inte sker, utvecklas ofta snabbt låsningar till mindre fruktbara föreställningar t.ex. förnekanden från den som misstänks och att den som varit utsatt fastnar i offerrollen. Den icke förövande föräldern kan i denna situation hamna i ett dilemma, skall jag tro på min dotter? Har min man, den jag älskar/älskade verkligen gjort detta? Arbete med mor-dotter relationen behövs omgående. Det är viktigt att stärka anknytningen. Exempel: Samtal med mor till en flicka 10 år som anklagat fadern för övergrepp genom att berätta för sin mor som ringt till socialtjänsten. Samtal sker tillsammans med handläggaren och BUP som fått i uppdrag att hjälpa till med det initiala skydds/trygghetsarbetet.

T: Vad har du för funderingar/reaktioner i den situation som har uppstått? Har du svårt att ta till dig det som har hänt?

Mor: Ja, hon ljuger ofta...

T: Är det något som har bekymrat dig förut? (Omformulering av ljuga som moralfråga till signal på att något är på tok).

M: Ja...

T: Hur har du tänkt om det?

M: Hon har väl mått dåligt... (Omformuleringen fortsätter).

T: Vad har du tänkt om det?

M: Jag har känt att det var mitt fel...

T: Hur då?

M: Ja, jag har inte mått så bra, jag har haft flera depressioner... Han har tryckt ner mig...

T: Hur tänker du nu då?

M: Om han har gjort något så är det väl mitt fel... Hon kanske inte har velat göra mig bekymrad... (Skuld uttrycks alltmer. Det betyder en upplevelse av ansvar vilket är en bra inledning till en positiv omformulering).

T: Men nu har hon faktiskt vågat berätta för dig och du har gjort din plikt och anmält detta trots att du känner dig osäker, det är starkt av dig. Eller hur? (mor bekräftas som ansvarstagande förälder).

Mor: Jag vet inte...

T: Vad behöver din dotter nu från dig? (Fortsatt bekräftelse av hennes betydelse och förstärkning av anknytningen).

Mor: Att jag tror på henne och ger henne stöd.

T: Hur kan du visa det?

Mor: Jag säger det till henne.

T: Vad behöver hon för stöd?

Mor: Hon skall inte träffa honom för närvarande. Hon skall inte vara ensam...

Socialsekreterare: Vi kommer att tala med honom innan det är dags för nästa umgängestillfälle. Vi kommer också att göra polisanmälan. Vi tar det hon säger på stort allvar.

T: Bra. Då vet du vad som kommer att hända, vi kommer att träffas ganska tätt nu när krisen är som mest uttalad. Vi behöver fortsätta samtala med dig och din dotter tillsammans. Mitt förslag är att vi gör det redan i eftermiddag så att hon känner sig så trygg som möjligt.

Ett annat exempel: En mor ringer BUP eftersom hennes dotter (12 år) berättat att hennes lillasysters far (som inte är hennes far) tafsar på henne i duschen när de är hos honom. Lillasyster är 8 år. Efter samråd med socialtjänsten sker ett samtal på BUP. På BUP säger lillasyster ingenting. Storasyster berättar livfullt att mannen kommit naken in i badrummet med erigerad penis. Hon slog till honom över snoppen. Vi berömmar! Socialtjänsten rekommenderar umgänges stopp till dess utredningen är klar. Mannen accepterar det. Mannen har en sambo som har två systrar vilkas barn de brukar passa. Vi kallar både hennes föräldrar och systrar. De har mycket svårt att tro att mannen gjort något, men inser klart att de andra flickorna inte skall vistas i mannens sällskap.

