

Psykisk hälsa hos mammor som utsatts för våld av sin partner

– före och efter deltagande i Bojens grupprogram

Karin Grip, Anders Broberg, Kjerstin Almqvist



BOJEN



STIFTELSEN
Allmänna Barnhuset

Delrapport 2
2010

Psykisk hälsa hos mammor som utsatts för våld av sin partner

- före och efter deltagande i Bojens grupprogram

Rapport från forskningsprojektet Bojen - utvärdering av gruppverksamhet för barn som bevittnat våld mot mamma och deras mammor

*Karin Grip och Anders Broberg, Psykologiska Institutionen, Göteborgs universitet
Kjerstin Almqvist, Avdelningen för psykologi, Karlstads universitet*

Frågor och synpunkter rörande denna rapport skickas till:
Anders Broberg, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet,
Box 500, 405 30 Göteborg. Tel. 031-786 1703, e-post: anders.broberg@psy.gu.se



**STIFTELSEN
Allmänna Barnhuset**

Psykisk hälsa hos mammor som utsatts för våld av sin partner
- före och efter deltagande i Bojens grupprogram

Författare: Karin Grip och Anders Broberg, Psykologiska Institutionen, Göteborgs universitet,
Kjerstin Almqvist, Avdelningen för psykologi, Karlstads universitet

© Stiftelsen Allmänna Barnhuset och författarna

Sättning: Helena Öhman, Studio Indigo

Tryck: Edita Västra Aros, 2010

Förord

I denna rapport beskrivs utvecklingen av den psykiska hälsan hos mammor som deltagit i Bojens gruppverksamhet och hur de skattade sin föräldraförmåga dels innan behandlingen påbörjades, dels direkt efter behandling samt ett år efter avslutad behandling.

Utvärderingen visar att Bojens mammaprogram har goda effekter på gruppnivå, men att det finns individuella skillnader. Den pekar också på några viktiga utvecklingsområden t.ex att överväga om inte någon form av ”föräldraträning” ska ingå i programmet samt att utveckla en form av uppföljning efter avslutad behandling. Författarna poängterar betydelsen av att stödet till våldsutsatta barn och deras mammor utformas så att det är så låga trösklar som möjligt mellan olika verksamheter vilket leder till att mammor och barn skulle få tillgång till ett brett utbud av stödinsatser.

Detta är den andra rapporten från forskningsprojektet *Bojen – utvärdering av gruppverksamhet för barn som bevittnat våld mot mamma och deras mammor*. Projektet bedrivs vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet under ledning av professor Anders Broberg. Barnhuset har finansierat projektet tillsammans med Brottsofferfonden.

Ytterligare rapporter i Barnhusets rapportserie, med speciellt fokus på barnen kommer att komma från forskningsprojektet.

Det är Barnhusets förhoppning att rapporterna dels ska öka kunskapen om vilket stöd mammor och barn behöver, dels stimulera till fortsatt metodutveckling inom området.

För Stiftelsen Allmänna Barnhuset
Stockholm maj 2010

Bodil Långberg

Anne-Marie Larsson

Författarpresentationer

Karin Grip är doktorand vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet och har tidigare arbetat som leg. psykolog och leg. psykoterapeut inom Barn- och ungdomspsykiatri i Umeå. Kontakt: karin.grip@psy.gu.se.

Anders Broberg leg. psykolog, leg. psykoterapeut och professor i klinisk psykologi. Han arbetade under många år som klinisk psykolog inom BUP i Göteborg och senare också som forskningspsykolog vid samma klinik. Han forskar kring utvecklingspsykopatologi, främst betydelsen av olika typer av livshändelser för barns utveckling och leder för närvarande forskningsprojektet *Utvärdering av stödinsatser för barn som upplevt allvarliga konflikter i sin familj och deras mammor*. Projektet finansieras av Socialstyrelsen på regeringens uppdrag. Kontakt: anders.broberg@psy.gu.se.

Kjerstin Almqvist, leg. psykolog, leg. psykoterapeut och Fil. dr. i psykologi. Hon arbetade under många år som klinisk psykolog och psykoterapeut med traumatiserade barn och med utvecklingen av den kliniska forskningen i Landstinget i Värmland. Hon var huvudansvarig för projektet *Barn som bevittnat våld mot mamma* i Göteborg 1999–2004 och är tillsammans med Anders Broberg ansvarig för utvärderingen av Bojens verksamhet. Hon är numera docent i psykologi vid Avdelningen för psykologi vid Karlstads Universitet. Kontakt: kjerstin.almqvist@kau.se.

Presentation av Bojen

Bojen är en ideell förening i Göteborg som driver sin verksamhet sen 2004. Bojen vänder sig till barn och ungdomar mellan 4–19 år och deras mammor. Verksamheten innefattar bland annat krisorienterade samtal och gruppverksamhet för barn, ungdomar och mammor. Stor vikt läggs vid att vid behov erbjuda även individuella samtal till dem som går i gruppverksamhet.

Gruppverksamheten bygger på det amerikanska programmet Children are people too (CAP), som omarbetats av Bojen för deras målgrupp. Gruppverksamheten omfattar 15 träffar, en gång per vecka under en termin. Parallellt med barngrupperna hålls grupper för mammorna med fokus på föräldraskapet.

Innehåll

Förord	5
Författarpresentationer	6
Presentation av Bojen	6
Sammanfattning.....	9
1. Inledning.....	10
Vilka män brukar våld i nära relationer?	10
Vilka kvinnor drabbas av våld i nära relationer?	11
Att drabbas av våld i nära relationer medför ofta svår psykisk och fysisk ohälsa.....	11
Kärleksrelationen som en anknytningsrelation.....	12
Att drabbas av våld i nära relationer är ett "anknytningstrauma"	13
Allmänt om reaktioner vid stress och trauma	14
Mammor som drabbas av våld i nära relationer är mer utsatta än andra kvinnor	15
Behandling för kvinnor/mammor som utsatts för våld.....	16
Behandlingsinsatser i Sverige.....	18
Behov av utvärdering av olika stödinsatser	19
2. Beskrivning av Bojens mammaprogram	20
Verksamheten	20
Mammaprogrammet vid Bojen	20
3. Uppföljningsstudien av Bojens mammaprogram	22
Tillvägagångssätt	22
Instrument	22
Upplevd föräldraförmåga	23
Tillvägagångssätt när uppgifter saknades.....	24
Mammor som inte fullföljde behandlingsprogrammet.....	25
Statistiska analyser	25
Tillförlitligt förändringsindex från för- till eftermätning.....	26
4. Resultat	28
Mammornas situation och bakgrund.....	28
Våldet som mammorna hade utsatts för.....	28

Förövaren	29
Tidigare våldsutsatthet	29
Hur mådde mammorna vid behandlingens start?	30
Hur mådde mammorna direkt efter samt ett år efter avslutad behandling?	31
Individuella behandlingsutfallsprofiler	33
Kombinationer av psykisk ohälsa, traumasymtom och livskvalitet	34
Individuella behandlingsprofiler för upplevd föräldraförmåga	34
Hade behandlingseffekten samband med bakgrundsfaktorerna?	35
Vad tyckte mammorna om Bojens mammaprogram?	35
5. Diskussion	36
Hur mådde mammorna i samband med att de började i Bojens mammaprogram? ...	36
Effekten på mammornas psykiska ohälsa, upplevda livskvalitet och föräldraförmåga	39
Sammanfattning och slutsatser	43
Referenser	45
Appendix 1	53
Appendix 2	56
Barnhuset har gett ut följande böcker	57
Barnhuset har gett ut följande rapporter	57

Sammanfattning

Föreliggande rapport är en delstudie i projektet *Bojen – utvärdering av stödinsatser för barn som bevittnat våld mot mamma och deras mammor*. Rapporten är en utvärdering av Bojens mammaprogram – ett av få stödprogram i Sverige som riktar specifikt till mammor som levt med våld i en nära relation.

Utvärderingen beskriver utvecklingen av psykisk hälsa och mående hos 42 mammor som skattade hur de mårde och sin upplevelse av föräldrakontroll vid tre tillfällen: innan behandlingen påbörjades, direkt efter behandling samt ett år efter avslutad behandling. Förutom en intervju rörande olika bakgrundsfaktorer, och om våldet de utsatts för, besvarade mammorna frågeformulär om symtom på psykisk ohälsa, traumatisk stress, upplevd livskvalitet och föräldraförmåga. Dessutom tillfrågades mammorna om vad de tyckte om Bojen.

Majoriteten av mammorna uppvisade allvarliga symtom på psykisk ohälsa, i nivå med hur patienter inom öppenvård psykiatri skattar sig själva, när mammaprogrammet startade. Som grupp uppvisade mammorna klart färre psykiska symtom och en förbättrad känsla av sammanhang i tillvaron efter mammaprogrammet, och förbättringen kvarstod över tid. Den

upplevda föräldraförmågan förändrades däremot inte under utvärderingstiden när man såg till gruppen som helhet.

Utvärderingen har ingen kontrollgrupp, men använde ett individuellt förändringsindex, som till viss del kan kompensera bristen på jämförelsegrupp. De individuella behandlingsprofilerna visade att även om många mammor hade utvecklats positivt fanns det mammor vars psykiska hälsa inte hade förändrats mellan mättillfällena, och många mammor hade ett kvarstående behandlingsbehov. Också när det gällde föräldraförmågan fanns det individuella olikheter; några mammor skattade sin förmåga att styra och kontrollera sina barn som bättre efter programmet, flertalet förändrades inte alls, medan några tvärtom uppskattade att deras förmåga hade försämrats.

Mammorna var överlag mycket nöjda med Bojens mammaprogram och alla mammor angav att de skulle rekommendera Bojen för andra mammor som utsatts för våld i sin nära relation.

I rapporten ges avslutningsvis förslag på hur Bojens mammaprogram kan förbättras med de erfarenheter som denna utvärdering ger.



Inledning

Radikalfeministisk teori lyfter fram betydelsen av patriarkala konstruktioner och föreställningar som grund för våld mot kvinnor [38]. Ibland används detta som stöd för att påstå att alla kvinnor som lever i heterosexuella relationer löper lika stor risk att utsättas för våld i en nära relation [87] och att alla män har samma benägenhet att använda våld mot sin partner [55]. Samtidigt pekar empirisk forskning mot att risken att hamna i en relation där våld och misshandel förekommer är olika stor för olika kvinnor [46]. Våld i nära relationer är till exempel mer vanligt förekommande i socialt utsatta grupper [30, 154] och bland yngre jämfört med äldre par [12, 52].

Mäns våld mot kvinnor kan studeras utifrån olika infallsvinklar och med hjälp av olika förklaringsmodeller. En tydlig skiljelinje rör var orsaker och förklaringar söks, och vart föreslagna åtgärder riktas, d.v.s. om dessa i första hand rör individ- eller samhällsnivån [150]. I föreliggande arbete ges det psykologiska perspektivet företräde av det enda skälet att det är i psykologi som författarna till denna rapport har sakkunskap. Valet innebär inte att vi uppfattar andra perspektiv som mindre betydelsefulla, tvärtom välkomnar vi tvärvetenskapligt samarbete inom detta viktiga område.

Projektet *Bojen – Utvärdering av gruppverksamhet för barn som bevittnat våld mot mamma och deras mammor* startade hösten 2005, ett år efter det att Bojen påbörjat sin verksamhet i Göteborg (se sidan 20 för en närmare beskrivning av Bojen). Utvärderingsprojektet möjliggjordes tack vare generöst ekonomiskt stöd från Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Brottsofferfonden. Föreliggande rapport utgör andra delen av rapporteringen från

projektet¹. Rapporten behandlar dels mammornas beskrivning av sin situation i samband med att de påbörjade sin kontakt med Bojen dels en redovisning av hur deras symtom på psykisk ohälsa, deras känsla av sammanhang i livet och graden av ”hjälplöshet” i föräldrarollen förändrades under tiden som de hade kontakt med Bojens gruppverksamhet, och ett år efter avslutad kontakt.

Rapporten inleds med en genomgång av forskningsläget rörande psykologiska aspekter på mäns våld mot kvinnor i nära relationer, och en redovisning av olika behandlings-/stödinsatser för utsatta kvinnor/mammor som prövats, främst i USA.

Vilka män brukar våld i nära relationer?

Män som brukar våld mot sin nuvarande eller tidigare partner har generellt fler erfarenheter av försummelse, vanvård eller andra missförhållanden med sig från barndomen än andra män [53, 69, 108, 160]. En aktuell översikt av amerikanska studier visade att drygt hälften av de män som utsatte sin partner för våld hade erfarenheter av våld i den egna ursprungsfamiljen, jämfört med en femtedel i jämförelsegrupperna (män som inte utövat våld i en nära relation) [40]. Bland män som använder våld mot sin partner är olika typer av personlighetsstörningar förhållandevis vanligt förekommande [46, 53, 108], liksom alkoholmissbruk [61]. Att utsätta sin partner för våld är också mer vanligt hos män som söker hjälp för psykiska svårigheter [145] och bland män med otrygg anknytning [3, 11, 44, 47, 70, 79].

¹ Den första rapporten utgjordes av en kvalitativ analys av mammornas beskrivning av hur de lämnade sin partner [115].

Även om våld i ursprungsfamiljen i flera studier alltså har visats ha ett starkt samband med att som vuxen man utsätta sin partner för våld är det viktigt att poängtera att många män med sådana barndomsupplevelser inte blir våldsamma som vuxna, medan andra män, som inte har sådana erfarenheter, blir det. Det finns anledning att anta att kombinationen av flera riskfaktorer (våld i ursprungsfamiljen, personlighetsstörning, missbruk) dramatiskt ökar risken för att mannen i fråga ska utöva våld i en nära relation [120, 152].

Vilka kvinnor drabbas av våld i nära relationer?

Flera studier visar att kvinnor med erfarenheter av att som barn varit utsatta för misshandel, sexuella övergrepp eller vanvård, löper ökad risk att drabbas av våld i en nära relation som vuxen [34, 52, 60, 152, 162, 164]. Att som barn ha bevittnat våld mellan föräldrarna är också en allvarlig riskfaktor [54, 126]. En undersökning visar att kvinnor som utsatts för våld i en nära relation av mer än en man oftare hade erfarenheter av trauma i barndomen och en otrygg anknytning, jämfört med kvinnor som varit utsatta för våld av enbart en man [2]. Psykisk ohälsa i senare delen av tonåren är också en faktor som har visat sig öka risken för att hamna i en relation med våld [54]. Sociala faktorer har alltså stor betydelse för utsatthet och risk för trauma. Det uppstår lätt en ond spiral där utsatthet leder till sämre hälsa och sämre hälsa i sin tur till större fortsatt utsatthet [20]. Samma förhållande gäller mellan våld och fattigdom; det finns en ökad förekomst av våld i socialt utsatta grupper [20, 114] samtidigt som våld i sig ökar den sociala utsattheten [30]. I två tyska studier har familjer med låg inkomst respektive arbetslöshet visats ha en ökad förekomst av våld, men när familjer som levde i extrem fattigdom och med arbetslöshet räknades

bort, förekom mäns våld mot kvinnor i lika hög grad oavsett social tillhörighet [114].

Även om kvinnor med olika former av traumatiska uppväxterfarenheter löper en klart förhöjd risk att drabbas av våld i en nära relation är det viktigt att poängtera att flertalet kvinnor som utsatts för våld av sin partner inte har varit utsatta för våld i barndomen [4, 54, 126], och inte nödvändigtvis lever i socialt utsatta miljöer. Våld förekommer i alla typer av familjer.

Att drabbas av våld i nära relationer medför ofta svår psykisk och fysisk ohälsa

Våld i en nära relation skiljer sig från många andra trauman på så sätt att det ofta är återkommande och sker under lång tid, något som ibland också benämns som ett komplext trauma [37]. Det våld som sker i hemmet förknippas ofta med något skamligt och har inte samma kraft att väcka positivt gensvar och stöd från omgivningen som trauman som är kollektivt delade [32]. Att våld i hemmet fortfarande ofta omgärdas av skam kan delvis hänga samman med att det till för bara några årtionden sedan sågs som en privat angelägenhet. Det är först sedan början av 1980-talet som misshandel i hemmet är ett brott i brottsbalkens mening.

