

Insatser för våldsutsatta barn och föräldrar - Erfarenheter och reflektioner från aktuell forskning

Svenska föreningen för familjeterapi

Vetenskapligt Symposium, Karlstad 161012

Ulf Axberg

Ulf.axberg@psy.gu.se

Hur definierar man våld

- Varje handling riktad mot en annan person, som genom att denna handling skadar, smärtar, skrämmar eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något som den vill.
(Per Isdal, ATV, Oslo)
- The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in, or has a likelihood of resulting in, injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation (WHO)

Våld enligt Socialstyrelsens vägledning -

Att vilja se, vilja veta och att våga fråga

- Med våld eller andra övergrepp avses i detta sammanhang systematisk misshandel och andra övergrepp, t.ex. av det slag som omfattas av brottsbalkens bestämmelser om kvinnofridsbrott.³
- Våld kan ta sig många olika uttryck. Det kan röra sig om grovt våld och sexuella övergrepp men också om handlingar som enligt rådande lagstiftning inte definieras som brott, men som kan ingå i ett mönster av utsatthet: verbala sexistiska kränkningar, isolering från familj, vänner och omgivning, ekonomiskt utnyttjande eller emotionell utpressning.

Olika former av våld

- Fysiskt våld
- Sexuellt våld
- Materiellt våld
- Psykiskt våld
- Latent våld

Isdal 2001

Beskrivning av våld
Weinehall (1997) ur Källström Cater (2007)

"Det är inget bråk hemma hos mig."

..."Det var bara den gången."

"Mamma och jag ser ju i hans ögon när han blir så där och då vågar vi inte göra nåt fel, så det blir som han vill."

Kvinnor, män och våld i nära relationer (VNR)

- Skillnaden mellan kvinnors och mäns utsatthet för relationsvåld är liten i studier som fokuserar på konflikter
- Knappt 7 % uppger att utsatta för någon typ av psykiskt eller fysiskt våld minst en gång (BRÅ 2014:8)
- Var fjärde kvinna och var sjätte man har blivit utsatt för våld ur ett livstidsperspektiv
- Kvinnor utsätts oftare för systematiskt och upprepat våld med allvarliga konsekvenser (Feder, 2012; BRÅ 2014:8).
- Tycks vara olika typer av våld. Det våld som riktas mot kvinnor är oftare upprepat, grövre och resulterar i fler negativa konsekvenser för den som drabbas.

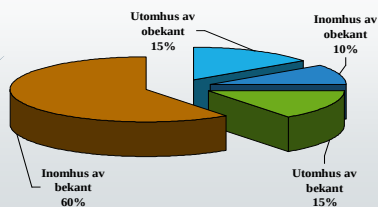
Riskgrupper

- Vissa grupper löper större risk än andra att drabbas
 - unga personer (16-34 år)
 - utsatta kvinnor har ofta sämre ekonomiska förutsättningar
 - personer med högst gymnasial utbildning
 - och personer boende i flerfamiljshus
 - ensamstående föräldrar
- Ingen skillnad mellan svenskfödda respektive utrikesfödda

Misshandel är systematiskt våld

1. Våldet varar en längre tid och innebär en serie våldshandlingar, som tillsammans utgör ett mönster.
2. Våldet utövas ett upprepat antal gånger och utgör därigenom ett mönster (mer än två våldsepisoder).
3. Den kränkande och skrämmande behandlingen av en annan människa sker på flera sätt

Anmäld misshandel mot kvinnor 2007 (BRÅ Rapport 2008:23)



Olika förklaringar till VNR Slutsatser i BRÅ-rapporten 2009:12

1. Resultaten bekräftar inte bilden att relationsvåld är mycket utbrett och drabbar samtliga befolkningsgrupper.
2. Att kvinnor och ensamstående föräldrar är två särskilt utsatta grupper tyder på att könsmaktperspektivet har ett förklaringsvärde när det gäller relationsvåld.
3. Utsattheten bland exempelvis unga kan även vara uttryck för andra förhållanden.
4. Viktigt att inte låsa sig vid enbart strukturella förklaringar till våld i nära relationer utan även beakta individuella och livsstilsrelaterade omständigheter.

Föräldrars våld – Barns bekymmer

Våld "utifrån" - nära vuxen kan ge stöd, trygghet och röst
Enstaka våld - "Det är över nu."