3. Information om anmälningsskyldighet

I Sverige har alla som kommer i kontakt med barn i sin yrkesutövning anmälningsskyldighet (kapitel 14:1 i socialtjänstlagen). Här sägs att ”den som i sin yrkesutövning... får kännedom om något som kan innebära att ett barn behöver skydd av socialnämnden är skyldig att omedelbart anmäla detta...” Då någon tar kontakt med oss informeras om olika konsekvenser av att gå vidare (anmälan till socialtjänsten samt ev. polisanmälan) så att detta inte kommer som en överraskning. Om inte det sammanhang klagas, som den som tar kontakt är på väg in i, är risken stor att effekten av avslöjandet blir sänkt autonomi hos det utsatta barnet och dess anhöriga i stället det önskvärda. När vi informerar om anmälningsskyldigheten kan vi också berätta för den som är på väg att avslöja övergrepp hur det skall gå till att bevara autonomi. Vi kan t.ex. säga att man kan tala om övergrepp indirekt t.ex. som något som har hänt en kompis eller som ett problem X. Eller: Det där som hände på nyårsafton hur påverkas du av det idag? Drömmer du om det? Kan det komma över dig som en blixtnär när som helst? Triggas det av något? Den som gjorde det mot dig hur tänker du om honom nu? Har du träffat honom? vad sa/gjorde han? Vad skulle du vilja göra i så fall? Vi kan tänka oss att tala med honom utan att veta mer än så här. Vad skulle du vilja att vi sa till honom? Skall vi säga att du inte vill se honom, att han skall undvika kontakt? Osv.

4. Neutralitet

Neutralitet innebär att vi inte ser som vår uppgift att ta ställning i skuldfrågan. Det vanligaste är att den som blivit anklagad för att ha begått övergrepp nekar, mer ju äldre förövaren är. Detta innebär att vi i vårt tänkande, vårt arbete liksom i vår journalföring måste vara medvetna om att det finns (minst) två motsatta berättelser. Socialstyrelsen

har krävt att detta redovisas i journaltexten. Det neutrala förhållningssättet innebär även att vi accepterar barnets berättelse som en utgångspunkt för samtal även om man i enstaka fall kan få en känsla av att barnet blivit påverkat. Om ett barn berättat eller antytt att övergrepp har skett, måste vi arbeta för att barnet skall känna trygghet (liksom även de närstående). Speciellt svårt är det att upprätthålla neutraliteten då anklagelserna om övergrepp blir en del av en umgängesstrid. Man måste också bekräfta allas ansträngningar positivt. Det gäller i högsta grad de som är misstänkta och ändå infinner sig till samtal.

Kravet på neutralitet har ofta varit svårt för personalen att hantera. I början hamnade vi ofta i diskussioner om den misstänkte förövarens skuld. Ännu svårare var situationer då vi kände oss övertygade om att allvarliga sexuella övergrepp förekommit, som inte kunde bevisas juridiskt. Det berodde ofta på att den som utsatts för övergreppen inte orkade gå in i en juridisk process, eller hade alltför uttalade symptom t.ex. dissociation, som hindrade det. Att då träffa den misstänkte kändes ibland övermäktigt. Det har varit viktigt att alltid vara två personal med tydlig och genomtänkt strategi, som vi också delger i samtalet.

Exempel på samtal: En man som misstänks för övergrepp mot en 6-årig dotter, som kommer tillsammans med sin nya sambo. Brott har inte kunnat bevisas, varför åtalet lagts ner.

T1: Välkomna. Vi är glada att ni har kommit hit. Du är en viktig person. Du är barnets far. Vi vet att upplevelsen av att bli misstänkt för övergrepp är mycket obehaglig. Att du kommer till samtalet idag tycker vi visar att Du är engagerad i ditt barn och vill ta ansvar för henne. Socialsekreteraren som handlägger fallet är med idag. Hennes roll är att se till att barnets skydd och trygghet är så stor som möjligt i den situation som uppstått (Kontextsättning). Hur tänkte Du inför dagens besök? Vad vill du tala om?

Fadern: Jag är ju inte skyldig. Det har polisen visat.

Sambon: Ja, det är ju bara före detta hustrun som hittat på allt.

T 1: Vi har även träffat ditt barn och din före detta sambo. Hur tror du att hon reagerar på den nedlagda polisutredningen?

Fadern: Hon fortsätter nog att misstänka mig...

T2: Hur tror du att socialtjänsten reagerar?

Fadern: Dom måste väl tro på polisen...

T1: Den situation du har hamnat i är mycket svår. Polisen har lagt ned sin utredning. De bedömer att man inte kan överbevisa dig om brott men det är inte samma sak som att man är fri från misstankar. Vad säger socialtjänsten?

Socialsekreteraren: Vi vet att åklagaren lagt ner ärendet, men vi är fortfarande oroliga. Vi vill veta hur du tänker om umgänget.