Risken för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)² och annan ohälsa är större vid trauman som har sin grund i mellanmänskligt beteende jämfört med trauman till följd av exempelvis naturkatastrofer, allvarlig sjukdom, bil- eller flygolyckor

² Post Traumatic Stress Disorder, som oftast förkortas PTSD även på svenska, är en ångeststörning till följd av en händelse som inneburit hot om allvarlig skada eller död vilken väckt extrem rädsla, skräck och/eller hjälplöshet. Tre symtomkluster utmärker PTSD; 1. *Återupplevande minnen* (flashbacks, mardrömmar), 2. *Undvikande* (av saker som påminner om händelsen, svårigheter att minnas händelsen, känslomässig frusenhet och likgiltighet), 3. *Förhöjd spänningsnivå* (Hyperarousal, sömn- och koncentrationssvårigheter, extrem vaksamhet).

[32]. PTSD är förhållandevis ovanligt sett till antalet personer som är med om någon form av traumatisk händelse [98] men något vanligare bland kvinnor än män [63, 155]. I en svensk undersökning av befolkningen i allmänhet uppfyllde cirka 7 procent av kvinnorna diagnoskriterierna för PTSD under åtminstone någon period i livet [63]. Traumatisering är också vanligare hos kvinnor än män som utsatts för våld i en nära relation [157] och förekomsten av PTSD hos kvinnor som har blivit utsatta för våld är förhållandevis stor [92, 143]. I en svensk studie rörande våldsutsatta kvinnor hade 12 av 14 kvinnor tydliga posttraumatiska stressymtom [113]. Olika undersökningar har visat en förekomst av PTSD på mellan 31–84 procent hos kvinnor som utsatts för våld (och varit i kontakt med någon stödverksamhet, klinisk vård eller kvinnojourer). Just kvinnor på kvinnojourer har generellt sett en mycket hög förekomst av PTSD [92, 142].

Att leva med våld i en nära relation innebär förutom en ökad risk för PTSD, också ökad risk för annan psykisk ohälsa, som ångest, depression, suicidtankar och självmordsförsök [56, 142]. Våld i en nära relation tycks vara en av de tydligaste faktorerna associerade till kvinnliga självmordsförsök [142]. PTSD förekommer i mer än hälften av fallen tillsammans med depression, och det har också visat sig att kvinnor med depression i relativt stor omfattning varit utsatta för våld i en nära relation [49]. Våld i en nära relation är vidare förbundet med en sämre generell hälsa [14-15, 27, 36] och somatiska symtom som högt blodtryck, rygg- och huvudvärk samt gynekologiska besvär [166]. En dansk registerundersökning över alla läkarbesök gjorda under ett år, fann att kvinnor som kontaktade sjukvården till följd av skador eller besvär från våld i en nära relation hade betydligt fler läkarbesök, mer psykiska svårigheter, oftare gynekologiska besvär och fler genomförda aborter jämfört med övriga kvinnor som sökte

läkarvård under samma år [78]. Negativa effekter på psykisk och fysisk hälsa finns ofta kvar flera år efter att relationen till förövaren avslutats [62, 166].

Kärleksrelationen som en anknytningsrelation

I vuxen ålder har de flesta utvecklat ett förhållandevis stabilt anknytningsmönster, det vill säga en uppställning generaliserade förväntningar på vad en nära känslomässig relation är för något; hur man själv uppträder och hur man kommer att bli bemött [23]. Anknytningen i en kärleksrelation påverkas av anknytningserfarenheter under uppväxten [17, 129] men anknytningsmönstret man har till sina föräldrar är inte liktydigt med det man utvecklar till sin kärlekspartner. Under någorlunda stabila livsomständigheter kan man dock förvänta stabilitet i anknytningsmönster. Stabiliteten bibehålls av att man väljer miljöer och personer som passar med de föreställningar och förväntningar man har om sig själv och andra. Samma föreställningar och förväntningar påverkar hur man tolkar information samt hur man beter sig mot andra och därmed sannolikt hur andra reagerar. Anknytningsmönster kan därför sägas ha vissa likheter med personlighetsegenskaper samtidigt som de är mer öppna och möjliga att förändra. Förändrade omständigheter eller händelser, som inte bekräftar tidigare förväntningar och föreställningar om sig själv och andra, kan leda till förändring i anknytningsmönster. Personer med trygg anknytning har mer stabila kärleksrelationer, medan de med otrygg anknytningsstil i större grad har relationer karakteriserade av instabilitet, turbulens, uppbrott och avbrutna relationer [77, 130].

Ur ett anknytningsteoretiskt perspektiv väcker hot mot önskad närhet och tillgänglighet till sin anknytningsperson ångest och aktivering av olika protestbeteenden [29, 65]. I den tidiga relationen mellan förälder och barn kan detta ta sig uttryck som att barnet

skriker eller uttrycker ilska. Ilskan har som funktion att signalera till föräldern och på så sätt reglera närheten till och uppmärksamheten från denne. Ett sätt att förklara våld i vuxenrelationer ur ett psykologiskt perspektiv är att se våldet som ett förvrängt och dysfunktionellt protestbeteende, som har som funktion att reglera distans och närhet till den andre. Det bakomliggande motivet skulle då vara ångest för att bli övergiven (om kvinnan vill lämna mannen) alternativt utplånad (om kvinnans närhetssökande upplevs som påträngande och invaderande) [3, 29, 44, 65]. Konkurrerande eller oförenliga behov av distans och närhet tycks kunna öka risken för våld [3]. Tidigare relationserfarenheter skapar olika förväntningar på den andres tillgänglighet och olika bekvämlighet med känslomässig närhet. Graden av närhet och distans förhandlas och omförhandlas i en relation och varierar från situation till situation, och att kunna förhandla och kompromissa är en viktig del i en fungerande parrelation. Våld från sin anknytningsperson skadar tron på sig själv som värd kärlek och uppmärksamhet och tilltron till partners pålitlighet och välvilja, något som också riskerar att inverka på hur andra uppfattas mer generellt. Psykiskt våld från en manlig partner har också kopplats till ökad anknytningsotrygghet och tycks även kunna påverka anknytningen till eventuellt efterföljande kärlekspartner [163].

Anknytningsintervjun (AAI) [121] är en etablerad metod för att mäta den vuxnes aktuella mentala representationer av hennes eller hans anknytningsfarenheter som barn. Dessa representationer hos en förälder korresponderar relativt väl med vilken anknytning barnet i sin tur utvecklar till just honom/henne. I anknytningsintervjun bedöms framförallt sättet som den vuxne hanterar anknytningsrelevanta minnen och erfarenheter från barndomen och i vilken grad dessa kan beskrivas på ett sammanhållet och begripligt sätt. Ett väl sammanhållet sätt att beskriva

erfarenheter och minnen följer av en trygg anknytning och återspeglas i relationen till det egna barnet [24]. Ett anknytningsmönster hos föräldern som indikerar olöst sorg eller trauma från barndomen har kopplats ihop med skrämmande och dissocierade föräldrabetenden [81]. Dessa har i sin tur visat sig vara tydligt relaterade till framför allt det anknytningsmönster hos barnet som benämns desorganiserad anknytning, som är den allvarligaste formen av otrygghet [24]. Almqvist och Broberg visade att barn till mammor på kvinnojourer i Sverige tenderade att i stor utsträckning ha överdrivet omhändertagande drag (rollreversering) [4], något som kan indikera en desorganiserad anknytning hos barnet. Att som vuxen kvinna i upprepade kärleksrelationer bli utsatt för våld har också visat sig vara tydligt förknippat med att som barn ha en historia av rollreversering [2]. Den desorganiserade anknytningen är speciellt viktig att tidigt identifiera och försöka förändra med anpassade behandlingsinsatser då den är en tydlig riskfaktor för utveckling av psykopatologi [96]. En studie rörande anknytning och våld visade att ju mer allvarligt våld som mamman utsattes för desto mer sannolikt var det att barnet hade en desorganiserad anknytning [167].

Att drabbas av våld i nära relationer är ett "anknytningstrauma"

I jämförelse med andra typer av interpersonellt våld, innebär våld i en nära relation ett s.k. "anknytningstrauma" vilket blir en ytterligare försvårande omständighet [37]. En kärleksrelation mellan vuxna är också en anknytningsrelation [77] även om den skiljer sig från anknytningsrelationen mellan barn och förälder [23]. Skillnaden rör framför allt ömsesidigheten i och växlingen mellan att ge och få omsorg, mellan att för stunden behöva eller utgöra den andres "trygga famn". Att vara den andres anknytningsperson innebär att ge sin kärlekspartner

närhet, intimitet, tröst och stöd, men också frihet, mod och uppmuntran att växa och utforska världen utanför relationen. Det innebär därför den yttersta formen av kränkning och svek att i den relationen bli utsatt för förlöjliganden, förringande och ned-sättande tillmälen, tvingas till sexuellt umgänge, bli hotad, ryckt i håret, örfilad eller knuffad. När den relation man har rätt att förvänta sig tröst och stöd i omvandlas till en som ger upphov till rädsla, skräck och osäkerhet försätter det mamman i en förödande situation. Tendensen att fly från det som är hotfullt och farligt och samtidigt ta sin tillflykt till den – mannen som slår - som ska vara den ”trygga famnen” utgör en paradox, för den vuxna kvinnan likaväl som för det lilla barnet. De allvarliga konsekvenser våld i en nära relation får på psykisk och fysisk hälsa, återspeglar denna orimliga situation.

Allmänt om reaktioner vid stress och trauma

Reaktionen på traumatiska upplevelser kan beskrivas i termer av en balansvåg. I den negativa vågskålen ligger förstås den påfrestning (t.ex. våld i en nära relation) som individen varit utsatt för. Hur tungt påfrestningen ”väger” har att göra med hur allvarlig och långvarig påfrestningen är; i medicinska termer brukar man tala om en dos-effekt-respons, eller uttryckt mera på vardagssvenska hur allvarligt/livshotande själva traumat var [20, 32]. Men effekten av samma dos skiljer sig åt mellan olika personer, vi människor är helt enkelt olika bra på att klara av stress och påfrestningar [83, 134]. Detta brukar beskrivas som att människor har olika ”motståndskraft” [eng. resilience]. Motståndskraften hänger samman med egenskaper hos individen själv, som hur man mådde före traumat [134] belastningen från andra stressfaktorer [18] ens tilltro till att kunna få hjälp av andra (anknytningsstil) och bedömningen av risken för att utsättas för framtida våld [48]. Men

motståndskraften beror också på omständigheter i den omgivande miljön, som upplevt men även faktiskt socialt stöd [32]. Bristande socialt stöd ger generellt mer allvarliga reaktioner efter ett trauma [20]. Tillgång till resurser och relationer som främjar psykisk hälsa väger tungt i den positiva ”vågskålen” [80] och kvinnor som har ett gott socialt stöd har också färre negativa följdverkningar av misshandel jämfört med de kvinnor som har ett sämre socialt stöd [36]. En svensk studie fann också att ett gott socialt stöd eller en hög känsla av sammanhang i tillvaron bidrog till färre symtom efter utsatthet för våld [104]. Dessvärre visar andra studier att leva med våld i en nära relation ofta minskar möjligheterna till socialt stöd [35]. Vidare ökar socioekonomiska faktorer som arbetslöshet och långvarig sjukdom liksom fattigdom utsattheten och är ofta kopplade till mer allvarliga konsekvenser av trauman [20].

Sammanfattningsvis tycks det vara antalet faktorer, snarare än någon enskild egenskap, som är mest betydelsefull för att förutsäga individens motståndskraft [118, 124]. Detsamma gäller riskfaktorerna. Att hantera en enstaka riskfaktor, till exempel ekonomiska svårigheter, kan gå utmärkt framför allt om det finns positiva faktorer som ett gott stöd av mor- och farföräldrar och en god självkänsla. Om antalet riskfaktorer däremot ökar och det också handlar om att vara ensamstående och ta hand om flera barn, inte ha något arbete, ligga i vårdnadstvist och kämpa med egna och barnens upplevelser av våld, så blir det betydligt svårare. Barn som har växt upp med våld i hemmet, har en eller två missbrukande föräldrar, har haft det jobbigt att klara skolan och därför inte lyckats fullfölja den och börjat umgås med andra ungdomar som också har svårigheter av olika slag, löper en allvarligt förhöjd risk att anträda en utvecklingsväg som inte sällan leder till egen utsatthet för våld.

När det gäller utvecklingen av symtom på post-traumatisk stress (PTSD) pekar den senaste forskningen på att upplevd stress, och dissociation vid

själva traumat, har särskilt stor betydelse [134] medan utvecklingen av andra former av psykisk ohälsa och bristande föräldraförmåga är mera komplex. Risken för att "vågen" tippar över åt det negativa hållet (så att mamman utvecklar psykisk ohälsa eller hennes föräldraförmåga bryter samman) beskrivs då bäst i termer av balansen mellan "den totala belastningen" (= dos + sårbarhetsfaktorer hos mamman + riskfaktorer) och "motståndskraften" (= friskfaktorer och skyddsfaktorer inom och utom individen) [20, 21].

Det är värt att poängtera att större delen av forskningen som rör samband mellan olika miljöfaktorer och kvinnors reaktioner på våld i nära relationer är gjorda i USA, där den sociala ojämlikheten, relationen mellan könen och de samhälleliga stödsystemen skiljer sig avsevärt från hur det ser ut i Sverige. Det finns än så länge få svenska eller andra europeiska studier som de amerikanska forskningsresultaten kan jämföras med [154].

Mammor som drabbas av våld i nära relationer är mer utsatta än andra kvinnor

Situationen för mammor som utsatts för våld av sin partner skiljer sig från den som gäller kvinnor utan barn. Kvinnor med barn är oftare utsatta för våld än kvinnor utan barn [12] och mammor med yngre barn är överrepresenterade när det gäller gruppen kvinnor som utsätts för våld i en nära relation [28]. Majoriteten av våldsutsatta mammor i USA har barn under 12 år [26] och i en svensk undersökning hade drygt en tredjedel av mammorna barn under 7 år [151]. Speciellt bekymmersamt är det att barnet eller barnen i hög grad tycks vara i närheten när våldet pågår [4, 50]. Flera metaanalyser har också påvisat de negativa följdverkningar som våld mot mamman har på barnets mående och utveckling [59, 101, 165]. Studier har visat att det i omkring hälften av fal-

len är den biologiska pappan till barnet som utövar våld mot mamman [13, 95, 132]. Barnet har oftast någon form av boende eller umgänge med pappan, vilket gör att mamman i många fall tvingas till fortsatt kontakt med den som utsatt henne för våld; en kontakt som inte sällan ger upphov till stress och oro, då avslutningen av relationen i många fall inte innebär att våld och hot upphör [62]. En del studier visar att risken för våld kan öka, och till och med vara som störst efter separationen [27]. Andra studier pekar på att barnet eller barnen kan användas som ett sätt att försöka kontrollera eller hota mamman [13, 51]. En annan vanlig gemensam faktor för mammor är skuldkänslor över vad barnet/barnen har varit med om och oro över hur detta kan ha påverkat dem [106]. Ytterligare en utmärkande faktor för kvinnor som också är mammor är att de behöver hantera våldets påfrestningar och samtidigt upprätthålla sin föräldrafunktion. Den belastning det medför att utsättas för våld i en nära relation, kan göra mammor mindre känslomässigt tillgängliga för sina barn just i situationer när barnet behöver mamman som mest [4]. Barnets anknytningssystem aktiveras när det är med om skrämmande händelser, och det behöver då en känslomässigt tillgänglig och rimligt stabil omvårdnadsperson att rikta sitt anknytningsbehov mot. Mammor som är våldsutsatta och traumatiserade kan ha svårt att bistå sitt barn i just den situationen, dels för att de själva är offer för våldet och dels för att barnets upplevelser blir en smärtsam påminnelse om mammans egen utsatthet. Hur väl bearbetat ett trauma är har visats vara en faktor som har stor inverkan på föräldraförmågan [102].