- Våld mot en primär omsorgsgivare - nära och ett hot
- i den miljö man borde få skydd och stöd
 - i en miljö man inte kan undkomma
 - svårt att tala med pappa och mamma om
 - svårt att tala med andra om

Finns det barn i familjen finns det alltid mer än ett offer

- Barnen "vet nästan alltid"
- Barnen ofta närvarande (69% - 77%)
- Kvinnojourstudien (Almqvist & Broberg 2004)
 - 95 % varit i bostaden
 - 77 % i samma rum
 - 45 % i direkt fysisk kontakt med mamman eller pappan
- Våld mot mammor utgör ett av de stora hoten mot barns hälsa och utveckling i Sverige idag
- Ofta våld även direkt mot barnet (58-62%)

Barn som lever med VNR

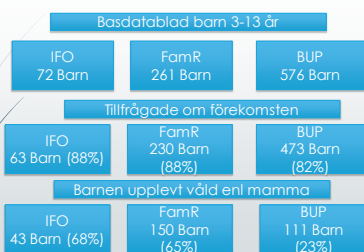
- Minst 150 000 barn bor i hushåll där det förekommer våld (BRÅ 2014:8)
- 6 - 11% uppger själva att de har erfarenheter av att ha upplevt våld mellan sina omsorgspersoner någon gång under livet och 2 % att våld skett vid upprepade tillfällen (Ännerbäck, 2010, Jansson, 2012)
- VNR är dock inget normaltilstånd; 90 % av "vanliga" barnen lever INTE in sådana familjer.
- VNR förekommer ofta i samband med andra svårigheter i familjen (missbruk, psykisk sjukdom, omsorgssvikt/bristande föräldraförmåga, kriminalitet)
- VNR är betydligt vanligare (20 - 60 %) i "risk-familjer" och därmed också i familjer som har kontakt med Socialtjänst, BUP och andra av samhällets hjälp-instanser

Nationell utvärdering av stödinsatser för barn som upplevt våld mot mamma

Projektgruppen



Kartläggning av våld



Några slutsatser

- Tillgången till effektiva behandlingsmetoder måste förbättras inom barn- och ungdomspsykiatri
- Barn behöver erbjudas insatser på olika nivåer
- Soc.tj. och BUP måste möjliggöra att föräldrar och barn kan berätta om förekomst av våld i familjen
- Metoder för strukturerade risk-/skyddsbedömningar behöver utvecklas
- Barns rätt till nödvändig behandling måste stärkas
- Åtgärder som bidrar till att våldet upphör behöver prioriteras - Barn har rätt till skydd från våld.

Att vilja se, vilja veta och att våga fråga –

Socialstyrelsens vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet

- Hälso- och sjukvården bör**
 - fråga alla kvinnor som uppsöker mödrahälsovård om erfarenhet av våld
 - fråga alla kvinnor som uppsöker psykiatrisk vård om erfarenhet av våld
 - ta upp frågan om våld i alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatri.
- Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör**
 - erbjuda personal fortbildning i våld i nära relationer, i syfte att öka förutsättningarna att upptäcka våld.

Att fråga om våld

- Våga se – kunna handla
- Mindre än 20 % av verksamheter (Socialtjänst, BUP) som jobbar med barn ställer frågan om våld i Norge (Steinsvåg 2007) – Hur ser det ut i Sverige?
- Viktigt att ställa frågan om våld, våga lyssna på svaret och vet hur det skall hanteras (Stenson 2004)
 - 80 % positiva till att frågan ställdes
 - 3 % negativa
 - 17 % att det var jobbigt, men o.k

Fråga om trauma?

- Norsk studie 5 % negativ upplevelse (DosSantos 2016)
- Forskning där man frågar om våld har positiva effekter (Chu 2013)



insatser & risk- skyddsbedömningar för våldsutsatta barn

Ett samarbete mellan Göteborgs (GU), Karlstads (KaU) och Örebro (ÖU) universitet, samt Mälardalens högskola (MDH)

Huvudansvar

Anders Broberg
Professor i klinisk psykologi
Psykologiska Institutionen
Göteborgs Universitet

Anders.Broberg@psy.gu.se

Kjerstin Almqvist
Professor i medicinsk psykologi
Institutionen för sociala och
psykologiska studier
Karlstads universitet