Far: Jag vill fortsätta som förut. Det är min rättighet.

Socialsekr: Din dotter sa att hon inte ville träffa dig på ett tag. Kanske när hon börjat skolan (om 1 år). Vad säger du om det?

Far: Det är mamman som påverkar henne...

T1: Det är tänkbart, men det är din dotters önskan som hon uttrycker det, hur kan du visa henne respekt trots att ni har olika berättelser om vad som har hänt mellan er och hur kan du undvika att nya misstankar riktas mot dig?

Far: Jag kanske kan ha en neutral person med i början.

Socialsekr: Det kan vi ordna. Jag vill tillägga att i vår skyddsplan kommer att ingå att följa hennes utveckling bland annat genom samtal med dagis.

I exemplet visas att socialtjänsten har rätt och skyldighet att tala om skydd och trygghet och att man kommer att följa utvecklingen liksom att man har frågor efter barnets åsikt (enligt barnkonventionen). Enligt Maturanas domäntänkande (Lang et al

1990) kallas detta att arbeta i produktionsdomänen. T1 och T2 arbetar i reflexionsdomänen. De ställer frågor för att belysa de svårigheter som måste manövreras och hjälper fadern att delta i att skapa ett skydds/trygghetssystem både för sig själv och dottern.

5. Samtal om skydd/trygghet

Då en person berättar om övergrepp gäller det att den som berättar skall känna att ett skydd genast upprättas. Med skydd/trygghet avses att den som berättar om ett övergrepp inte skall behöva oro sig för att i fortsättningen bli utsatt för övergrepp (sexuellt, fysiskt och psykologiskt). Redan då någon tar kontakt per telefon ställs frågor om skydd. Samtalet fortsätter sedan på olika sätt med nätverket inklusive den som misstänks för övergrepp då detta bedöms lämpligt. Samråd/samverkan sker omedelbart med socialtjänsten som skall godkänna den skydds/trygghetsplan som upprättas.

Då den som misstänkts för övergrepp involveras ställs två frågor: Hur kan du visa respekt för barnet trots att ni har olika beskrivningar om vad som hänt mellan er? Hur kan du skydda dig mot ytterligare misstankar? Den som misstänks för övergrepp måste också skyddas mot självdestruktiva impulser som kan utlösas av den skam de ofta upplever då anklagelsen om sexuella övergrepp framställs. Det kan ofta bli aktuellt att bjuda in närstående personer från dennes nätverk, och att initiera kontakt med vuxenpsykiatri. Även det professionella nätverket som t.ex. daghem och skola kan involveras i skyddet t.ex. genom att följa barnets utveckling och slå larm om barnet får symptom. Detta skall givetvis nätverket, inklusive den misstänkte, känna till.

Exempel på skyddssamtal

En 13-årig flicka, Elin, med kraftiga självdestruktiva symptom, berättar efter en serie samtal med en psykoterapeut att en skolkamrat, Arvid, utsatt henne för omfattande sexuella övergrepp. Polisanmälan sker av socialtjänsten. Flickan säger mycket litet i förhör. Trots det förhör polisen pojken. Han nekar. Vi får i uppdrag av socialtjänsten att ha ett skyddssamtal med honom. Vi talar med Elin och hennes föräldrar om vad vi skall säga till honom. Hon vill slippa se honom. Han kommer tillsammans med sin mamma som vi ringt.

T: Hej, Arvid, Bra att du kom hit. Vi har talat med en skolkamrat till dig, Elin. Hon har berättat att du har utsatt henne för övergrepp. Polisen har berättat att du har varit på förhör. Syftet med detta samtal är att tala med dig om hur du skall hjälpa till så att Elin känner sig trygg t.ex. hur du skall göra om du råkar möta henne utomhus. Har du någon fråga, eller har du, mamma? (kontextsättning)

Mamma: Han säger att han är oskyldig...

T: Det är inte min uppgift att diskutera skuldfrågan. Polisen tänker inte gå vidare för närvarande. Men din son är anklagad av Elin, en skolkamrat, för omfattande övergrepp fast hon sa inte så mycket till polisen...

Arvid: Hon ljuger...

T: Ni har olika berättelser om vad som har hänt mellan er och vi kan och ska inte ta ställning vem som talar sanning, men Du kan hjälpa henne. Hur kan du hjälpa till så att hon känner sig trygg t.ex. när hon är ute?