Föräldraskapet är en viktig faktor att ta hänsyn till vid behandling av våldsutsatta mammor med anledning av den stora andelen mammor som har PTSD och den dokumenterat negativa inverkan PTSD har på föräldraförmågan [8, 33]. Detta understryks ytterligare av forskningsresultat som

pekar på föräldraförmågans betydelse för barnets återhämtning efter ett trauma [5, 68]. När det gäller våldsutsatta och misshandlade mammors föräldraförmåga är forskningsresultaten motstridiga. En del studier pekar på att mammans förmåga att vara inklämmande och ha barnets behov i fokus försämras i familjer där våld förekommer [33, 57, 110]. Andra studier talar dock för att mammor som misshandlats eventuellt kan kompensera för den otrygghet som våldet skapat genom att öka sin omsorg och omvårdnad [109, 112]. Några studier tyder på att föräldraförmågan tycks vara avhängig om våldet är pågående eller avslutat, och den tid som har förflutit sedan våldet [28, 51, 99].

Behandling för kvinnor/mammor som utsatts för våld

Internationella/Amerikanska studier

Behandlingsinsatser för kvinnor som utsatts för våld inbegriper ofta stöd att hantera traumatiska erfarenheter och stress, pedagogiska (psykoedukativa) inslag rörande våld och säkerhetsplanering. Effektiva insatser för mammor som utsatts för våld behöver troligtvis också innefatta någon form av stöd i föräldrarollen [106]. Mammor har olika förutsättningar och är olika sårbara för påfrestningar. De mammor som har fler riskfaktorer behöver troligtvis mer intensiva stödsatser [67]. Individuellt utformade och anpassade behandlingsinsatser har lyfts fram som något som är att föredra när det gäller traumabearbetning [20]. Det behöver dock inte betyda att en första insats med generellt fokus inte skulle kunna vara till hjälp och förbättra allmänt mående, även om en del av kvinnorna kan behöva ytterligare hjälp.

En av de få utvärderade behandlingarna riktade till kvinnor med PTSD som utsatts för våld är *Cognitive-Trauma-Therapy-for-Battered-Women* (CTTBW).

Behandlingen sker individuellt i form av 1 1/2 timme långa sessioner två gånger i veckan under två till tre månader. CTT-BW har hämtat flera behandlingselement från kognitiv beteendeterapi för PTSD, och anpassat dem för arbete med våldsutsatta kvinnor. Behandlingen utgår från en manual och momentens innehåll, form och ordning är strikt styrt. Författarna har själva liknat en behandlingssession vid en lektion eller föreläsning. Behandlingen innefattar information om PTSD, stresshantering och avslappningstekniker, bearbetning av traumat samt ett specifikt arbetssätt för att bedöma och sedan arbeta för att korrigera och komma till rätta med irrelevanta föreställningar om egen skuld och negativt självprat. Metoden har prövats i två välkontrollerade studier och resultaten var positiva [105-106]. PTSD och depression minskade hos kvinnorna och självkänslan ökade och behandlingseffekterna kvarstod vid tre och sex månaders uppföljning.

Help-to-Overcome-PTSD-with-Empowerment (HOPE) är också en form av individuellt utformad kognitiv beteendeterapi som har prövats i en studie utan jämförelsegrupp för kvinnor på ett kvinnojourboende [89, 90]. Behandlingen riktade sig till kvinnor som hade allvarliga posttraumatiska symptom. Behandlingen innefattade nio till tolv sessioner och utgick från en återhämtningsmodell där första steget handlar om att etablera skydd och självomhändertagande. Behandlingen var sedan inriktad på att förändra tanke- och beteendemässiga samt interpersonella svårigheter som vanligtvis följer av PTSD och som man tänker utgör ett hinder för kvinnorna att tillgodogöra sig de resurser samhället kan erbjuda för att uppnå säkerhet och trygghet. Metoden har prövats i en öppen studie och visat lovande resultat. Efter behandlingen hade kvinnorna tydligt reducerade symptom på PTSD och depression, och effekterna höll i sig vid uppföljningen efter 6 månader [89].

Cognitive-Processing-Therapy (CPT) är en behandling för symptom på PTSD som nyligen har

prövats för kvinnor som utsatts för interpersonellt våld [144]. Till skillnad från kognitiv beteendeterapi bygger metoden på att förändring framför allt sker genom att meningen som tillskrivs den traumatiska händelsen förändras. CPT-behandling sker efter ett strukturerat protokoll. Behandlingen startar med information om PTSD, därefter får klienten skriva en berättelse om traumat, som sedan läses upp och diskuteras. Klienten får sedan också lära sig att identifiera relationen mellan händelser, tankar och känslor. Traumaberättelsen läses upp under terapin och mellan behandlingstillfällena ska klienten läsa den för sig själv. Behandlingen med CPT innefattar en två timmar lång session en gång i veckan under totalt sex veckor som koncentreras kring kognitivt terapeutiskt arbete med dysfunktionella föreställningar och den nedskrivna traumaberättelsen. I berättelsen har de värsta händelserna man varit med om skrivits ner och de läses sedan upp och arbetas igenom med terapeuten för att utmana eventuella förvrängda slutsatser om den traumatiska händelsen och dess effekter på livet. I en utvärdering av metoden jämförde man CPT i sin helhet (kognitiv terapi och traumaberättelse) med de två ingredienserna var för sig. Kvinnorna fördelades slumpmässigt till de tre behandlingsalternativen och deras mående mättes före, under och efter behandling samt efter sex månader. CPT hade störst positiva effekter på kvinnornas grad av depression, posttraumatiska symtom, grad av ilska, ångest, skuld och skam jämfört med behandling med enbart kognitiv terapi respektive enbart skrivna traumaberättelser [144].

Ett rådgivningsprogram, *Community-Based-Advocacy*, har prövats för kvinnor i övergång från vistelse på kvinnojour till eget boende [153]. Kvinnorna träffade sina rådgivare, som utgjordes av specialtränade studenter, i genomsnitt två gånger i veckan i totalt drygt sex timmar per vecka under 10 veckor. Tillsammans med sin rådgivare formulerade kvin-

norna vad som var mest angeläget för dem att lösa vad gällde aktuell livssituation och därefter arbetade de tillsammans för att söka upp och få tillgång till stöd, information eller hitta lösningar. Det kunde röra att hitta en lägenhet, söka in på en utbildning, ordna med barnvakt, skjuts och transport till t.ex. stödverksamhet för barnet eller barnen. Kvinnorna som deltog i rådgivningsprogrammet jämfördes med en kontrollgrupp kvinnor som fick "stöd som vanligt", och de följdes upp under en tvåårsperiod. Kvinnorna i rådgivningsprogrammet upplevde mindre fysiskt våld och de uppfattade tillgången till socialt stöd och sin livskvalitet som bättre jämfört med kvinnor som fått behandling "som vanligt". Däremot var det ingen skillnad rörande grad av utsatthet för psykiskt våld eller depressivitet under tvåårsperioden [153].

En annan nyligen rapporterad intervention som genomfördes vid ett kvinnojoursboende var *ett stöd- och rådgivningsprogram för att förstärka copingförmåga och livssituation* som varade i medeltal fem veckor och innefattade fem rådgivande samtal och nio samordningsträffar (case management) rörande de våldsutsatta mammornas olika behov av stöd [127]. Rådgivningen gavs av kvinnliga socialarbetare som blandade element från olika behandlingsmodeller (kognitiv-beteende-, existentiell-, lösningsfokuserad samt familje-/systemteori), för att möta kvinnans specifika behov av stöd. Inget nämns om hur samordningsträffarna var upplagda. Resultaten visade på en ökad copingförmåga bl.a. rörande boende, ekonomi och hanterande av den före detta partnern. Däremot tycktes inte interventionen förbättra förmågan att hantera arbete/sysselsättning eller specifika familjeproblem, varför författarna konstaterade att kompletterande stöd rörande familjesituation och/eller föräldra-barnrelationen kunde behövas [127].

En mer uttrycklig fokusering på rollen som mamma och förälder har *Föräldraträningsprogram Project*

Support [125]. Det utformades speciellt för mammor på väg från vistelse på kvinnojour med barn som hade allvarliga utagerande beteendeproblem. Behandlingen, som varade under åtta månader, skedde i hemmet med en frekvens om cirka en gång per vecka under 1 1/2 timme. Behandlingsuppläget var flexibelt och anpassades till mammans livssituation, men i medeltal träffade mammorna behandlare vid 23 tillfällen. Interventionen innehöll två huvudkomponenter; Att ge mammor socialt och instrumentellt stöd och träning i problemlösning, ett inslag som har stora likheter med ovan nämnda Community-Based-Advocacy (rådgivningsstöd) och föräldraträning för att minska barnets uppförandeproblem. Föräldraträningen var pedagogisk och innefattade direkta instruktioner, praktiska övningar och feedback till mammorna, där omsorg och omvårdnad samt hantering av barnets beteendeproblem betonades. Programmet prövades i en välkontrollerad studie med uppföljning åtta månader samt två år efter att programmet avslutats. Mammorna som deltog i programmet hade en förbättrad föräldraförmåga och återvände i mindre utsträckning till sin före detta partner och barnen hade minskade symtom på psykisk ohälsa, jämfört med mammor och barn som fått ”stöd som vanligt” [125].

Ytterligare en form av behandling prövad med kvinnor som levt med psykologiskt våld och som avslutat sin relation till den misshandlande mannen är *Försoningsterapi* (Forgiveness Therapy) [140]. En grupp kvinnor fick behandling med fokus på hantering av ilska, gränsdragning samt sociala färdigheter och en grupp kvinnor fick Försoningsterapi. Kvinnorna matchades med avseende på ålder, antal år med våld och antal år sedan separation. Båda behandlingarna innebar timplånga sessioner en gång i veckan under fem månader till ett år (i medeltal knappt åtta månader). Behandlingar följde två olika behandlingsmanualer. I Försoningsterapi skiljer

man noga mellan förlåtelse och försoning. Terapin vill motverka en roll som offer med anklagande och förbittrat lidande. Den syftar inte till att förneka eller släta över det orättfärdiga och omoraliska i handlingarna som riktats mot mamman, något som ordet förlåtelse lätt kan väcka associationer till, utan till att erkänna och förlika sig med allas, även förövarens, grundläggande värde som människa trots det denne har gjort. Den bygger vidare på tankegången att arbeta för att göra eller själv skapa en mening i det lidandet som man utsatts för. Behandlingen inleds med att först definiera och skilja mellan förlåtelse and försoning, därefter omfattar den ett arbete med psykologiska försvar, ilska, skam och självanklagelser som följt av misshandeln. Därefter att sörja de förluster och den smärta som våldet orsakat. Studien fann att Försoningsterapi minskade kvinnornas ångest, depression och posttraumatiska stressymtom mer effektivt jämfört med den behandling som fokuserade på hantering av ilska, gränsdragning och sociala färdigheter [140].

Behandlingsinsatser i Sverige

De vanligaste behandlingsinsatserna i Sverige för mammor som utsatts för våld i en nära relation och deras barn är individuella krissamtal eller strukturerad pedagogisk gruppbehandling för mammor respektive barn [58]. Många av dessa stödinsatser har ett generellt fokus och riktar inte in sig på en viss typ av problem. De syftar snarare till att förbättra mammans och barnets fungerande i allmänhet. Det finns ett flertal program eller modeller för att stärka och hjälpa kvinnor som levt med våld i en nära relation. Få av programmen är utvärderade och många av de behandlingsinsatser som erbjuds är vagt utformade och det är sällan specificerat hur man arbetar. Det är också en av anledningarna till att insatserna har varit svåra att utvärdera [1]. Ingen svensk effektstudie

av behandlingsinsatser för våldsutsatta mammor eller kvinnor har rapporterats [7], men Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag initierat effektstudier av stödinsatser riktade både till de våldsutövande männen och de drabbade mammorna och barnen. Uppdragen ska redovisas till regeringen under 2010.

Behov av utvärdering av olika stödinsatser

Behovet av utvärderingsforskning och effektstudier har konstaterats internationellt och nationellt [1, 58, 119]. Det första försöket till kvantitativ effektutvärdering av psykosociala behandlingsinsatser för kvinnor som misshandlats genomfördes redan i mitten på 1980-talet i USA. I en genomgång av psykosociala behandlingsinsatser fann man nio studier [1]. Slutsatserna från genomgången var att det var svårt att dra några säkra slutsatser kring behandlingseffektivitet på grund av studiernas metodologiska brister. Sex av de nio studierna rörde gruppbehandling av kvinnor som utsatts för våld. I en senare översikt, rörande evidensbaserade interventioner riktade till kvinnor som utsatts för våld, konstaterades att olika sociala interventioner som t.ex. rådgivning och effekten av kvinnojoursboende, i bästa fall hade visat rimliga, men i många fall otillräckliga eller oklara resultat rörande effektivitet [119]. En nyligen publicerad systematisk översikt tar upp tio välkontrollerade studier av effekter av rådgivning till kvinnor som utsatts för våld i en nära relation. De utvärderade interventionerna bestod i nio fall av tio av icke-etablerade arbetsmetoder och genomfördes i huvudsak i USA. Metaanalysen visade att effekten av rådgivningsinsatser var svaga och inte nämnvärt förbättrade depression, ångest eller psykosocialt fungerande. Författarna rekommenderade att fler studier genomförs i olika miljöer med god utvärderingsmetodik. Vidare föreslogs längre utvärderingsperioder (minst

ett år) samt att teoretiskt förankrade arbetsmetoder utvärderas för att kunna bedöma vad som fungerar respektive inte fungerar [139].

Sammanfattningsvis finns idag ett starkt politiskt/samhälleligt intresse av att lyfta fram förekomsten av våld i familjen som en viktig faktor när det gäller mammors och barns psykiska hälsa och välbefinnande. Det finns också ett uttalat intresse för att bygga upp olika former av stödinsatser för de drabbade familjerna. Men det saknas i allt väsentligt ett kunskapsunderlag som stöd för politiker och andra beslutsfattare rörande viken/vilka typer av stöd som är mest effektiva.

Syftet med föreliggande studie är att bidra till kunskapsuppbyggandet genom att göra en första utvärdering av en av de existerande behandlingsinsatserna i Sverige för mammor som utsatts för våld av sin före detta partner. Studien syftar också till att generera hypoteser att pröva i en kommande nationell utvärderingsstudie av behandlingsinsatser till mammor och barn som levt med våld i familjen. Studien som är öppen dvs. utan jämförelsegrupp, har följande frågeställningar:

- Finns det faktorer relaterade till aktuell våldsutsatthet, nuvarande livssituation eller bakgrundshistoria som kan bidra till att förklara symtomnivå vid start av behandling respektive potentiella behandlingseffekter?
- Kan en psykosocial gruppbehandling för mammor som utsatts för våld av sin partner, förbättra mammornas allmänna välbefinnande, känsla av sammanhang, upplevda föräldraförmåga samt minska graden av traumasymtom?
- Vad tyckte mammorna om behandlingsprogrammet?

Beskrivning av Bojens mammaprogram

Verksamheten

Bojen är en ideell förening i Göteborg som vänder sig till barn och ungdomar mellan 4 och 19 år och deras mammor som utsatts för våld (fysiskt, psykiskt, sexuellt och/eller materiellt) av sin partner eller före detta partner boende i Göteborgs kommun. Verksamheten startade som ett projekt våren 2004, bl.a. mot bakgrund av en studie under åren 2000–2003 rörande situationen för mammor och barn som bodde på kvinnojourer i Göteborg [4]. Bojen leds av socionomer med mångårig erfarenhet av behandlingsarbete och verksamheten innefattar bl.a. krisorienterade samtal och gruppverksamhet för barn, ungdomar och mammor. Vid behov erbjuds även individuella samtal till de som går i gruppverksamhet. Gruppverksamheten för både barn och mammor bygger på det amerikanska programmet *Children are people too* (CAP) [76] för barn och ungdomar med föräldrar som missbrukar och som har egen risk för att utveckla alkohol- och/eller drogmissbruk. Programmet har reviderats och anpassats till problematiken våld i nära relationer, bl. a. på grund av att våld till skillnad från missbruk inte ses som en sjukdom.