Kjerstin.Almqvist@kau.se

Projektets tre delar

- Utveckling av **bedömningsinstrument** för kartläggning av våldsutsatthet, psykisk ohälsa, samt utveckling av metoder för insamling av uppgifter som underlag till risk-/skydds-bedömningar
- Utveckling av en modell för **"insatstrappa"** dvs. hur barn som levt med våld i sin familj ska få en insats som svarar mot barnets behov
- Införande och preliminär prövning av **interventioner** som i internationella studier visat sig ha god effekt för barn som bevitnat eller utsatts för direkt våld i sin familj

Kartläggning av förekomst av våld i familjen och underlag för strukturerade risk-/skyddsbedömningar

- Inom verksamheter som Familjerätt, IFO och BUP är förekomsten av IPV tillräckligt vanlig (20 - 60 %) för att motivera att frågan ingår som rutin
- Erfarenheten talar för att i dessa verksamheter
 - fråga alla, snarare än "på indikation"
 - använda ett standardiserat tillvägagångssätt, t. ex. PVS (VIF)

OBS! Formulär ersätter inte utan är ett stöd för den professionella bedömningen!

Screening vs. rutinmässig kartläggning

- **Screening** - Alla i en viss grupp (t ex. kvinnor över 40) undersöks med avseende på riskfaktor/förstadium till en sjukdom (mammografi).
 - Undersökningen ger för den undersökte ny information
- **Rutinmässig kartläggning** - Att som en del av anamnesen fråga patienter/klienter om något (t ex. rökning/alkohol) av relevans för diagnostik & behandling (av hjärt-/kärl-sjukdom).
 - Undersökningen ger INTE den undersökte ny information

Att fråga rutinmässigt eller på indikation

Rutinmässiga frågor innebär att

- handläggaren inte behöver överväga om eller förklara varför man frågar en viss individ,
- man vänjer sig vid att alltid fråga
- arbetsplatsen tvingas utveckla rutiner och ge utbildning och förutsättningar för att fråga

Att **fråga på indikation** innebär betydligt större risk för godtycke och utrymme för handläggares fördomar

Etiska överväganden

1. Avvägning mellan **personlig integritet** (föräldern) och **rätt till skydd och delaktighet** (barnet)
2. Betydelsen av att **känsliga frågor** ställs
 - på rätt sätt,
 - av rätt person
 - i rätt sammanhang

Kartläggning och Risk/skyddsbedömningar

Grannlaga uppgift som görs i flera steg

1. Kartlägga om våld mellan föräldrar eller våld direkt mot barnet förekommit (enligt boendeförälder)
våldskartläggning + basdata
2. Fastställa hur allvarligt våld som förekommit och när i tiden (enligt boendeförälder) VMV & VMB
3. Risk-/skyddsbedömning om uppgifterna indikerar att det förekommit familjevåld under det senaste året och barnet har umgänge med den våldsutövande föräldern

Våld i familjen (ViF)

1. Har Du som vuxen blivit slagen, sparkad, knuffad eller skadad på något annat sätt av en vuxen?
2. Har Du som vuxen blivit hånad, hotad, trakasserad eller skadad på något annat liknande sätt av en vuxen?
3. Känner du dig trygg i ditt nuvarande förhållande?
4. Finns det en person från ett tidigare förhållande som gör sådant som får dig att känna dig otrygg för närvarande?
5. Har barn, som du bor eller bott tillsammans med, blivit slagen, sparkad, knuffad eller skadad på annat sätt under uppväxten av en vuxen som barnet bott tillsammans med?
6. Har barn, som du bor eller bott tillsammans med, blivit hånad, hotad, trakasserad eller skadad på annat liknande sätt under uppväxten av en vuxen som barnet bott tillsammans med?

BLANKETT 2

VMV (Våld Mot Vuxen)

- I en parrelation kan man bli utsatt för kränkande eller skrämmande handlingar samt fysiskt eller sexuellt våld.
- Hur många gånger har din partner/ f.d. partner gjort någon av dessa saker mot dig **under det senaste året**.
- Om inte hänt det senaste året, men tidigare, ringa in "0".
- Ange (i vissa fall) om ditt barn sett, hört eller på annat sätt upplevt vad din partner gjort mot dig.
- Fysiskt, psykiskt och sexuellt våld omfattas av frågorna

VMV Hur ofta

0 = Har aldrig hänt	3 = 3-10 gånger under senaste året
0 = Har hänt tidigare men inte senaste året	4 = Minst en gång i månaden
1 = En gång	5 = Flera gånger i månaden
2 = Två gånger	6 = Varje vecka eller nästa varje vecka