Arvid: Jag vet inte...(den misstänkte erbjuder en möjlighet att göra gott, ställa till rätta, men han vet inte hur han skall ta itu med det).

T: Hon vill inte ha någon mer kontakter med dig. Jag vill be dig på hennes uppdrag att om ni möts ute så skall du gå över till andra sidan gatan och titta åt ett annat håll, kan

du tänka dig det? (T. hjälper Arvid med en struktur, ger honom ett erbjudande som är svårt att säga nej till, "tvingar" honom till en god handling).

Arvid: Jaa...

T: Bra! På det sättet bidrar du till att hon kan känna sig trygg. (Arvids tveksamma ja förstärks med beröm. Han har verkligen bidragit till att få Elin att känna sig tryggare).

Mamma, om du är bekymrad för din son är du välkommen att tala med någon av mina kollegor. Det kan till exempel handla om hur du skall ge din son stöd i att visa respekt för flickor eller kanske mot familjemedlemmar... (T. antyder att Arvid kan ha svårigheter)

Mamma: Jag tror inte det...

T: Kanske inte just nu, men här är mitt kort med telefonnummer om du vill ha en kontakt. Tack för att ni kom hit, det kommer att vara till stor hjälp för oss när vi skall hjälpa Elin. (Viktigt att bekräfta att både mor och son gjort sitt bästa under dessa omständigheter att vara till hjälp).

En mor till två barn (med två fäder), Sara 14 år och Kalle 6 år, ringer. Hon har själv polisanmält fadern till Kalle för övergrepp mot Sara. Sara tyckte om honom och litade på honom och hälsade på honom efter att han hade flyttat. När hon var ensam med honom försökte han ha sexuellt umgänge med henne, men hon slet sig lös och sprang hem. Sara har ångestattacker och vill inte gå ut. Vid besök på Hans o Greta mottagningen framkommer att Sara trots polisutredningen och att styvfadern blivit förhörd inte känner sig trygg. Han skickar meddelanden via SMS att han längtar efter henne. Hon är rädd för att möta honom ute. Han kontaktas per telefon och accepterar att inte ta kontakt med Sara. Modern och socialtjänsten meddelas detta per tel. Vid återbesök ett par veckor senare konstateras att Sara nästan är symptomfri.

En man som dömts för grov misshandel tidigare mot en kvinna, anklagas av en släkting för att ha sexuellt umgänge med en 13-årig flicka. Han nekar. Polisutredningen läggs ned. Han kallas till ett skyddssamtal i samråd med socialtjänsten. Han infinner sig och säger att han inte tänker släppa in flickan mera för att slippa ytterligare anklagelser. Han har följt detta löfte enligt flickans mor.

6. Processorientering

Med detta begrepp avses att man talar med klienten/nätverket om effekter och konsekvenser av det som hänt (se exempel ovan under rubrik autonomi). Man kan t.ex. fråga: "Vad händer om du berättar om dina hemligheter eller fortsätter att tiga?" och: "Vem skulle reagera hur?" i stället för fråga efter detaljer. En fara är att alltför detaljerade beskrivningar kan återskapa ett trauma som håller på att bearbetas eller att klienten frestas berätta sådant som sedan visar sig få negativa konsekvenser. Processinriktade frågor, om effekter, framtid etc. utan att gå in i detaljer om vad som har hänt har enligt vår erfarenhet visat sig hellre underlätta än störa polisens arbete. Vi har också funnit att individuella samtal ofta kan underlättas om två terapeuter deltar. Offer för sexuella övergrepp från närstående har ofta en känsla av att de inte har rätt att säga nej, jag vill inte svara på frågan, jag har inte rätt till min kropp eller ens min själ, jag är invaderad av andra. Man riskerar så att säga att snubbla in för långt i deras berättelser och så drar de sig tillbaka, försvinner från samtalen. Om den ena terapeuten tittar på process och den andra på innehåll kan detta undvikas. Exempel: Två terapeuter, en man och en kvinna talar med en tonårsflicka som sagt att hennes styvfar tafsat på henne.

T2: (avbryter T1) Vad tycker du om T1:s fråga?

Flicka: den var svår...

T2: Svår... Du kanske inte ville svara?