Mammaprogrammet³ vid Bojen

Bojens mammaprogram innebär att mammorna deltar i en grupp tillsammans med andra mammor som utsatts för våld samtidigt som deras barn deltar i en barngrupp. Gruppverksamheten omfattar 15 träffar

med en träff varje vecka. Varje tillfälle är ca 90 minuter långt. Mammaprogrammet är utformat så att varje tillfälle innehåller ett bestämt tema och de olika tillfällena bygger på varandra i en sekvens. Varje tema presenteras och arbetas igenom på ett liknande sätt enligt behandlingstanken ”Se, Höra och Göra”. Teman under de första sju träffarna, återkommer under resterande träffar för att möjliggöra en fördjupning (tabell 1).

Mammaprogrammet har fokus på att ge information om våld, reaktioner vid våld och hur dessa kan påverka personen och relationerna i familjen samt ett arbete med den egna historien och föräldraskapet. Det är uppbyggt efter samma modell som barnprogrammet men startar normalt något före detta så att mammorna får möjlighet att vara beredda på barnens eventuella reaktioner och frågor. Mammaprogrammet har definierats som en pedagogisk psykosocial insats. Varje behandlingsgrupp består av sex–åtta mammor och leds av två kvinnliga gruppledare med lång erfarenhet av behandlingsverksamhet. Hädanefter kommer begreppen *mammaprogrammet*, *gruppprogrammet* och *behandlingsprogrammet* att användas synonymt.

Mammaprogrammets definition av 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 den vill.” (84).

³ Vid starten var det ett mammaprogram men det har under det senaste året reviderats till att vara ett föräldraprogram, då det också har använts med pappor som utsatts för våld av sin partner.

**Tabell 1. Innehållet i de 15 sessioner som utgör
Bojens mammaprogram**

1	Introduktion Skapa hopp, öka kunskap om våld, makt och kontroll
2	Känslor Undersöka egna känslor och reaktioner och kopplingar till tidigare erfarenheter
3	Gränser och Försvar Att lära sig värna om egna gränser och integritet
4	Våld Ge kunskap om hur våld påverkar familjen, barnet och föräldraskapet
5	Risker och Val Att våga ta risker för att utvecklas
6	Familjeroller Vilka finns och hur har de utvecklats?
7	Den egna personen Aktuell livssituation för sig själv och barnet, vad går att förändra, hantera, vad går redan bra?
8	Familjeträff Ge familjer möjlighet att träffa andra familjer
9	Vuxna Barn från dysfunktionella familjer Att se egna ofyllda behov
10	Sorgeprocessen Sorgereaktioner och sorgprocessens olika stadier
11	Våld Den som utövar våld är ensam ansvarig för våldet. Dela erfarenheter av våld
12	Kommunikation Hur kommunicerar man i familjen?
13	Makt och Kontroll Normaliseringsprocessen vid våld i familjen
14	Förändringsprocess Vad har förändrats och vad har man åstadkommit hittills?
15	Familjeträff och avslutningsfest



Uppföljningsstudien av Bojens mammaprogram

Tillvägagångssätt

Från hösten 2004 fram till årsskiftet 2006/2007 inkluderades mammor som deltog i gruppverksamheten vid Bojen i en öppen studie utan jämförelsegrupp. Under perioden hösten 2004 till årsskiftet 2006/2007 var det 110 mammor som kontaktade Bojen, varav personalen bedömde 75 som aktuella för att delta i mammaprogrammet. Två kriterier för att få delta i verksamheten var att mamman hade lämnat relationen till mannen som utsatt henne för våld och att hon inte hade någon känd missbruksproblematik. Dessa 75 mammor tillfrågades av personalen vid Bojen om de var intresserade av att delta i ett utvärderingsprojekt och 53 mammor (71%) tackade preliminärt ja. Dessa mammor fick fördjupad muntlig och skriftlig information om studien, och 42 mammor (56%) gav sitt samtycke till att delta i studien. De genomförde också en intervju kring livssituation och bakgrund samt skattade sitt eget psykiska välbefinnande och upplevda föräldraförmåga vid behandlingens start. Elva av de 53 mammorna påbörjade dock aldrig programmet och/eller genomförde inte den första mätningen. Efter behandlingens slut och ett år efter avslutningen av behandlingen skattade mammorna på nytt sin psykiska hälsa och upplevda föräldraförmåga. Vid mätningen efter behandlingens slut var 28 mammor med och vid uppföljningen ett år efter avslutat behandling deltog 27 mammor.

Intervjuerna med mammorna genomfördes av kvinnor i åldern 25–55 år som var eller höll på att utbilda sig till socionomer eller psykologer. Intervjuerna skedde i de flesta fall på verksamheten Bojen och vid några tillfällen hemma hos mamman. In-

tervju och självskattning tog i de flesta fall mellan en och två timmar. Intervjuerna spelades in på band och skrevs därefter ut ordagrant (transkriberades).

Instrument

Intervju om bakgrundsfaktorer

En halvstrukturerad intervju konstruerades; den innehöll uppgifter om mammans aktuella livssituation, relation till förövaren, hennes egen uppväxt, våldsutsatthet och fysiska skador till följd av misshandeln samt eventuell tidigare hjälp. Våldsutsatthet var en summering av vilka olika typer eller kategorier av våld som partnern riktat mot mamman, där poäng mellan 0–11 gavs beroende på hur utsatt mamman varit. Mammornas svar vad gäller utbildning, sysselsättning m.m. summerades till ett mått på socioekonomisk situation. Som jämförelse beträffande mammornas socioekonomiska situation (SES) användes dels en svensk grupp mammor, som utgjorde referensgrupp till föräldrar med barn med funktionshinder [133] och dels en grupp svenska kvinnor som var föräldrar till “vanliga barn” som gjorde kontrollbesök i tandvården [72].

Symtom på psykisk ohälsa

Symtom på psykisk ohälsa mättes med självskattningsformuläret *Brief Symptom Inventory* (BSI). BSI är en kortare version av SCL-90 som är ett internationellt väletablerat självskattningsformulär för detta ändamål [41, 42]. BSI innehåller sammanlagt 53 frågor fördelade på nio delskalor som speglar olika typer av svårigheter, till exempel depression, ångest, fientlighet, fobisk ångest och paranoidea tankar.

På varje fråga besvarar man hur mycket man har besvärats av symtomet ifråga de senaste sju dagarna genom att kryssa i på en 5-gradig skala där 0 motsvarar "inte alls" och 5 "extremt mycket". Genom att summera svaren på alla frågor och sedan dividera med antalet frågor får man ett mått på aktuella symptom på psykisk ohälsa (kallas *Globalt Svårighets Index*, förkortat GSI). Instrumentet kan differentiera individer utan och med psykopatologi och svenska normvärden för SCL-90 finns tillgängliga [64].

Symtom på traumatisk stress

Impact of Event Scale (IES) användes för att mäta mammornas symptom på traumatisk stress. IES innefattar 15 påståenden som personen skattar på 5-gradiga skalor (0 "inte alls" till 5 "extremt mycket") med avseende på hur mycket han/hon under den senaste veckan har kunnat känna igen sig i de olika påståendena [82]. IES har två delskalor som motsvarar de två huvudsymtomklustren vid post-traumatiskt stressyndrom (PTSD), "påträngande minnen" och "undvikande". Ett gränsvärde för dessa två skalor på 35 poäng har ibland använts som indikation på att personen troligen lider av PTSD och har behov av behandling [131]. Instrumentet har i många studier visats vara tillförlitligt och kunna skilja traumatiserade från icke traumatiserade personer [19, 93].

Upplevd livskvalitet

Känsla av Sammanhang (KASAM) är en självskattningsskala som antas återspegla i vilken grad en person upplever att det som sker i allt väsentligt går att förstå och förutsäga, att man har de resurser som krävs för att kunna hantera det som händer i tillvaron samt i vilken mån det upplevs meningsfullt och stimulerande att möta de utmaningar och krav som ställs. Vi använde KASAM som ett mått på upplevd livskvalitet. Frågorna skattas på en 7-gradig skala.

Till skillnad från många andra instrument mäter det graden av en "friskfaktor" [6]. En totalpoäng som ligger under 120 poäng har relaterats till sämre psykisk och fysisk hälsa [103]. En individs känsla av sammanhang antas vara förhållandevis stabil efter ungdomsåren även om känslan av sammanhang antas kunna förändras en del till följd av livsförändringar eller erfarenheter. Det finns också studier som tyder på att behandling kan ge större förändringar av känslan av sammanhang [75]. En förändring på mer än 10 procent har ibland använts som indikation på en faktisk förändring [161].

Upplevd föräldraförmåga

För att mäta mammornas upplevelse av föräldraförmåga i bemärkelsen hur de kunde påverka och styra sitt barn (*upplevd föräldrakontroll*) användes bland annat instrumentet *Parental Locus of Control (PLOC)*. Den version som användes var PLOC-15 som består av femton frågor vilka mäts på en 5-gradig skala från 1 till 5, med ett poängintervall mellan 15–75 poäng. Höga poäng indikerar hög upplevd grad av "hjälploshet" hos föräldern, det vill säga föräldern känner inte att han/hon har förmåga att påverka sitt barn. PLOC bygger på *Locus of Control teorin* och utvecklades i mitten av 1980-talet, översattes och bearbetades till svenska [73]. Som jämförelsegrupp användes en svensk referensgrupp av 229 "vanliga" mammor som beskrev sin upplevda föräldraförmåga i samband med att de besökte tandvården för sitt barns återkommande kontroll. I de fall mammorna som deltog i Bojens mamma-program hade flera barn beräknades ett medelvärde för mammans upplevelse av föräldrakontroll.

Vad mammorna tyckte om programmet

Hur mammorna uppfattade behandlingsprogrammet mättes med sex frågor som rörde t.ex. hur nöjd

man var med den givna insatsen och om man skulle rekommendera Bojens mammagrupp till andra i liknande situation. Frågorna hade 5 respektive 6 skalsteg vilket gav en totalpoäng mellan 6 och 35 poäng.

Intervjuernas grad av inre sammanhang (koherens)

För drygt hälften av mammorna, 23 stycken, genomfördes skattningar av intervjuernas grad av koherens [115]. Med detta menas om intervjutexten återspeglar en förmåga att berätta på ett sammanhängande sätt, så att den som lyssnar lätt kan följa med och får en bild av det som beskrivs. För bedömningen av koherens användes en skala ur anknytningsintervjun (AAI) [12]. AAI är ett välbeprövat instrument med god validitet [24]. Skalan *Coherence of transcript* i AAI, bygger på antagandet om fyra principer för att bedöma en berättelses begriplighet. Intervjupersonens svar på de frågor som ställs bedöms med avseende på en sammanvägning av svarens *kvantitet, kvalitet, relevans* och *uttrycks-sätt* på en 9-gradig skala. 5 poäng och över innebär att intervjun är rimligt begriplig och sammanhållen.

Intervjuerna med de 23 mammorna delades upp i två grupper beroende på bedömningen av graden av intervjuens koherens, en för de med 1–4 poäng (låg koherens) respektive en för de med 5–9 poäng (hög koherens). En jämförelse genomfördes därefter mellan de som hade en låg respektive hög koherens med avseende på skattningarna vid behandlingens start på BSI, IES, KASAM och PLOC.

Risikfaktorer

Enskilda riskfaktorer samt summan av antalet riskfaktorer undersöktes med avseende på deras eventuella samband med allmän psykisk ohälsa, traumasymtom, känsla av sammanhang, upplevda föräldraförmåga och eventuella behandlingseffekter. De riskfaktorer, utöver våldet som mamman utsatts för, som togs med i bedömningen var:

- att vara arbetslös eller långtidssjukskriven
- att ha en brottmålsutredning avseende misshandel, och därutöver kanske också en juridisk tvist rörande umgänge eller bodelning
- förekomst av allvarligt våld i familjen under uppväxten samt
- mammans bedömning av sin egen uppväxt som utsatt (0–4 på en skala 0–10).

Om någon av de fyra riskfaktorerna utöver våldet förelåg gavs 1 poäng på respektive riskfaktor. Beroende på hur många riskfaktorer som förekom gjordes en summering från 0–4 poäng för varje mamma. Om uppgift saknades klassades det som att denna riskfaktor inte förelåg. Summan av antalet riskfaktorer användes dels för att se om ett ökat antal riskfaktorer hängde samman med hur mamman mådde psykiskt, hur mycket traumasymtom hon hade, hennes känsla av sammanhang och hur hon upplevde sin föräldraförmåga. Summan av riskfaktorerna användes även i analysen för att se om dessa kunde bidra till att förklara behandlingseffekterna.

Tillvägagångssätt när uppgifter saknades

Mammor som fullföljde undersökningen respektive de där uppgifter saknades

Tjugo av de 42 mammor som började i Bojens mammagrupper genomförde samtliga mätningar. De benämns i resultatredovisningen nedan för *Gruppen-som-fullföljde*. Det var dock ytterligare 22 mammor som deltog i Bojens mammaprogram och de genomförde minst en av de tre undersökningarna. För att ta hänsyn till bortfallet av de mammor som inte deltog vid mätningen efter behandlingens slut och/eller 1 år efter behandlingens avslut, genomfördes också analyser baserat på samtliga 42 mammor som påbörjade behandlingen. Denna grupp kallas *De-som-påbörjade*. Den typ av analys vi använde i detta fall kallas på engelska *Intent-To-Treat* (ITT), och innebär att förmätningens värde ”följer med in-

dividen” när eftermättnings-, och uppföljningsvärdet saknas. Om uppföljningsvärdet saknades, men för- och eftermättningsvärdet fanns, användes eftermättningsvärdet även som uppföljningsvärde. I två fall där förmättningsvärdet saknades ersattes det av eftermättningsvärdet (förutsatt att det fanns både eftermättnings- och uppföljningsvärden).

Effekterna av behandlingen presenteras separat för *Gruppen-som-fullföljde* respektive *De-som-påbörjade*. I vissa fall presenteras bara resultat från *Gruppen-som-fullföljde*. De tjugo mammorna i den gruppen skiljde sig inte från de tjugotvå mammor som inte deltog vid alla mätningar vad gäller ålder, socioekonomiska faktorer, symtomnivå eller antal år som de varit utsatta för våld i sin nära relation.

Mammor som inte fullföljde behandlingsprogrammet

Av de 42 mammorna fullföljde 32 mammor (76%) mammaprogrammet, det vill säga de hade en närvaro motsvarande minst 80 procent av träffarna. De mammor som inte fullföljde behandlingen, skiljde sig vid behandlingsstarten inte från dem som fullföljde behandlingen vad gällde traumasymtom, upplevd känsla av sammanhang eller föräldraförmåga, och inte heller rörande våldsutsatthet, riskfaktorer, ålder eller socioekonomisk status. Det fanns dock en tendens att mammorna som avbröt deltagandet i programmet hade en något högre självskattad psykisk ohälsa vid behandlingsstart. Oavsett om dessa mammor tas med eller inte i de beräkningar som görs kvarstår de effekter som kan påvisas.

Statistiska analyser

För att beräkna eventuella skillnader mellan olika mätningar och sambanden mellan olika variabler på grupp-nivå har vi använt ”sedvanliga” statistiska metoder. Vilka dessa är, och hur vi gått tillväga, redovi-

sas i *appendix 1*. För att försöka bedöma vilken nytta enskilda mammor kan antas ha haft av programmet, till skillnad från mammorna som grupp, har vi gjort vissa mindre vanliga beräkningar. Principerna för detta redovisas nedan.