VMV Psykiskt våld

1. Förolämpade, svor eller skrek åt mig	00	0	1	2	3	4	5	6
1b. Barnen såg, hörde eller upplevde på annat sätt att han/hon aliorde	00	0	1	2	3	4	5	6
2. Jag fick en stukning, blåmärke, eller ett litet sår på grund av ett bråk med honom/henne	00	0	1	2	3	4	5	6
2b. Barnen såg, hörde eller upplevde på annat sätt att han/hon gjorde detta	00	0	1	2	3	4	5	6

Indikation för risk och skyddsbedömning

Om utfallet på VMV eller VMB indikerar att våldet är allvarligt och barnet fortfarande har umgänge med förövaren/förövarna tillfrågas familjen om att ingå i studien
= risk-/skyddsintervjun genomförs.

Obs. Här finns inga gränsvärden – handläggaren/verksamheten gör en "egen" bedömning.

Risk-/skyddsintervjun

- Uppdelad i två åldersgrupper (5-8 år och 9-17 år) samt en föräldrabedömning
- Tar drygt en timme att genomföra (kortare tid för de små barnen)
- Barn och förälder intervjuas individuellt
- Skriftligt medgivande (forskning) från vårdnadshavare krävs för denna del av studien om barn i åldern 5-14 år intervjuas

Risk-/skyddsintervju BARN

- Frågorna är strukturerade och svar anges på kvantitativa skalor eller i löpande text
- Frågorna fokuserar på i vilken omfattning barn vistas med den/de våldsutövande omsorgspersonen (boende, umgänge och andra typer av kontakt),
 - hur barnet upplever denna kontakt
 - vilken typ och omfattning av våld som har förekommit vid kontakten
 - säkerhetsplanering

Risk-/skyddsbedömning FÖRÄLDER

- Frågorna besvaras av den våldsutsatta föräldern
- Frågorna fokuserar på i vilken omfattning föräldern vistas med den våldsutövande,
 - hur hon upplever denna kontakten
 - vilken typ och omfattning av våld som har förekommit vid kontakten
 - FREDA (farlighetsbedömning) ingår
- Barnuppfostran (Conflict Tactics Scale – Parent version)

Resultat av svaren på VIF

Mammar rapporterade våldsutsatthet dubbelt så ofta som pappor inom IFO och tre gånger så ofta som pappor inom BUP.

Våld direkt mot barnet rapporterades under 10 % av fallen av föräldrar.

Om föräldern själv hade utsatts för våld, uppgav var tredje förälder att också barnet utsatts varit för våld av samma förälder



Sammanfattning kartläggning

Den största stötestenen är att få verksamheterna att fylla i basdatabladet, vilket är en ren organisationsfråga.

VIF utfall på mellan en femtedel (BUP) och en tredjedel (IFO) av de tillfrågade

VIF "träffar rätt" – höga nivåer av våld rapporteras på den fördjupade kartläggningen. Många barn träffar den våldsutövande.

Risk-/skyddsbedömningar är relevanta att göra i 10-15 % av alla nya ärenden inom IFO och BUP – och i nästan alla ärenden inom SÄV.



Slutsats rutinmässig kartläggning

Fördelarna med kartläggningen överstiger klart nackdelarna inom verksamheter där

- det förväntade utfallet klart överstiger normalbefolkningens
- den efterfrågade informationen har stor betydelse för behandling/handläggning av ärendet
- information ges om skälet till kartläggningen
- kartläggningen genomförs på ett professionellt och etiskt godtagbart sätt

Förändringar i symtompöäng, KSADS-PL

	M	Sd	d ¹	t	p ²
Depressionspoäng vid T1 - Depressionspoäng vid T2	5,77	14,40	0,40	2,37	*
Beteendepoäng vid T1 - Beteendepoäng vid T2	5,83	16,81	0,35	2,05	*
Ängestpoäng vid T1 - Ängestpoäng vid T2	4,80	6,63	0,72	4,28	***
PTSD poäng vid T1 - PTSD-poäng vid T2	6,17	9,03	0,68	4,04	***
Totalscore K-SADS vid T1 - Totalscore K-SADS vid T2	22,83	29,13	0,78	4,64	***

1 d > 0,20 = låg effekt; d > 0,50 = måttlig effekt; d > 0,80 hög effekt
2 p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Men hur blir det om man jämför med optimerad sedvanlig behandling (OSB)?