Flicka: Nej. Jag vill inte prata om min pojkvän...

T1: Vad bra att du säger det... Hur kändes det när T2 avbröt?

Flicka: Först var det pinsamt, fast skönt också...

T1: Är det något som händer ofta att du inte stoppar samtal som du ogillar?

Flicka: Ja.

T2: Det är en vanlig följd av övergrepp. Det går att träna bort!

7. Multimodalitet

Multimodalitet (Sheinberg och Fraenkel 2001) innebär att alla de som kan tänkas vara berörda av det som hänt involveras i samtal i olika konstellationer, individuellt och flera samtidigt (nätverksinriktning). Samtalen inleds och avslutas genom att *samtala om samtalet*, vad är/har varit viktigt att tala om idag? Hur? Det ingår även att uppmuntra familjen/barnet att se till att ändra tema/ämne och att kommentera det som pågår. I slutet på samtalet har man en *beslutsdialog*. Då resonerar man om vem/vilka som behöver känna till vad om det som man talat om, när och hur det skall gå till samt den effekt som önskas. Detta kallas *klientstyrning*. I varje samtal är det viktigt att bekräfta positiva ansträngningar att komma framåt, att våga berätta, att ta på sig ansvar att infinna sig till samtal etc.

8. Traumainriktat

Att arbeta traumainriktat innebär dels att bearbetning av traumatiska upplevelser underlättas, dels att vi försöker ge hjälp att minimera sekundär traumatisering som kan uppstå efter avslöjandet. Det måste påpekas att känslan av trygghet är en avgörande förutsättning för bearbetning av traumat. Om traumabehandling skall kunna bedrivas effektivt bör det vara klart om polisanmälan skall ske eftersom effekten ofta blir att händelsen sjunker undan i medvetandet. Självklart måste barnets bästa komma först. Allvarliga symptom måste behandlas. Både medicinering och psykoterapi kan behövas. Traumabehandlingen kan ske på olika sätt med barnterapi, BOF (barnorienterad familjeterapi), kognitivt, med EMDR, stödjande, ev tillsammans med en trygg person.

9. Unga som utsatt andra för övergrepp

I arbetet med unga som begått övergrepp har vi funnit god hjälp av boken ”Sexuella övergrepp mot flickor och pojkar” (Svedin och Banck 2002). De beskriver dels förövarnas bakgrund dels behandlingsprinciper. Vi har arbetat dels informerande ”uppföstrande” med inriktning mot åldersadekvat sexualitet, dels kognitivt och med EMDR. Allt arbete sker både individuellt och i samverkan med nätverket, ev som handledning till andra professionella, i enlighet med den multimodala modellen. Vi kommer inte att utveckla detta vidare i denna artikel.

STATISTIK

Örebro

Här skall redovisas resultaten från det första året vid en specialmottagning inom BUP i Örebro läns landsting (Heljestrand et al. 2005). Gruppen nyanmälda barn och ungdomar som varit utsatta för sexuella övergrepp bestod av 56 individer. Dessutom hade vi kontakt med 28 individer indirekt via konsultation. Andelen flickor var 80%. Åldersfördelningen för 54 fall som besökte mottagningen (uppgifter förelåg inte i två fall): 31% var under 6 år, 56% var mellan 7 - 14 år, 13% var mellan 14-19 år. De övergrepp som barnen berättade om var i 7% utan kroppskontakt, i 40% olika typer av samlag. 70 personer hade utsatt barnen/ungdomarna för sexuella övergrepp eller var misstänkta för detta. Samtal om skydd/trygghet har förts med 36 av dessa personer, 13 av dem tog helt eller delvis på sig ansvaret, 8 erkände. 15 av 37 polisanmälda har blivit dömda. Av de 70 misstänkta

förövarna fanns 30 inom familjen, 30 var kända av offret och 10 var okända. Av de 54 fallen hade 34 avslutats under år 1. 2½ år senare hade alla fall utom ett kunnat avslutas. Långa kontakter (mer än 10 besök) fick 38% av klienterna som sökte första året. Personalstyrkan (3,5 tjänster) var uppdelad på 5 personer (1,75 psykolog, 1,5 kurator och 0,25 läkare). Detta var i minsta laget för att klara behandlingsuppdraget.