Reliabelt förändringsindex och Individuella behandlingsutfallsprofiler

För de 20 mammorna i *Gruppen-som-fullföljde* beräknades ett tillförlitligt förändringsindex (RCI) för varje person med hjälp av den så kallade JT-metoden [86]. Metoden tar hänsyn till två saker när man undersöker om en behandling har en tydlig effekt på individnivå. Först beräknas om individens förändring från före till efter behandling är statistisk signifikant (alltså inte beror på slumpmässig variation eller mätfel). Därefter bedöms var individens mätvärde ligger i förhållande till ett gällande gränsvärde för instrumentet ifråga. Ett gränsvärde bygger på att klienter som är i behov av behandling eller har vissa problem kan sägas tillhöra en grupp (så kallad *dysfunktionell grupp*), som när det gäller den variabel som undersöks skiljer sig från en annan grupp, nämligen ”personer i allmänhet” (så kallad *funktionell grupp*). För att bedömas som en positiv förändring av klinisk betydelse behöver t.ex. individens symtomnivå tydligt förbättras och allra helst hamna i nivå med ”personer i allmänhet” efter behandling. Om inget vedertaget gränsvärde finns för ett instrument beräknas ett sådant. Det finns olika sätt att beräkna ett gränsvärde och om det finns normvärden baserade på hur ”personer i allmänhet” (*funktionell grupp*) svarar på instrumentet ifråga, rekommenderas att använda ett vägt värde som ligger mitt emellan den dysfunktionella respektive funktionella gruppens medelvärden.

Sammanfattningsvis innebär ett tillförlitligt förändringsindex (RCI) alltså att en individs förändring från före till efter behandling inte bara ska vara

statistiskt utan också kliniskt signifikant för att värderas som en förändring som är av betydelse för om personen i fråga upplever att hon har/inte har förändrats "tillräckligt mycket".

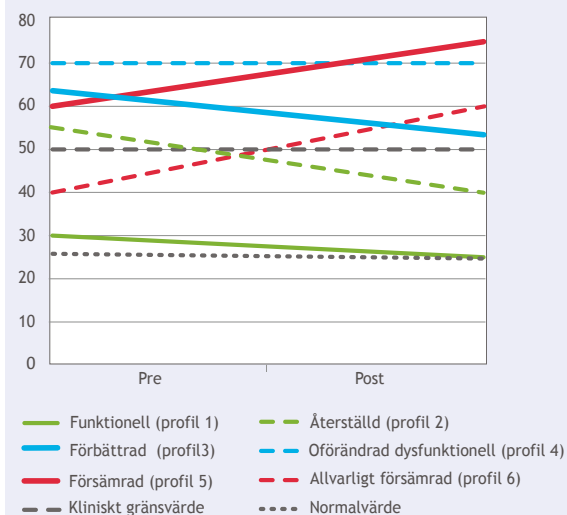
För BSI, IES och KASAM finns föreslagna gränsvärden för symtom på klinisk nivå, varför dessa användes. För PLOC beräknades ett gränsvärde enligt tillvägagångssätt C i JT-metoden vilket gav ett gränsvärde på 28,6.

Tillförlitligt förändringsindex (RCI) från förtill eftermätning

Först beräknades det tillförlitliga förändringsindexet (RCI) mellan varje enskild individs värde på respektive instrument vid start av behandlingen och direkt efter behandlingen enligt JT-metoden. Därefter klassificerades individerna dels utifrån deras RCI, dels hur deras mätvärden låg i förhållande till gällande gränsvärde på respektive instrument. De som låg under det gränsvärdet klassificerades som tillhörande gruppen "Utan uttalade symtom" (profil 1; *Funktionell*). Individer klassificerades som att de har fått en tydlig behandlingseffekt om de gick från att ha legat över nivån för symtom på klinisk nivå och tillhört en dysfunktionell grupp till att ligga under gränsvärdet och tillhöra den funktionella gruppen "Tydlig behandlingseffekt" (Profil 2; *Återställd*). De som vid start av behandling hade symtom på klinisk nivå och som sedan förbättrades men ändå inte understeg gränsvärdet klassades som "Förbättrad men fortfarande uttalade symtom" (Profil 3; *Förbättrad*). De som inte hade någon tillförlitlig förändring mellan mättillfällena och tillhörde den dysfunktionella gruppen (dvs. låg över gränsvärdet) klassades som "Oförändrad dysfunktionell" (Profil 4; *Oförändrad dysfunktionell*). En negativ utveckling under behandlingens gång,

Figur 1. Möjliga behandlingsutfallsprofiler för mätning före – efter baserade på RCI och kliniskt gränsvärde.

(Att tillhöra en dysfunktionell grupp innebär att man överstiger eller understiger – beroende på instrumentets skala – ett bestämt gränsvärde).



d.v.s en förvärrad symtomnivå efter behandlingen, klassificerades som "Försämrad" (Profil 5; *Försämrad*). En negativ utveckling som gick från att ha tillhört den funktionella gruppen och ha ett begränsat behov av behandling till att ha försämrats och tillhöra den dysfunktionella gruppen och ha ett behov av behandling klassificerades som "Från funktionell till uttalade symtom" (Profil 6; *Allvarligt försämrad*).

Som framgår av figur 1 visas i figurerna också det kliniska gränsvärdet och ett tänkt "normalvärde" för respektive instrument, för att åskådliggöra hur mammornas utveckling förhåller sig till jämförelsevärdena. Behandlingsförloppet delades upp i två steg:

1. Utvecklingen från före till direkt efter behandling.
2. Utvecklingen efter behandlingen till ettårsuppföljningen för att bland annat se om eventuella behandlingseffekter kvarstod.

RCI från eftermätningen till ettårsuppföljningen

Individens enskilda värde vid uppföljningen ett år efter behandlingens avslut bedömdes i förhållande till värdet direkt efter behandlingen enligt samma metod som beskrivits ovan. Därefter bedömdes åter hur individernas mätvärden förhöll sig till det kliniska gränsvärdet. Individerna klassificerades sedan utifrån eventuell förändring från eftermätningen till ettårsuppföljningen. Därmed skapades ett utfallsrum med 32 möjliga behandlingsutfallsprofiler för mätpunkterna pre-post-1 år (*appendix 2*). Individer som hade samma typ av profil slogs ihop, och ett

medelvärde beräknades för respektive profilklass. Antal personer i respektive klass redovisas i figurerna. I de fall en förändring inte var signifikant men innebar att den rörde sig under eller över gränsvärdet, bedömdes personen tillhöra samma grupp som vid det tidigare mättillfället. I de få fall där en positiv eller negativ förändring inte var signifikant mellan för- och eftermätningen eller mellan eftermätningen och ettårsuppföljningen, men mätvärdet hade rört sig i någon riktning över gränsvärdet och förändringen mellan förmätningen och ettårsuppföljning var säkerställd bedömdes det som en förändring.

Resultat

Mammornas situation och bakgrund

Mammor som började i Bojens mammaprogram var i genomsnitt 39 år gamla med en variation från 29 till 53 år. De allra flesta var ensamstående, men en mamma hade träffat en ny man och två mammor hade fortfarande en relation med den man som utsatt dem för våld, fast de inte bodde tillsammans. Hälften av mammorna var födda i Sverige, övriga kom från Europa och världen utanför Europa. En dryg tredjedel av mammorna var arbetslösa eller långtidssjukskrivna, (>6 månader). De övriga arbetade, studerade eller var föräldralediga. Samtliga mammor hade gymnasieutbildning och knappt 40 procent hade dessutom läst minst ett år på högskola eller universitet. En beräkning av mammornas socioekonomiska status (SES) med måttet Hollingshead index (baserat på utbildning och yrke/sysselsättning) var för gruppen som helhet 31, vilket är förhållandevis lågt. Gränsen för låg SES mätt med detta instrument anses ligga vid 30, och 54 procent av mammorna låg på eller under detta värde. Det som framförallt skiljde mammorna i Bojens mammaprogram från svenska kvinnor i allmänhet var att de i större utsträckning var arbetslösa eller långtidssjukskrivna, vilket kraftigt bidrog till deras låga poäng avseende socioekonomisk status.

De flesta mammorna (78%) hade förtroende för och kände att de kunde lita på någon professionell myndighetsperson som de hade eller tidigare hade haft kontakt med. Så gott som alla mammorna (98%) hade kontakt med sin ursprungsfamilj och de allra flesta hade minst en nära vän (90%).

Våldet som mammorna hade utsatts för

I genomsnitt hade mammorna levt i sju år i relationen där de varit utsatta för psykiskt, fysiskt och/eller sex-

Tabell 2. Mammornas bakgrund (N=42)

		Medel- värde	Standard- avvikelse
Ålder		39	6
Antal år med våld		7	5
SES		31	13
Antal ggr misshandlats		≥25	
		Antal	%
Utbildning	Gymnasiet	26	63
	Universitet/högskola	15	37
Härkomst mamma	Inte född i Sverige	19	46
	Född i Sverige	22	54
Sysselsättning	Arbetar/studerar/ föräldraledig	24	65
	Arbetslös	9	24
	Långtidssjukskriven	4	11
Civilstånd	Ensamstående	38	93
	Sambo/gift	3	7
Juridisk process	Ingen juridisk process	14	34
	Åtal/rättegång, misshandel och eventuell tvist	18	44
	Bodelnings- och/eller vårdnadstvist	9	22
Härkomst förövare	Inte född i Sverige	21	51
	Född i Sverige	20	49

uellt våld. Variationen var dock stor i gruppen; från mindre än ett år till upp till 20 år. Över hälften av mammorna (60%) uppgav att de hade misshandlats fysiskt vid mer än 25 tillfällen medan 20 procent hade blivit misshandlade fler än tre men färre än 25 gånger. En mindre grupp mammor (20%) uppgav att de blivit misshandlade vid ett till tre tillfällen. Mammorna hade i genomsnitt utsatts för sju olika typer av våldshandlingar, (tabell 3). För alla utom tre av mammorna hade misshandeln resulterat i flera olika, mer eller mindre allvarliga skador. I genomsnitt hade mammorna drabbats av fyra olika skador till följd av våldet (tabell 3).

Två tredjedelar (62%) av mammorna uppgav att de fått "annan skada", vilket var allt från psykiska skador, missfall, värk i olika former, sönderrivna kläder

Tabell 3. Olika typer av våldshandlingar mammorna utsatts för och vilka fysiska skador de fick

Våldshandlingar	% Ja	Fysiska skador	% Ja
Kränkande tillmälen	90	Blåmärken	74
Hot med ord	93	Svullnader	62
Hot med föremål	55	Skrubbsår	45
Knuffar	81	Öppna sår	29
Slag med öppen hand	62	Benbrott	10
Fysiskt tvång	57	Avdraget hår	43
Slag med knuten näve	48	Inre skador	36
Sparkar	55	Bestående men	26
Slag med föremål	43	Skador på tänder	14
Sexuella övergrepp	48	Annan skada	64
Strypgrepp	50		

* Procenttalen summerar inte till 100 eftersom (nästan) alla mammor varit utsatta för flera olika våldshandlingar och erhållit fler än en skada.

till mer bestående kroppsskador som whiplashskada, nedsatt hörsel och diskbräck.

Mammorna tillfrågades om vad som var det allra värsta som den misshandlande mannen utsatt dem för. Knappt två tredjedelar uppgav att det psykiska våldet var värst. Det rörde sig om ständiga kränkningar, att få höra att hon var usel och dålig, nedvärderande tillmälen, hot om våld och hot om att skada barnet/barnen.

"Efter några år gjorde det inte ont, bara kränkningarna. Det värsta var när dottern gick emellan, då kunde man inte skydda sig, måste skydda henne. Det värsta var när vi fick åka iväg utan skor."



"Den psykiska misshandeln, det försvinner inte, inskränkt mitt liv, pressat mig att göra saker, nedvärderat mig, att jag inte kan något."



*"Att han slog mig när jag väntade barn, när han försökte strypa mig och jag trodde jag skulle dö."
"En gång, jag trodde han skulle slå ihjäl mig, skedde i ett hus i land X, fanns inga andra nära då."*

Drygt en tredjedel (38%) av mammorna uppgav att det fysiska våldet var värst. Bland dem var återkommande exempel strypgrepp och sexuellt våld.

Av mammorna hade 23 procent aldrig varit i kontakt med någon kvinnojour, 30 procent hade varit på en kvinnojour vid ett tillfälle och nästan hälften (48%) hade varit på någon kvinnojour mer än en gång. De allra flesta (88%) uppgav att de också hade fått eller sökt annan hjälp på grund av det våld de varit utsatta för.

Förövaren

I cirka hälften av fallen var förövaren och mamman från samma land (53%) medan övriga var födda och uppvuxna i olika länder. Hälften av förövarna (51%) var födda utanför Sverige. Förövaren var i 81 procent av fallen biologisk pappa till barnet eller barnen. Två tredjedelar av mammorna (71%) uppgav att männen även hade utsatt barnet/barnen för våld.

Två tredjedelar av mammorna var inblandade i någon form av juridisk process med förövaren. För 44 procent av mammorna gällde processen åtal för misshandel (och eventuellt tvist) och för 22 procent var det en tvist rörande vårdnad och/eller bodelning. En tredjedel av mammorna var inte inblandade i någon juridisk process överhuvudtaget.

Tidigare våldsutsatthet

Mammorna tillfrågades också om de varit utsatta för våld under uppväxten, och 25 mammor berättade att de hade varit det. Förövaren var i de allra flesta fallen en vuxen i familjen (mamma, pappa eller en styvförälder). 15 av mammorna (38%) hade utsatts för allvarligt våld (upprepade fysiska bestraffningar, allvarliga hot och sexuella övergrepp). Till mindre allvarligt våld räknades till exempel att mamman vid något enstaka tillfälle hade fått en örfil, blivit luggad eller tagen hårt i

Tabell 4: Mammors utsatthet för våld under barndomen (n=40)

	Antal	%
Inget våld	15	38
Våld från en vuxen utanför familjen eller jämnårig	3	8
Mindre allvarligt våld från vuxen i familjen	7	18
Allvarligt våld från vuxen i familjen	15	38

armen (tabell 4). Mammans härkomst hade inget samband med hur mycket våld hon utsatts för under uppväxten.

I drygt hälften av fallen (53%) var det mammans pappa eller styvpappa som var förövaren. I en dryg fjärdedel (27%) av fallen var det mammans mamma som var den som utsatt henne för våld, medan en femtedel av mammorna utsatts för allvarliga kränkningar, övergrepp, hot och våld av båda föräldrarna under barndomen.

Hur mårde mammorna vid behandlingens start?

Allmän psykisk ohälsa (BSI)

De 42 mammorna som började i Bojens mamma-program hade som grupp en hög belastning av allmänna symtom på psykisk ohälsa ($M = 1.51$, $SD = 0.73$). Mammorna mårde betydligt sämre än svenska kvinnor i allmänhet. Mammorna som deltog i Bojens mamma-program hade som grupp symtomnivåer som låg i nivå med patienter i psykiatrisk öppenvård. Vid behandlingens start hade 80 procent av mammorna som deltog i Bojens mammagrupper mer symtom än den nivå som indikerar hög sannolikhet för psykiska svårigheter och som kräver behandling.

Traumasyntom (IES)

Mammornas traumasyntom låg i medeltal relativt högt ($M = 30.34$, $SD = 17.01$). Nästan hälften av mammorna (41%) låg på eller över gränsen där man

Tabell 5: mammornas symtom på traumatisk stress (IES)

Symptomnivå	IES Total	Påträngande minnen	Undvikande
	%	%	%
Hög	41	24	38
Medium	7	52	33
Låg	52	24	29

bedömer att personen behöver behandling för sina symtom (35 poäng). En fjärdedel av mammorna (24%) hade en hög symtomnivå på delskalan Påträngande minnen och 38 procent hade höga poäng på delskalan Undvikande (tabell 5). Mammornas traumasyntom var klart mer omfattande än normeringsgruppen i USA, och även om man jämför med personer med tidigare traumahistorik hade mammor från Bojen betydligt mer symtom⁴.