Metaanalyser av studier som jämfört behandling med empiriskt stöd (BES) med sedvanlig behandling (SB)

- BES effektivare än SB – men effekterna är små till måttliga (Weisz et al. 2006; Weisz et al., 2013)
- Är dock ingen "trivial effekt" - 58 % chans att det går bättre i BES
- Modererande störande faktorer/variabler (Spielman et al 2010):
 - Behandlares tro på att det är den bästa behandlingen
 - Handledning
 - Om BES gavs av forskningsbehandlare
 - Specieell utbildning av behandlare

Optimerad sedvanlig behandling (OSB) – att anpassa SE så att det uppfyller grundläggande kvalitetskrav

Implementering

		Implementering	
		Effektiv	Oeffektiv
Effekt	Effektiv	+	-
	Oeffektiv	-	-

Fixen, 2005

Implementering och forskare

Wilson (2007)

- Meta analys av över 200 skolbaserade program för att minska aggressivitet och beteendeproblem
- Forskare har ofta varit med och utvecklat programmen och är djupt involverade i implementeringen
- SB har oftast implementerats "rutinmässigt" forskare har inte varit så djupt involverade i utvecklings- eller implementeringsarbete
- Konklusion – om inte forskare är inblandade så kan det bästa valet för skolor vara att välja det program med evidensstöd som är lättast att implementera utifrån de lokala förutsättningarna

Efficacy vs. effectiveness

	Forsknings-sammanhang	Kliniska sammanhang
Deltagare	"Urvalda"	Remitterade
Grupp	Homogen	Heterogen
Problem fokus	Begränsat	Utvidgat
Kontext	"Laboratorium"	Kliniker eller sjukhus
Behandling av	Forsknings-assistenter	Kliniker
Patienter per terap.	Få	Många
Förberedelse tid	Omfattande	Begränsad
Antal sessioner	Bestämt i förväg	Färre begränsningar
Behandlingsmetod	Bestämt fokus	Multi-metod (Eklektiskt)
Intervention	Beteendeorienterad	Icke-beteendeorienterad

Vilken väg skall vi ta?

Klinisk praktik mer lik forskning?

- Använda BES
- Kontrollera för modelltrogenhet och följsamhet

Göra forskning mer likt praktiken?

- Praktiskbaserad evidens
- Samla data av god kvalitet från sedvanlig behandling

Forskningsöversikt över Behandlingar med evidensstöd (BES – EST) (Ng and Weisz 2016)

- Barn – och unga
- Manualbaserade – för bedömning, behandlingsplanering, behandling och uppföljning
- Manualer tenderar att standardisera behandling och utredningar snarare än individualisera
- Finns oftast någon form av individualisering i manualerna, men det saknas ofta information om:
 - samsjuklighet,
 - faktorer som stör i vilken ordning olika moment skall genomföras,
 - hur ny information som kommer upp skall hanteras
 - hur hantera kriser

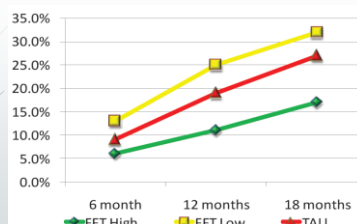
Skräddarsy interventioner

- Behandlingen behöver anpassas utifrån hur patienten/klienten/familjen svarar på den över tid
- Skräddarsy genom att kontinuerligt bedöma patientens/klientens svar på interventionen
- Genom att skräddarsy metoder som har empiriskt stöd optimeras effekterna
- Det behövs flexibilitet för att hantera skillnader i svårighet, komplexitet, samsjuklighet
- Ta hänsyn till motivation till förändring, preferenser, behandlingshistorik, och nöjdhet

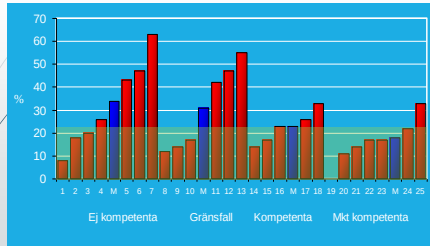
Ng & Weisz(2016).

Trogn- och följsamhet

- Använder och följer terapeuten de procedurer som skall användas (Adherence), och undviker det som inte skall användas?
 - Om en central komponent i en metod tas bort eller tonas ner, och/eller läggs till så man håller man på med en annan metod
- Är terapeuten kompetent i metoden och i hur hen gör sina bedömningar?
- Skiljer interventionen ut sig från andra metoder?