Behandlarnas utvärdering

I 54 fall bedömde ansvarig terapeut i varje ärende graden av skydd, graden av anknytning till ickeförövande förälder/föräldrar samt symptomförändring vid behandlingsstarten samt vid slutet av första verksamhetsåret. I 29 fall gavs krisstöd, 38 fall gavs relationsbearbetande behandling, i 33 fall gavs någon form av traumabehandling, kognitiv eller EMDR (12 fall). Skyddet förbättrades i 25 fall av 32 (78%) som bedömdes ha bristande skydd vid behandlingsstarten. Anknytningen förbättrades i 17 fall av 36 (44%) som bedömdes ha brister i anknytning till ickeförövande närstående. Symptomen förbättrades i 30 fall av 36 (83%) som hade allvarliga eller måttliga symptom.

Skyddssamtal

I en uppsats från socialhögskolan i Örebro intervjuades sju mödrar om sin upplevelse av skyddssamtalen (Kanala och Åtterås, 2004). De upplevde stark oro och förvirring då övergreppsmisstanken formulerats. De upplevde påtaglig lättnad i samband med skyddssamtalen, även om stressande faktorer kvarstod t.ex. rättegång. De beskriver även att barnens beteende förändrats i positiv riktning.

DISKUSSION

Ett utvecklingsarbete som tog sin början vid BUP mottagningen i Köping och fortsattes vid BUP i Örebro, har beskrivits. Anledningen till att vi inledde arbetet att utveckla handläggningen av övergrepp, var en stark frustration över en etisk konflikt som vi upplevde mellan plikten att anmäla misstankar om övergrepp till myndigheterna och plikten att skapa autonomi och göra gott för klienterna i barnkonventionens anda. Vi såg stora risker för att myndighetsutövningen skapade nya och ibland värre problem för våra klienter. Denna observation är vi inte ensamma om. Samma uppfattning har framkommit från Irland (McCarthy et al 1989), Fobikprojektet i Oslo (Reichelt et al. 2004) och från Kind in Nood - projektet i Bryssel (Marneffe 1992). Även Ackerman institutet hade liknade erfarenheter (Sheinberg 1992). Wolff (1993) myntade begreppet sekundär viktimisering för att beskriva det som drabbade utsatta för övergrepp i samhällsprocessen, framför allt det juridiska systemet. Liknade processer har beskrivits i rättegångar mot våldtäktsoffer.

Huvudtanken i det arbete med sexuella övergrepp som genomförts, är att barnkonventionens syn på barns rättigheter skall vara rättesnöret för alla åtgärder tillsammans med ett etiskt förhållningssätt som framhåller vikten av att stärka barnets känsla av att ha in flytande på sitt eget liv (autonomi). Modellen innebär att arbetet skall starta mycket snabbt, fokusera barnets skydd/trygghet från början samt involvera nätverket. Vi ser det som utomordentligt viktigt att den som blivit utsatt för övergrepp skall ges så stort inflytande som möjligt över den process som startar i och med ett avslöjande. Vi informerar den som verkar vara på väg att börja avslöja att göra det på ett sätt som ger bevarad autonomi.

Skamkänslor verkar vara kopplade till risken för symptomutveckling. Troligen minskar omformuleringen från en offerroll till en hjälteroll känslan av skam. Hjältar

känner stolthet, inte skam. Det kan ibland ta lång tid. Man måste ge hjälp till den som blivit utsatt för övergrepp att skydda sig inte bara mot den/de som begått övergreppet, utan även mot samhällets okänslighet och medial exponering. Detta var även ett uttalat mål i Fobik-projektet. En skillnad mot det projektet är att vi inte kan arbeta utan att ha ett uppdrag från socialtjänsten. Vi är tvingade till att inleda allt arbete med ett samråd med dem och ofta polisen. Men i likhet med Fobik-projektet är vi som behandlare inte intresserade av skuldfrågan i sig. Vi vill hjälpa människor att leva vidare oavsett om brott går att bevisa eller inte. En huvudsak för oss är att så fort som möjligt se till att skyddsfrågan fokuseras och vi har utvecklat metoder för detta. I det arbetet inkluderas så ofta som möjligt även den som misstänks för övergrepp. I detta avseende har vi inspirerats av irländarna Mc Carthy et al och Kind in Nood-projektet. Om den som utsatt barnet kan hjälpa till att skapa skydd har detta en mycket god effekt enligt våra erfarenheter. Olika mer eller mindre allvarliga symptom klingar av snabbt om den utsatta känner trygghet/upplever skydd. Intressant nog visade det sig att skyddsfrågan, i varje fall på kort sikt, var viktigare än att barnet upplevde förbättrad anknytning till ickeförövande förälder. Trots dålig anknytning till denna i vissa fall, minskade symptomen som en följd av skyddssamtalen. Den intervjustudie av 7 mödrar som genomförts stärker våra intryck av skyddssamtalens effekt. Efter skyddssamtalen får livet struktur och förutsägbarhet. Det känns tryggt även om rättegångar etc inte är några behagliga upplevelser. Kanske skyddssamtalen minskar upplevelsen av skam (Jag har rätt till skydd – jag har ett värde).