Känsla av sammanhang i tillvaron (KASAM)

Knappt hälften av mammorna (43%) som började Bojens mamma-program hade en låg känsla av sammanhang och gruppens medelvärde var klart lägre ($M = 124.0$, $SD = 19.3$) jämfört med svenska kvinnor "i allmänhet"⁵.

Hur mammorna uppfattade sin förmåga att styra och påverka sitt barn (PLOC)

Generellt skattade mammorna sin egen förmåga att styra och ha kontroll över sitt barns beteende lågt, och resultatet indikerade en hög grad av upplevd hjälplöshet ($M = 32.9$, $SD = 8.1$). I jämförelse med mammor i en svensk referensgrupp upplevde mammorna på Bojen sig ha betydligt mindre möjlighet att påverka och leda sitt barn. Upplevd föräldrakontroll (PLOC) hade inte något samband med hur mammorna mårde psykiskt (BSI, IES eller KASAM).

⁴ Briere & Elliott, 1998

⁵ Hansson & Olsson, 2001

Risikfaktorer

De flesta mammor (79%) hade utöver det aktuella våldet också varit utsatta för andra riskfaktorer för deras psykiska hälsa. Två av dem hade utsatts för samtliga fyra riskfaktorområden. Nio mammor (21%) hade inte utsatts för någon riskfaktor utöver våldet.

Samband mellan bakgrundsfaktorer och symtom

Mammor som var involverade i en juridisk process med den misshandlande mannen hade fler symtom på traumatisk stress (IES) och mer symtom på psykisk ohälsa i allmänhet (BSI). Däremot hängde inte mammornas utsatthet för allvarligt våld eller annan utsatthet i familjen under uppväxten samman med deras psykiska symtom eller upplevda föräldrakontroll. Att vara arbetslös eller långtidssjukskriven var tydligt förknippat med en lägre känsla av sammanhang och en lägre upplevd föräldrakontroll hos mammorna.

Hur mycket våld mammorna varit utsatta för hade betydelse för hur mycket traumasymtom de led av, men däremot inte för deras allmänna psykiska hälsa, känsla av sammanhang eller upplevda föräldrakontroll. Mammor som svarade att de hade varit utsatta för flera olika sorters våld hade mer traumasymtom än de som fått mindre våld riktat mot sig.

Intervjuernas inre sammanhang (koherens)

Cirka två tredjedelar av intervjuerna (N = 16) hade låg koherens, vilket innebar att intervjutexten inte återspeglade en sammanhängande berättelse, den som läste den utskrivna intervjun hade därmed svårt att följa med och få en bild av det som beskrevs. Sju intervjuer (30%) hade en medelhög koherens, men ingen intervju utmärktes av hög koherens enligt skattningen. Två tydliga skillnader mellan grupperna kunde påvisas. Mammor vars intervjuer hade hög koherensskattning hade lägre symtombelastning på BSI och en högre känsla av sammanhang i tillvaron mätt med KASAM. Korrelationen mellan graden av

koherens och KASAM var signifikant, däremot var den inte det mellan graden av koherens och BSI. Det fanns inget samband mellan mammornas grad av traumasymtom (IES) eller upplevd föräldrakontroll (PLOC) och hur koherenta deras intervjuer skattades.

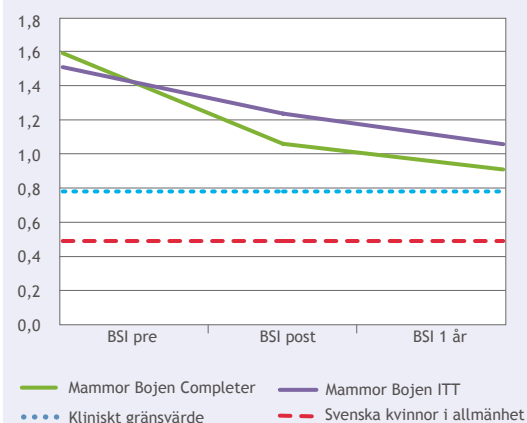
Hur mädde mammorna direkt efter samt ett år efter avslutad behandling?

Allmänt psykiskt tillstånd

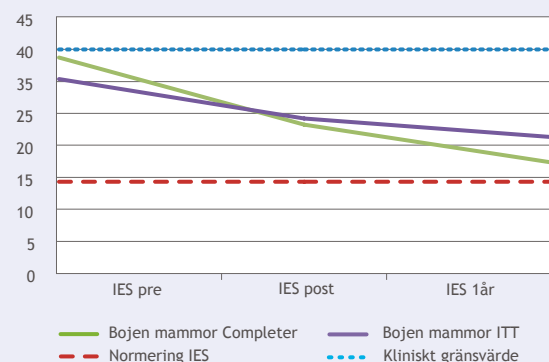
De 20 mammorna som fullföljde hela studien mädde klart bättre och hade betydligt färre symtom på psykisk ohälsa, både direkt efter behandling och vid uppföljningen ett år efter behandlingsstart (figur 2). Behandlingen hade alltså, genomsnittligt sett, en god effekt. Symtomnivån förändrades också över tid. Andelen mammor som hade så många symtom på psykisk ohälsa att de skulle ha varit i behov av behandling sjönk från 84 procent vid behandlingens start till 50 procent ett år senare.

Även när man ser till gruppen som helhet (ITT-analyserna, n = 42) hade mammorna betydligt färre psykiska symtom efter programmet slut och ett år efter programstarten. I jämförelse med svenska kvinnor i allmänhet hade de dock fortfarande höga symtomnivåer, och medelvärdet låg över gränsvärdet för behandlingsbehov (figur 2).

Figur 2. BSI-värden vid behandlingsstart, efter behandling och ett år efter avslutad behandling
Kliniskt gränsvärde=0,78, Svenska kvinnor (n=0,78, M=0,49, SD=0,44).



Figur 3. IES-värden vid behandlingsstart, efter behandling och ett år efter avslutad behandling
Kliniskt gränsvärde (35p) och Normgrupp kvinnor och män i USA, (n=498, M=14,3, SD=17).

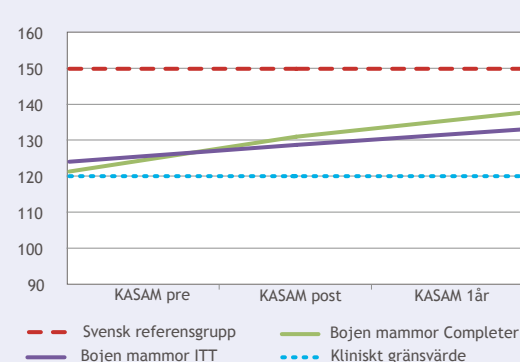


Traumasyntom

Traumasyntomen minskade avsevärt hos de mammor som fullföljde hela studien. Symtomnivån låg klart lägre efter behandling och ett år efter behandlingsstart (figur 3). Allvaret i graden av rapporterade traumasyntom förändrades också. Vid behandlingens start hade mer än en tredjedel (42%) av mammorna en totalpoäng som översteg den nivå där man rekommenderar behandlingsinsatser, medan endast 10 procent av mammorna hade det ett år efter behandlingsstart. Drygt en fjärdedel av mammorna (26%) hade vid behandlingens start en hög nivå av symtom som överväldigande känslor, plötsliga påträngande traumatiska minnesbilder (så kallade flashbacks) och mardrömmar, vilka sammanfattas i delskalan *Påträngande minnen*. Var tionde mamma hade fortsatt höga nivåer av påträngande minnen ett år efter behandlingens start. Även undvikande symtom, som t.ex. känslor av överklighet, att det man har varit med om aldrig har hänt, känslomässig stumhet och frusen likgiltighet, minskade betydligt över tid. Från att nästan hälften av mammorna vid behandlingens start hade en symtomnivå som klassades som hög (47%), hade endast 5 procent en fortsatt hög grad av undvikande symtom ett år efter behandlingen.

Även uppföljningen av hela gruppen mammor (ITT-analyserna) visade en klart lägre grad av traumasyntom efter behandlingen och vid 1-årsuppföljningen.

Figur 4. KASAM-värden vid behandlingsstart, efter behandling och ett år efter avslutad behandling
Kliniskt gränsvärde (120) och svensk referensgrupp kvinnor (n=438, M=149,8, SD=18,6).

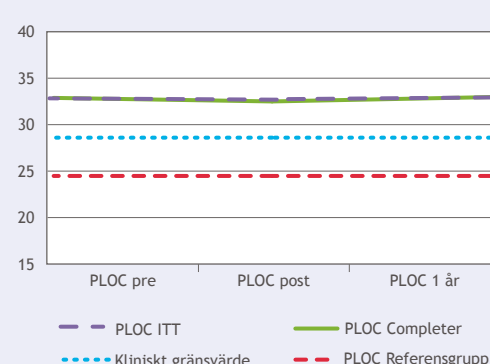


Känsla av sammanhang i tillvaron - KASAM

Bland mammorna som fullföljde hela studien (n = 20) ökade känslan av meningsfullhet, begriplighet och förutsägbarhet i tillvaron efter behandlingen, och effekten kvarstod ett år efter avslutad behandling (figur 4). Knappt hälften av mammorna (47%) hade ett lågt KASAM vid behandlingens start medan endast 20 procent hade det ett år efter behandlingens avslut. Andelen av mammorna som hade en god känsla av sammanhang i tillvaron gick från 53 procent när de började Bojens program till 80 procent ett år efter behandlingens avslut.

Motsvarande utveckling, det vill säga en ökande känsla av sammanhang efter behandling och vid ettårsuppföljningen, fanns för gruppen som helhet (n = 42) (figur 4).

Figur 5. PLOC-värden vid behandlingsstart, efter behandling och ett år efter avslutad behandling
Gränsvärde (29) och svensk referensgrupp (n=229, M=24,48, SD=6,83).



Upplevd föräldraförmåga (PLOC)

Mammorna som deltog i Bojens program skattade sin möjlighet att påverka och styra sina barn som betydligt sämre än vad mammor i allmänhet gör, vilket visade sig i avsevärt högre värden än referensgruppen (figur 5). Det skedde inte heller någon förändring i detta under tiden de deltog i föräldraprogrammet om man ser till gruppen som helhet.

Individuella behandlingsutfallsprofiler (tillförlitligt förändringsindex RCI)

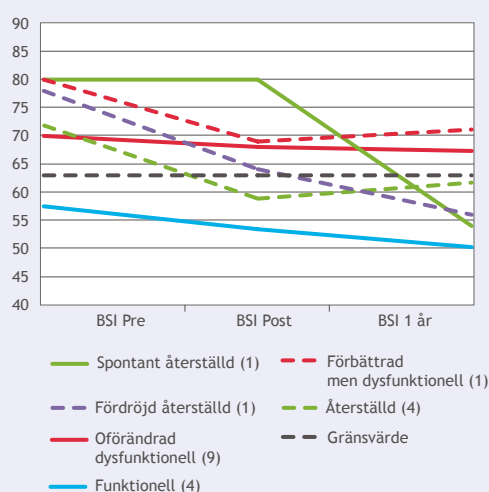
Beskrivningen av mammorna som grupp riskerar att dölja viktiga skillnader mellan enskilda mammor, och i vilken mån respektive individ har haft nytta av, eller i värsta fall verkar ha tagit skada, av Bojens mammaprogram. Beräkningen av RCI (se kapitel 3) förutsätter att individen deltagit vid samtliga mätillfällen, därför är dessa beräkningar enbart gjorda på de 20 mammor som ingår i *Gruppen-som-fulföljde*.

Allmän psykisk ohälsa

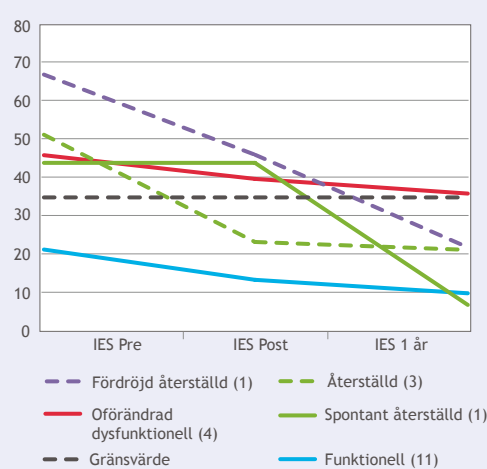
När man ser till hur mammorna rapporterade sin psykiska ohälsa (BSI) vid de tre undersökningstillfällena

kan man se sex skilda utvecklingslinjer (figur 6). Fyra mammor (20%) hade vid alla undersökningstillfällen, såväl före som efter behandlingen och vid ettårsuppföljningen, få symtom på psykisk ohälsa. För lika många mammor (4 = 20%) kan behandlingen sägas ha resulterat i en tydlig förbättring. Innan behandlingen hade de symtomnivåer över gränsvärdet för psykisk ohälsa, och efter behandlings slut hade symptomen minskat tydligt och låg under gränsvärdet. Den positiva effekten kvarstod också ett år efter påbörjad behandling. En mamma hade vid behandlingens slut fortfarande en hög symtomnivå men en positiv utveckling under behandlingens gång hade skett och vid uppföljningen ett år senare hade denna positiva utveckling fortsatt så hennes psykiska symtom då var klart förbättrade och låg under gränsvärdet. En annan mamma förbättrades inte under behandlingstiden men uppvisade vid uppföljningen en klart lägre symtomnivå som låg under gällande gränsvärde. Ytterligare en mamma hade en positiv utveckling under behandlingen men nådde ändå inte under det kliniska gränsvärdet. För nio mammor (45%) hade behandlingen däremot ingen positiv effekt vad gäller graden av psykisk ohälsa, vare sig efter behandlingstidens slut eller vid ettårsuppföljningen.

Figur 6. Individuellt behandlingsutfall avseende BSI
Globalt index är omvandlat till T-poäng.
T50 innebär att man ligger precis i mitten på en fördelning.



Figur 7. Individuellt behandlingsutfall avseende IES
Gränsvärde klinisk nivå, 35 poäng (summering av delskalorna Påträngande minnen och Undvikande).



Traumasyntom

Mammornas utveckling när det gäller symtom på traumatisk stress följde fem skilda utvecklingslinjer (figur 7). Elva mammor (55%) hade inga uttalade posttraumatiska symtom, de låg vid alla tre mätillfällena under gränsvärdet. För tre mammor (15%) kan behandlingen sägas ha haft en tydlig och kvarstående positiv effekt. Deras traumasymtom minskade påtagligt från nivån då de hade behov av behandling till under den nivån. En mamma hade vid behandlingens slut fortfarande en hög symtomnivå, men en positiv utveckling hade skett och vid uppföljningen ett år senare hade den positiva utvecklingen fortsatt så att hennes symtomnivå hade sänkts under det kliniska gränsvärdet. En annan mamma förbättrades inte under behandlingstiden men uppvisade vid uppföljningen en klart lägre symtomnivå som också låg under gällande gränsvärde. Fyra mammor (20%) med höga nivåer av traumasymtom fick inget nämnvärt positivt resultat av behandlingen, och det skedde inte heller någon förändring till det bättre till ettårsuppföljningen.

Livskvalitet mätt som känsla av sammanhang

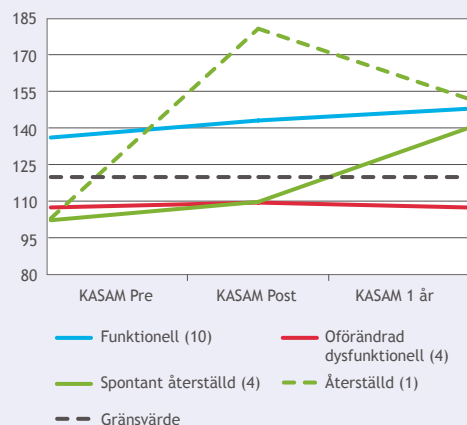
Tio av mammorna (50%) hade redan när de påbörjade mammaprogrammet en god känsla av sammanhang i tillvaron, och de låg klart över gränsvärdet på

KASAM vid alla tre mätillfällena. För en mamma kan Bojens mammagrupp sägas ha haft en tydlig effekt när det gäller en ökad känsla av sammanhang och meningsfullhet i tillvaron. Fyra mammor (20%) förbättrades inte under tiden som mammagruppen pågick men uppvisade vid uppföljningen klart högre värden, med god känsla av sammanhang. Fyra mammor (20%) hade en låg känsla av sammanhang i tillvaron både före och direkt efter mammagruppen och vid ettårsuppföljningen (figur 8).