Terapeuter och modelltrogenhet
(Barnoski et al 2002)

Washington State Institute for Public Policy – FFT (Barnoski, 2004)



Behandlarens dilemma

Följsamhet
och
modelltrogenhet



Anpassning
och
flexibilitet

Men är det inte det
vi alltid har gjort?

Vad är skillnaden?

Skräddarsydd behandling

Nja,

- kontinuerligt och systematiskt följa upp utfallet i samtliga faser av behandlingen och använda återkopplingssystem för ur vi "matar in" resultaten av de uppföljningsmetoder som vi använder i behandlingen
- använder oss av sekventiellt av BES

Faser

- Bedömning – diagnos? Ta hänsyn till, motivation, preferenser, sociala och ekonomiska förutsättningar, logistik
- Val av behandling och behandlingsplanering – vilka BES finns, Vilka verkar var mest prövade i de sammanhang och under de förutsättningar som den familj jag möter?
- Behandling – använd återkopplingssystem, anpassa behandlingen utifrån BES
- Avslut och upprätthållande – använd återkopplingssystem, är utfallet rimligt utifrån vad som kan förväntas? Anpassa.

Vad betyder det för forskning?

- Förändringar på gruppnivå är mindre intressanta för enskilda behandlare
- Variabelcenterad forskning – beskriver förändringar på gruppnivå av variabel
- Personcenterad forskning – beskriver skillnader för individer uppdelade i grupper (klasser)
- Riskfaktorer är inte isolerade företeelser utan måste ses i relation till andra aspekter av samspillet mellan individen och miljön
- Hur sannolikt ett specifikt svar på en indikator är beroende på vilken latent klass man tillhör
- Ger en möjlighet att studera individer som lever i skärningspunkten mellan flera olika riskfaktorer på olika ekologiska nivåer.
- Använd resultat från RCT:er för att designa personcentrerade studier
- Använd olika forskningsdesigner, kvalitativa/kvantitativa inte enbart RCT
- Samla PBE för hur behandlare vanligtvis skräddarsyr behandling – använd denna information för design av metod och val av utfallsmått.

Nå, tillbaka till frågan - Men hur blir det om man jämför med optimerad sedvanlig behandling (OSB)?



En RCT för att pröva TF-KBT i på en BUP mottagning i Göteborg

- Ole Hultmann och Anders Broberg
- Behandlares och forskares gemensamma intresse av att bli bättre på att identifiera och behandla barn som exponerats för våld i familjen
- Utvecklade metoder för att genomföra strukturerade intervjuer för att kartlägga om våld förekommit, omfattning och typ
- Utifrån den betydelse exponering för våld medför undersöka effekterna av TF-KBT i en RCT

(Hedström et al. 2009, Hultmann & Broberg, 2013, Broberg et al. 2015, Hultmann et al. 2015, Broberg et al. 2016)

Primära utfallsmått och hypoteser

- Hypotes – TF-KBT har bättre effekt på traumasymtom och allmän psykisk ohälsa än OSB
- Primära utfallsmått
 - Traumasymtom (ITSCC)
 - Diagnos enligt DSM-IV och omfattning av psykiatriska symptom (K-SADS)
- Sekundära utfallsmått (skall analyseras)
 1. Psykisk hälsa hos barnen (KIDSCREEN)
 2. Psykiatriska symptom hos föräldrar (SCL, IES)
 3. Föräldraförhållanden (PLOC)

Är detta ett problem?

- NEJ - Ur ett kliniskt perspektiv - ingen metod kan ha ensamrätt, flera metoder med empiriskt stöd behövs för olika situationer sammanhang och utifrån vad som går att implementera på ett bra sätt.
- Nja - Publiceringsmässigt - många betonar betydelsen av "icke-resultat" - (vilket ju inte finns enligt Bateson) men är inte lika välkommande i vetenskapliga tidskrifter
- Ja - om resultaten tas för att "Anything goes"

Några slutord

- Viktigt med tidig upptäckt och tidigt stöd - vi behöver bli bättre på att uppmärksamma och sätta in insatser tidigt
- De yngsta barnen är de mest utsatta
- Oftast lättare att rätta till en avvikande utveckling tidigt än sent.
- Vi behöver bli bättre på att bedöma utsatthet och skyddsbehov
- Det finns idag flera insatser med som visat lovande resultat.

Men kom ihåg ...

- Att det inte alltid behövs ett "expertbemötande" - allmän "medmänsklighet" kan räcka långt - att lyssna, tro på barnet, bekräfta och ta emot barnets berättelse