Vi har också funnit att många utsatta barn behöver traumabehandling längre fram i behandlingsprocessen. Bedömning av graden av traumatisering sker efter ett par månader. KBT och EMDR har visat sig vara mycket användbara verktyg i arbetet med att behandla psykisk traumatisering och har stöd i evidensbaserad forskning. Vi är övertygade om att regelbundna reportage och debatter i media bidrar till att de som varit (och är) utsatta känner att det går att klara av konsekvenserna av övergrepp och att man inte är ensam. Idag finns många vägar till detta. Det finns Rädda Barnens hjälptelefoner, tjejjourer, Riksföreningen HOPP, kyrkor, internetkontakter (kan också vara destruktiva, vara en kanal för övergrepp) osv som innebär att det finns stora möjligheter att bearbeta övergreppsupplevelser utanför det officiella samhället. Stöd för denna uppfattning har vi i ”Svara Västmanlands län”. En stor majoritet av de som varit utsatta för sexuella övergrepp ansåg att öppenhet i media är bra.

Utvärderingen av första året vid Örebromottagningen har beskrivande karaktär och innehåller i huvudsak personalens bedömning av behandlingsresultatet. Önskvärt vore att fördjupad forskning av effekterna av vår modell kunde ske. Vi vill framhålla att vårt arbete att utveckla en modell för arbetet med övergrepp har sprungit fram ur vår praxis. Vi menar att dessa principer kan tillämpas av alla som vill hjälpa barn som utsatts för övergrepp inom olika professioner.

REFERENSER

- Antonovsky, A. 1991: *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur.
Diesen, Ch. (2005): Föreläsning oktober 2005.
Edgardh, K (1992): *Tonåringar sex och samlevnad*, Gothia.
Giratteoinstitutet (1992) samtal med klienter under kurs.
Heljestrand, P., Holmqvist C., Rotthaus, A., Westerström, L. och Westlund, A (2005): *Sexuella övergrepp. Arbetsmodellen vid Hans och Greta mottagningen, BUP, Örebro*. Opublicerad rapport.