Kombinationer av psykisk ohälsa (BSI), traumasymtom (IES) och livskvalitet (KASAM)

Fyra av mammorna (20%) som deltog i Bojens program hade utsatts för våld men skattade trots det sitt eget mående som ganska gott. De hade en stabil profil på alla instrument (BSI, IES och KASAM) och rapporterade såväl en god känsla av sammanhang som låga nivåer av psykiska symtom och traumasymtom vid alla tre mätillfällena. Det var också fyra mammor (20%) som hade låg känsla av sammanhang och höga nivåer av symtom på psykisk ohälsa när de började i Bojens program vars mående inte förbättrades. De hade ett oförändrat dåligt mående efter behandlingen och vid ettårsuppföljningen på minst två av instrumenten.

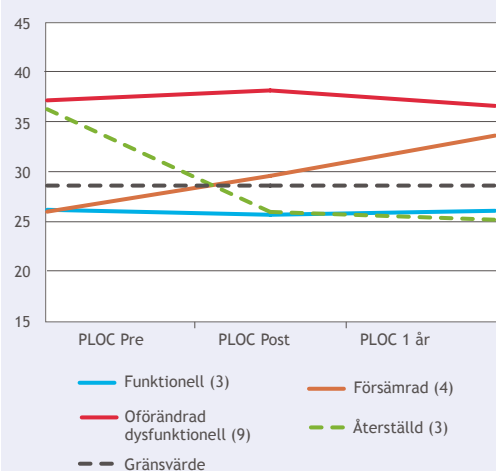
Figur 8. Individuellt behandlingsutfall avseende KASAM
Gränsvärde för låg KASAM (120) och svensk referensgrupps medelvärde (150).



Individuella behandlingsprofiler för upplevd föräldraförmåga

De flesta mammorna förändrades inte vad gäller hur de upplevde sin förmåga att styra sina barn. Nio mammor (47%) hade en låg känsla av föräldrakontroll både innan och direkt efter mammagruppen och hade även det vid uppföljningen. Tre mammor (16%) tyckte redan innan de började i mammagruppen att de hade förhållandevis god kontroll och förmåga att styra och påverka sitt/sina barns beteenden, och detta förändrades inte under behandlingens gång eller under året efter behandlingsstart. Tre mammor

Figur 9. Individuellt behandlingsutfall avseende PLOC
Gränsvärde (29) och svensk referensgrupp (n=229, M=24,48, SD=6,83).



(16%) förbättrade sin upplevda föräldrakontroll efter genomgången mammaprogram; från att ha skattat sin förmåga att styra och kontrollera sina barn som lägre än vad som bedöms funktionellt skattade de efter Bojens program sin förmåga som mycket bättre, eller i nivå med mammor i allmänhet. Fyra mammor (21%) försämrade däremot tydligt sin upplevda föräldrakontroll under behandlingens gång eller under året efter behandlingen (figur 9).

Hade behandlingseffekten samband med bakgrundsfaktorerna?

En av frågorna för utvärderingen av Bojens mammaprogram var om programmet fungerade olika för mammor beroende på deras bakgrund. För att få svar på om det fanns faktorer som kunde förklara vilken effekt mammaprogrammet hade, genomfördes statistiska analyser som undersökte om mammornas resultat på måtten som användes för att mäta psykisk ohälsa, symtom på traumatisk stress, känsla av sammanhang och föräldraförmåga var be-

roende av någon av de olika bakgrundsfaktorer som registrerats. Det visade sig att vare sig mammornas våldsutsatthet eller någon av de andra riskfaktorerna bidrog till att förklara skillnader i effekten som behandlingen hade för olika mammor.

Vad tyckte mammorna om Bojens mammaprogram?

För 28 av mammorna fanns det uppgifter om vad de tyckte om behandlingsprogrammet. 13 av dem tillhörde de mammor som deltagit i samtliga undersökningstillfällen. Överlag var mammorna mycket nöjda med Bojens mammaprogram.

Av de 28 mammor som besvarade frågorna om vad de tyckte om programmet tyckte knappt två tredjedelar att Bojens mammaprogram som helhet var mycket bra medan den återstående tredjedelen, så när som på en mamma, angav att det var bra. De flesta (79%) tyckte också att de hade lättare att hantera sina barns känslor efter att de deltagit i programmet, medan fem mammor uppgav att det var både lättare eller svårare eller ingen skillnad. De flesta (25 mammor) tyckte också att det varit till hjälp att träffa andra mammor med liknande erfarenheter, men tre mammor menade att det både hade hjälpt och försvårat eller inte haft någon betydelse för dem. Gruppledarnas insatser värderades positivt; alla menade att de varit till hjälp eller till stor hjälp. Alla mammor uppgav att de skulle rekommendera Bojen för andra mammor som utsatts för våld i sin nära relation. Det fanns inget samband mellan hur mycket nytta mammorna haft av behandlingen, så som det kunde mätas med de olika självskattningsskalorna på symtom på psykisk ohälsa och traumatisk stress eller känsla av sammanhang, och vad de tyckte om behandlingen.

Diskussion

Hur mådde mammorna i samband med att de började i Bojens mammaprogram?

Allmän psykisk hälsa och grad av traumatisering

Vår studie av Bojens mammaprogram är så vitt vi vet den första utvärderingen i Sverige av behandlingsprogram som erbjuder mammor som levt med en partner som utsatt henne för våld. Resultaten visar att när mammorna påbörjade Bojens mammaprogram mådde de påtagligt sämre än "befolkningen i allmänhet". Deras medelvärde på måttet på psykisk ohälsa som vi använde (BSI) låg i nivå med vad man ser hos patienter inom psykiatrisk öppenvård. Även traumasymtomen (IES) låg i nivå med kliniska grupper, väl jämförbara med personer som varit utsatta för andra allvarliga trauman. Nära hälften av mammorna hade så pass allvarliga traumasymtom att de riskerade uppfylla kriterierna för diagnosen *Posttraumatiskt stressyndrom* (PTSD) vid en psykiatrisk undersökning. Den överlag höga psykiska belastningen som mammorna uppvisade överensstämmer väl med en annan svensk studie av våldsutsatta kvinnor [113], och resultaten är också i linje med internationella studier [128].

Mammornas upplevda känsla av sammanhang (KASAM) dvs. känslan av att livet är meningsfullt, begripligt och hanterbart, som var vårt mått på upplevd livskvalitet, var klart lägre än svenska normgrupper. Slutligen visade också måttet på föräldraförmåga (PLOC) att mammorna upplevde en sorts hjälplöshet och att de ansåg sig sakna möjligheter att styra sitt barn. De bejakade i hög grad påståenden som:

- *"Barn är som de är, det är inte mycket man kan göra åt det."*
- *"Mitt barn gör ofta saker som jag inte vet hur jag ska komma till rätta med."*
- *"Mitt barn kan ofta få mig att göra saker som jag egentligen inte vill göra."*

Varför mådde mammorna som de gjorde?

Variationen i traumasymtom var relaterad till graden av våldsutsatthet. Att högre våldsutsatthet är förenad med allvarligare traumasymtom överensstämmer med vad tidigare forskning visat [49, 100, 166]. Ett indirekt mått på våldsutsattheten – om det förelåg en pågående brottsutredning/åtal mot mannen för misshandel – var också kopplat till allvarligare traumasymtom och allmän psykisk ohälsa. Mammans rapporterade upplevelse av allvarligt våld under sin egen uppväxt (från någon vuxen i familjen) hade däremot inte något samband med hennes aktuella psykiska hälsa eller symtom på traumatisk stress. Det är ett resultat som inte stämmer med internationell forskning, vilken generellt pekar på att den som varit utsatt för flera trauman, t.ex. genom att utsättas för våld under både barndom, ungdom och vuxenlivet, löper större risk att utveckla psykisk ohälsa jämfört med den som varit utsatt för trauman under någon enstaka period i livet [31, 162, 164]. Man skulle kunna tänka sig att det svenska samhället har ett mer utbyggt socialt skyddsnät än det nordamerikanska, och att våldsutsatta barn i Sverige därför ges fler möjligheter att bryta en tidig negativ utveckling. En annan möjlighet är att resultatet beror på att vår undersökningsgrupp är relativt liten, och att måttet på våldsutsatthet under

barndomen utgjordes av en enda fråga. Barndomserfarenheter behöver sannolikt täckas av med hjälp av mer noggrant utformade frågor eller med för ändamålet utvecklade instrument, då flera studier har visat att olika former av försummelse och vanvård som misshandel eller att bevittna att pappa slår mamma, sällan förekommer som enstaka företeelser – där en form av missförhållanden föreligger finns ofta fler [43]. Det behövs fler svenska studier på det här området för att se om sambandet mellan våld under uppväxten och senare våldsutsatthet ser annorlunda ut i Sverige jämfört med t.ex. USA.

Vi undersökte också sambandet mellan om mamman var arbetslös/långtidssjukskriven och om hon bedömde sin uppväxt som utsatt och hennes beskrivning av hur hon mårde. En dryg femtedel av mammorna som kom till Bojen hade inte någon riskfaktor utöver våldet medan de flesta (79%) hade en till flera riskfaktorer utöver våldet. Att vara utanför arbetsmarknaden (dvs. arbetslös/långtidssjukskriven) var relaterat till en lägre känsla av sammanhang i tillvaron och låg upplevd föräldrakontroll, men däremot inte till allmän psykisk ohälsa eller trauma-symtom. Det senare var oväntat eftersom PTSD i andra studier har visat sig hänga samman med en försvagad förankring på arbetsmarknaden [91, 100]. Å andra sidan var ju andelen mammor som stod utanför arbetsmarknaden hög i gruppen som helhet (35%), så eventuella skillnader mellan mammor över respektive under det kliniska gränsvärdet för PTSD kanske inte märktes. Även här behövs det alltså fler svenska studier för att se om internationella forskningsresultat på området står sig även i Sverige.

Upplevd föräldraförmåga

Mammornas upplevelse av sin förmåga/möjlighet att påverka och leda sitt barn (*föräldrakontroll*) var låg jämfört med svenska föräldrar i allmänhet, och jämförbar med mammor som sökt hjälp på grund av

sina barns allvarliga beteendeproblem. Den upplevda föräldrakontrollen hade inget samband med hur mammorna mårde i övrigt, något som till viss del förvånar. Det finns studier som undersökt föräldraförmågan hos våldsutsatta mammor mer specifikt [111]. Där fann man stor variation vad gäller om och i så fall hur mammorna tyckte att våldet påverkat dem som föräldrar. En del mammor upplevde att våldet de utsatts för gjort dem till bättre mammor medan andra inte tyckte att det haft någon påverkan eller att det försämrat deras förmåga att fungera som förälder. Många uppfattar att de reparerar och kompenserar för de negativa upplevelser som våldet skapar [25]. I vår studie hade upplevelsen av bristande föräldrakontroll samband med om man var arbetslös/långtidssjukskriven, något som i sin tur var förknippat med en lägre känsla av begriplighet och hanterbarhet i livet. Det skulle kunna tänkas att upplevelser av våld i kombination med arbetslöshet/långtidssjukskrivning, långsiktigt påverkar tilltron till den egna förmågan att ha inflytande över och kunna påverka alla typer av händelseförlopp och relationer, vilket får betydelse även för föräldraförmågan.

En annan förklaring kan vara följdverkningar av att som förälder vara försatt i en situation där man inte kan skydda sitt barn från yttre hot. I vanliga fall är det den så kallade dyadiska aspekten av omvårdnaden, dvs. förälderns förmåga att i två-personers-samspel (*dyad*) uppmärksamma och svara på barnets signaler och behov, som är av störst betydelse. I omvårdnadssituationer av mer allvarligt slag, som kräver att barnet får skydd mot allvarligt yttre hot/fara, blir den triadiska aspekten mer betydelsefull. Denna handlar om förälderns förmåga och intresse av att, även med fara för eget liv, stå på barnets sida och skydda det mot hot/angrepp utifrån, t.ex. från en tredje person (därav *triad*). Studier har visat att man som förälder kan vara olika förmögen att upp-

rätthålla den dyadiska respektive triadiska aspekten av omvårdnaden [45]. En del föräldrar är väldigt lyhörda för sitt barns signaler i mera harmlösa situationer, men oförmögna att skydda barnet vid allvarligt hot/fara, medan andra föräldrar brister i lyhördhet i vardagssituationer men är beredda att ge sitt liv för att skydda barnet i verkligt hotfulla situationer. Att utsättas för våld från barnets pappa utgör troligtvis ett direkt hot mot anknytningens triadiska aspekt, eftersom barnet ofta på något sätt är inbegripet i det våld som sker. Förekomsten av vårdnads- och umgängestvister hos de mammor som deltog i behandlingen vid Bojen var förhållandevis hög. Det kan vara så att beslut rörande vårdnad och umgänge i många fall interfererar med den triadiska aspekten av anknytning – att som omsorgsperson kunna skydda barnet från yttre faror och hot (inklusive sådana som kan komma från barnets pappa). En mamma som har utsatts för våld från barnets pappa kan känna stark rädsla för att barnet ska utsättas för våld om barnet ska vistas hos pappan, till exempel över en helg. Om pappan har rätt till umgänge vet hon dock att hon måste lämna över barnet för att inte riskera att hon själv ifrågasätts som vårdnadshavare. Det innebär en konflikt där hon inte tycker sig kunna skydda sitt barn för fara. Mammans triadiska omvårdnad sätts därmed ur spel. Män som utövar våld i nära relationer har jämfört med andra män visat sig vara mer benägna att använda fysiska bestraffningar och ha ett auktoritärt förhållningssätt gentemot barn [122] samt att vara mer kontrollerande och manipulativa i förhållandet till sina barn [51]. Siffrorna varierar kraftigt när det gäller hur ofta barnen utsätts för direkt våld i familjer där mannen slår kvinnan, en sammanställning av främst amerikansk forskning [50] anger 40 procent som ett medelvärde för olika studier. Att som mamma och boförälder befinna sig i en situation där hon befärar att barnet far illa av att besöka pappan på grund av hans våld-

samma sätt, och trots det behöva uppmuntra och underlätta barnets kontakt med honom, kan bidra till en generell upplevelse av lågt eget inflytande över barnets utveckling och beteende. I anknytningens triadiska aspekt ligger alltså att skydda barnet mot yttre hot, även när hotet kommer från en förälder som har umgängesrätt eller t o m gemensam vårdnad. Hot mot barnets omsorgsperson har visat sig vara den faktor som bäst kan förutsäga små barns risk att utveckla PTSD [147], och det kan vara så att sambandet mellan hotet mot omsorgspersonen och det lilla barnets utveckling av posttraumatiskt stresssyndrom har att göra just med hur hotet påverkar föräldrarnas omvårdnadsförmåga i riktning mot hjälplöshet och uppgivenhet. Ett barn som känner att föräldern inte kan skydda det mot fara eller gehopp om att allt snart ska bli bra är utlämnat åt sin skräck och löper mycket större risk att traumatiseras än det barn som känner att föräldern kommer att ta hand om det och skydda barnet från allt farligt.

Det är alltså viktigt, menar vi som skrivit denna rapport, att den förälder som har det dagliga omvårdnadsansvaret för barnet (är boförälder) känner ett samhälleligt stöd när hon/han tar sitt föräldraansvar, även om detta innebär en risk för att umgängesföräldrarnas rätt inskränks. Här är det fråga om en känslig balansgång mellan olika rättigheter (barnets, pappans respektive mammans) i såväl juridisk som moralisk mening. Vi menar att barnets rätt till en förälder som axlar sitt föräldraansvar och förmår skydda barnet mot yttre hot, inte uppmärksammas tillräckligt av familjerätten och i domstolar. Vi anser att när olika rättighetsprinciper kolliderar får föräldrarnas rätt till sitt barn i stället i alltför hög utsträckning komma i första rummet. Vi skulle önska att den civilrättsliga principen om att ”få rätt genom att göra rätt” [148] i högre utsträckning vägledde beslut i familjerättsliga mål där det förekommit våld i familjen vilket, så vitt vi förstår, ligger i linje med uttalanden från lagstiftarna [138].