- Kanala, J. och Åtterås, L. (2004): *Professionellt bemötande på Hans och Greta vid misstanke om sexuella övergrepp*. C-uppsats vid Institutionen för Beteende- Social- och Rättsvetenskap, Örebro Universitet.
- Lang, P., Little, M. and Cronen, V. (1990): *The Systemic Professional: Domains of Action and the Question of Neutrality. Human System, 1, sid 39-57*
- Lang, P. och McAdam, E. (1991-1996). Personlig kommunikation under handledning.
- Lundin, T. (1996): *Det posttraumatiska stressyndromet - PTSD. Flykt och återhämtning. Delrapport II. Bosnienprojektet vid Stockholms läns landsting PTSD-enheten, Box 1366, 12727 Sundbyberg.*
- Marneffe, C (1991). *Controlling Child Sexual Abuse: An Effort Doomed to Failure.* Human Systems vol 2 sid 227-234.
- Marneffe, C (1992): Personlig kommunikation vid studiebesök.
- Marneffe, C. (1996). Föredrag vid Eleventh International Congress on Child Abuse and Neglect, Dublin.
- Mc Carthy, I. Byrne, N. (1988): *Mistaken love: Conversations on the problem of incest in an Irish Context*, Family Process, Vol 27, June.
- Mc Carthy, I. Byrne, N. P. Kearny (1989) föreläsning i Stockholm.
- Nilstun T. (1994): *Forskningsetik i vård och medicin*, Studentlitteratur.
- Pearce, W. B. (1994): *Interpersonal Communication*. Harper Collins College Publishers. Sid 19 23, 106-107, 114, 300-301.
- Reichelt, S. Tjersland, O. och Guldbrandsen, W. (2002): *Barn i relasjonsorienteret tillnaerming till seksuelle overgrep i familien*, Fokus på familien:1, sid 3-19.
- Rodriguez, N. Ryam, S. Rowan A. och Foy, D (1996): *Posttraumatic Stress Disorder in a Clinical Sample of Adult Survivors of Child Sexual Abuse*. Child Abuse & Neglect vol 20 nr 10. sid 950.
- Rönström, A. (1983): *Sexuella övergrepp mot barn*. Barnombudsmannen 1983/84. SBU (2006) www.sbu.se
- Scherp, L. (1999): *Från utredning till behandling? En deskriptiv studie av barnpsykiatrins insatser vid misstänkta sexuella övergrepp*, Mementum nr 14, FoU enheten, Psykiatri och Habilitering, Örebro.
- Sheinberg, M. Fraenkel, P. (2001): *The relational trauma of incest*, The Guilford Press, sid 21-22 och 101.
- Sheinberg, M. (1992), personlig kommunikation vid studiebesök på Ackermaninstitutet Svara Västmanlands län (SCB 1995).
- Svedin, C-G. Back, C. (1996): *Barn som inte berättar. Om utnyttjande i barnpornografi*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Svedin, C-G. Banck, L. (2002): *Sexuella övergrepp mot flickor och pojkar*, Studentlitteratur, sid 76 och 249.
- Svedin, C-G. 2000. *Sexuella övergrepp mot barn, Behandling, en översikt*, socialstyrelsens, sid5-7.
- Sundh, O. (2003): *Traumateori och krisbehandling*. Stencil från Ericastiftelsens seminarieriserie.
- Westerström, L, Heljestrand, P, Bengtsson, L-E, Carlsson L. (1998): *Hans och Greta, ett projekt för utveckling av behandling och prevention av sexuella övergrepp*. Opublicerad rapport.
- Wolff, R. (1993): *Child Protection Work in Europe after 1992*. Konferensrapport, Social- og Sundhetsforvaltningen i Köpenhamn.

Åslund, C. Nilsson, K.W., Starrin, B. & Sjöberg, R.L. (In press) *Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors*. European Child and Adolescent Psychiatry.

Summary

In this paper we describe a model for dealing with stories or suspicion of sexual abuse. The model has been used at Hans och Greta mottagningen, an outpatient childpsychiatric clinic in Örebro. We build on work done in the Ackerman institute and various European experiences (Sheinberg och Fraenkel 2001, Marneffe 1992, Lang och McAdam 1992, McCarthy et al. 1988 and Westerström et al. 1998). When a child or teenager has told a story of sexual abuse or someone has come forward with a suspicion of this kind, the victim must feel safe and protected from further abuse and psychological pressure from the person under suspicion. Treatment is done in two steps. In the first step, crisis intervention, it is very important that a protection plan is created in co-operation with the network of the child including child protection authorities. In the second step there is trauma treatment often with EMDR (Eye Movement Desensitising Reprocessing). Young persons who have been sexually abusive are also included in the treatment program. The work has been evaluated with a questionnaire to the staff of the clinic. This indicates that the effect of the protection/safety conversations is a rapid decrease of symptoms in the abused child in a majority of the cases .

ⁱ Enligt Sundh (2003) finns ingen allmänt accepterad definition av dissociation. Han definierar dissociation "...som en försvarsprocess genom vilken upplevelser uppspaltas och hålls ointegrerade genom förändringar i minne och medvetenhet vilket leder till en försvagning av självet." Han anser att "D. kan ses som ett kontinuum från normal dissociation, t.ex. ett automatiserat beteende i en krissituation, till en patologisk, med multipel personlighetsstörning som extrempunkt." Begreppet myntades 1887 och sågs som en central mekanism bakom "neurotiska symptom såsom somnambulism, fugue-tillstånd, psykogen amnesi och multipel personlighet."