Upplevt socialt stöd och förmåga att berätta om vad man varit utsatt för

Så gott som samtliga mammor uppgav att de hade en nära vän och kontakt med sin ursprungsfamilj. Ett mer differentierat mått på upplevt och faktiskt socialt stöd skulle vara motiverat i framtida utvärderingar, då upplevt stöd från omgivningen är en faktor som har visat sig betydelsefull för motståndskraft efter trauma rent generellt både i Sverige [22] och internationellt [39, 123]. Upplevelsen av vilket socialt stöd som går att erhålla eller hämta från andra har också samband med hur man kan "berätta sin historia". Att kunna skapa en sammanhängande livsberättelse som förmår "famna" också de smärtsammaste aspekterna av den personliga historien är mycket viktigt både för den egna psykiska hälsan och för hur man fungerar som förälder. De intervjuer som vid behandlingens start undersöktes med avseende på hur sammanhängande (koherent) berättelsen var skattades relativt lågt, och låga skattningar var också tydligt kopplat till fler symtom på allmän psykisk ohälsa och en låg känsla av sammanhang, men däremot inte till symtom på posttraumatisk stress. Det skulle dock behövas en betydligt större studie med en samma kombination av kvalitativ och kvantitativ metodik som vi använt oss av, för att undersöka sambanden mellan hur man som våldsutsatt mamma berättar sin historia och vilken betydelse detta har för mammans psykiska hälsa och föräldraförmåga.

Effekten på mammornas psykiska ohälsa, upplevda livskvalitet och föräldraförmåga

Syftet med föreliggande studie har varit att utvärdera Bojens mammaprogram i syfte dels att se om programmet verkar fungera, och dels att identifiera områden inom programmen som kan/bör förbättras. Det är viktigt att undersöka programets effektivitet både på gruppen som helhet, och

om det finns undergrupper för vilka stödsatserna inte haft avsedd effekt. Om programmet inte ger tillräcklig effekt på gruppen som helhet kan det knappast rekommenderas alls, medan om det går att identifiera undergrupper för vilka insatsen inte har tillräcklig effekt så pekar det på att programmet kan behöva modifieras alternativt att mammor med viss typ av problem inte bör erbjudas programmet. Behandlingsforskning visar att så många som cirka 40 procent inte har en kliniskt signifikant (= statistiskt signifikant och tillräckligt stor för att vara kliniskt meningsfull) förbättring under behandlingens gång och att det finns en grupp, vanligtvis om cirka 5–10 procent, som har en negativ utveckling under behandlingen [149]. Detta överensstämmer väl med resultat från en svensk studie av sedvanligt behandlingsutbud i öppenvårdspsykiatri, som generellt gav en god effekt för "vanliga" psykiatripatienter men där drygt hälften av patienterna efter behandling fortfarande hade symtom på klinisk nivå. Det fanns också en grupp patienter på knappt 10 procent som hade en kliniskt signifikant försämring under behandlingens gång [88].

Orsaken till att mammor deltar i Bojens mammaprogram är inte att de sökt hjälp för psykiska problem, utan att de kontaktat Bojen för att deras barn har levt i en familj där mamman utsatts för våld. Mammorna är angelägna om att barnen ska få möjlighet att bearbeta sina upplevelser så att de ska ta så lite skada som möjligt av vad de upplevt. Mammaprogrammet finns alltså i grund och botten som ett stöd för barnprogrammet. Mot bakgrund av hur dåligt mammorna, som grupp betraktat, faktiskt mår när de börjar i Bojens mammaprogram, är det dock en väsentlig fråga om programmet har effekter på mammornas psykiska hälsa, eftersom denna i sin tur kan antas ha stor betydelse för deras föräldraförmåga.

Allmän psykisk hälsa och grad av traumatisering

Sett till gruppen som helhet hade mammorna ett tydligt förbättrat mående efter att ha genomgått Bojens mammaprogram. Både deras allmänna psykiska ohälsa och traumasymtom minskade väsentligt, och mammorna rapporterade en markant ökad känsla av sammanhang i tillvaron. Effekten var, för gruppen som helhet, väl i nivå med internationella studier av likartade program [139]. Men det ska genast sägas att eftersom det bara var drygt 20 mammor som genomförde alla tre mätningarna så representerar varje enskild mamma 5 procent av hela gruppen, vilket gör resultaten känsliga för olika typer av felkällor. Resultaten måste därför tolkas med försiktighet, men vi tror ändå att de är viktiga som underlag för funderingar kring hur mammaprogrammet kan utvecklas.

När vi studerade resultatet ”i mikroskop” kunde vi identifiera olika utvecklingsförlopp under och efter behandlingsprogrammet. Fem mammor (25%) hade en låg symtomnivå vid alla mätningar på två av de tre utfallsinstrumenten rörande eget mående. Det rörde sig alltså om mammor som tycktes må och fungera förhållandevis väl, kanske var det just därför som de hade orkat ta kontakt med Bojen och söka hjälp för sina barn. Fem mammor (25%) hade ett oförändrat dåligt mående på minst två instrument. Dessa mammor kan antas ha ett fortsatt behov av hjälp och stöd. Man bör också fundera på om det stöd de fick var det som de hade varit mest hjälpta av.

Av de övriga tio mammorna förändrades några från att på något instrument vid start av behandlingen ha haft en symtomnivå som låg över de kliniska gränsvärdena till att ett år efter avslutad behandling ligga under dessa. Andra hade en oförändrad symtomnivå mätt direkt efter behandlingen men hämtade sig under året efter behandlingen så att de vid ettårsuppföljningen mådde väl. Om denna förändring var en fördröjd behandlingseffekt eller en spontan återhämtning kan

vi inte uttala oss om. Slutligen fanns det också de som hade haft effekt av behandlingen i form av minskade symtom, men minskningen kvarstod inte vid uppföljningen ett år efter behandlingens slut. Det sistnämnda skulle kunna vara tecken på att behandlingseffekten inte höll i sig eller att mammornas livssituation som helhet innehållit för många andra påfrestningar.

Det var ingen mamma som deltog i Bojens mammaprogram som rapporterade en kliniskt signifikant försämrad psykisk hälsa eller livskvalitet under eller året efter behandlingen.

Forskning rörande behandlingseffekter visar att en tidig positiv utveckling i behandling ofta förutsäger senare behandlingsframgång. Brist på symtomförbättring tidigt under behandlingen indikerar stor risk för fortsatt oförändrad eller till och med negativ utveckling [137, 149]. För att så tidigt som möjligt fånga upp de mammor som inte verkar dra nytta av behandlingen krävs det någon form av upprepad mätning av symtomen på allmän psykisk ohälsa. Mot bakgrund av att omkring hälften av mammorna hade så allvarliga posttraumatiska symtom initialt att de kunde antas uppfylla diagnoskriterierna för PTSD bör man också överväga att använda ett väl etablerat undersökningsinstrument avseende posttraumatisk stress (t.ex. IES-R) innan mammaprogrammet inleds, och överväga om inte de mammor som har symtom över det kliniska gränsvärdet bör erbjudas riktad PTSD-behandling innan de deltar i mammaprogrammet, alternativt att mammaprogrammet utökas med sådana inslag. Detta stöds ju också av att de program för kvinnor som utsatts för våld av sin partner som visat bäst effekt är de där man riktat in sig direkt på de posttraumatiska symtomen [91, 92]. PTSD stör också förmågan att ta till sig och använda personliga och befintliga sociala resurser, och ökar risken att på nytt utsättas för våld [91]. Mammor som lider av allvarlig posttraumatisk stress behöver alltså

sannolikt stödinsatser i en viss ordningsföljd: först en tryggad livssituation, sedan behandling för sina traumasymtom och först därefter övriga stödinsatser, t.ex. i sin föräldraroll.

Det kan vara så att det också hade behövts ett visst stöd efter avslutat behandlingsprogram för att den positiva utveckling som hade påbörjats för en del mammor skulle ha fortsatt. I flertalet behandlingsprogram som bygger på kognitiv beteendeterapi använder man sig av så kallade *booster sessions*, vilket innebär att patienten kommer tillbaka några månader efter avslutad behandling för en eller ett par uppföljande samtal som syftar till att upprätthålla behandlingsresultatet och förhindra återfall. Det skulle kunna vara till stor hjälp med någon form av uppföljande träffar inom ramen för mammaprogrammet, inte minst med tanke på hur kaotiskt livet är för många kvinnor som utsätts för våld av sin partner, också efter det att relationen till mannen avslutats.

Vissa mammor som söker sig till enheter som Bojen har svårt för att dela med sig av sina erfarenheter och kan ha svårt att dra nytta av andra gruppmedlemmars hjälpfulla förslag och råd. De kan därför behöva en individuell insats innan gruppbehandling, något som framförts tidigare [156]. Traumabehandling i grupp har också visat sig ha en högre grad av avhopp än individuell behandling [146]. På Bojen var det drygt en femtedel av mammorna som påbörjade behandlingen som inte slutförde den eller närvarade vid färre än 80 procent av behandlingstillfällena, vilket talar för och skulle motivera en mer utförlig bedömning innan insatser erbjuds och påbörjas. Det var också 25 procent av de mammor som sökte sig till Bojen som inte bedömdes lämpade för Bojens gruppbehandling, åtminstone inte under den tid som studien pågick. Detta understryker hur angeläget det är att enheter som arbetar med mammor som varit utsatta för våld i nära relationer har ett varierat behandlingsutbud,

vilket kan vara svårt att åstadkomma inom ramen för en liten enhet som Bojen. För sådana enheter är det i stället viktigt med väl upparbetade kanaler till andra behandlare så att det samlade behandlingsutbudet som mamman erbjuds ändå svarar mot hennes behov.

Fanns det faktorer som kunde förklara behandlingseffekterna?

Ingen av de faktorer vi studerade före behandlingen (mammans våldsutsatthet och övriga riskfaktorer) hade samband med om mamman rapporterade förbättrad psykisk hälsa/livskvalitet efter mammaprogrammet, vilket stämmer väl med vad behandlingsforskning brukar visa. Vilka bakgrundsfaktorer som har betydelse för behandlingsutfallet kan variera med typ av behandling men studier tyder snarare på att hur klienten fungerar vid behandlingens start, och hur behandlingen utvecklas under de första sessionerna, bäst förutsäger behandlingsframgången också på sikt [107, 158].

Hade mammaprogrammet effekt på föräldraförmågan?

Den upplevda förmågan att när så behövs kunna styra och leda barnet (föräldrakontroll) hade inte något statistiskt samband med mammans självrapporterade psykiska ohälsa, eller hennes allmänna känsla av sammanhang i livet. Föräldraförmågan förändrades inte heller till följd av behandlingen. De flesta mammorna hade en oförändrat låg upplevd känsla av föräldrakontroll och fyra mammors upplevelse av föräldrakontroll försämrades tydligt under behandlingens gång eller under året efter behandlingen. Det var endast tre mammor som hade en förbättrad upplevd föräldrakontroll direkt efter behandlingen och/eller vid uppföljningen. Det var alltså en större andel mammor som hade en försämrad upplevd föräldrakontroll efter behandling än innan. Att det inte skedde någon positiv förändring

rörande föräldrakontroll var oväntat, och nedslående eftersom mammaprogrammet vänder sig till mamman just som förälder. Som grupp hade mammorna vid behandlingsstart en låg upplevd föräldrakontroll jämfört med föräldrar i "allmänhet". Det fanns alltså gott om "utrymme" för förbättringar. Man kan naturligtvis fråga sig om det valda instrumentet har tillräcklig förmåga att fånga förändringar, men instrumentet har prövats i andra svenska studier och där kunnat påvisa behandlingseffekter [9-10]. Det kan dock finnas anledning att pröva andra instrument för att mäta föräldraförmåga, eftersom stress rörande föräldraskapet har påvisats hos våldsutsatta mammor [51]. Föräldraförmågan är sannolikt en viktig faktor i mammaprogram av Bojens typ, inte minst mot bakgrund av de relativt höga nivåer av utagerande problem som många barn utvecklar som lever/levt i familjer där mamma utsatts för våld [71, 159].

En förklaring till utebliven förbättring skulle kunna vara att mammor med en hög grad av symptom på psykisk ohälsa och traumatisk stress har svårt att fokusera och arbeta med sin föräldraroll innan de fått hjälp med dessa symptom. Det skulle i så fall innebära att föräldrainsatser har bäst effekt och är motiverade först efter genomgången symptomlindrande behandling. Detta motsägs dock av att vi inte fann något samband mellan mammas självrapporterade psykiska ohälsa och hennes föräldraförmåga, vilket man gjort i tidigare studier [10, 33, 141]. Det skulle också kunna vara så att de problem som många barn som levt med våld i familjen har, kräver ett mer uttalat fokus på föräldraskapet än vad Bojens mammaprogram har i sin nuvarande utformning. Föräldraträningsprogram har visat sig fungera väl även för familjer med många riskfaktorer [97], och det försök som hittills har gjorts med att anpassa föräldraträning till våldsutsatta mammor har varit positiva [94, 125].

*Vad tyckte mammorna om programmet vid Bojen?*⁶

En viktig aspekt vid utvärdering av stödinsatser av olika slag är vad de som erbjöds insatsen tyckte om den. En del har hävdats att dessa värderingar har särskilt stor betydelse när det gäller våldsutsatta kvinnor, eftersom det finns studier som pekat på missnöje med erbjudna hjälpinsatser (74). En annan anledning till att vara extra uppmärksam på vad mammorna tyckte om behandlingsprogrammet är att insatser riktade till mamman har visats inverka på om barnet fullföljer erbjuden behandling eller inte (136). Samtliga mammor var mycket nöjda med den behandling de fått vid Bojen, både för egen del och vad gällde deras barn. Såväl direkt efter avslutad behandling som ett år senare gav mammorna såväl barn- som mammaprogrammet ett medelvärde över fem på en sexgradig skala, vilket ligger i nivå med andra rapporter rörande "brukartillfredsställelse" [85]. Det gick inte att beräkna något samband mellan behandlingsresultat (självrapporterad psykisk ohälsa m.m.) och hur nöjd man var med behandlingen, vilket också annan internationell forskning har visat: konsumenttillfredsställelse är inte självklart kopplat till symptomförbättring [116, 117, 135]. Många gånger uppskattar patienter eller brukare de insatser som de har fått oavsett att de inte fått mindre symptom än de hade innan behandlingsinsatsen.

Begränsningar

En av studiens begränsningar är det lilla antalet mammor, som dessutom blev färre genom det förhållandevis stora bortfallet (från förmätning till eftermätning och ettårsuppföljning). En annan

⁶ En mer detaljerad beskrivning av vad mammor och barn som genomgick behandlingsprogrammet tyckte om insatsen finns publicerad sedan tidigare [66].

begränsning utgörs av avsaknaden av en jämförelsegrupp (som antingen inte får någon insats alls, eller får någon annan typ av insats). Risken med en undersökningsgrupp utan kontrollgrupp, är att resultaten både kan överskatta och underskatta eventuella skillnader som finns. I ena fallet visar resultaten på skillnader när det egentligen inte finns några (så kallat *typ I-fel*) och i andra fallet återspeglar resultaten inte de faktiska skillnader eller effekter som finns (så kallat *typ II-fel*). Våra resultat måste därför tolkas med försiktighet och ses som preliminära.

Ytterligare en begränsning utgörs av att resultaten bygger helt på mammornas självskattningar, som inte kompletterades med behandlares eller oberoende personers bedömningar av hur mammorna mådde och fungerade. Genom att utvärderingen startade parallellt med att Bojens verksamhet byggdes upp så skedde det också vissa förändringar i undersökningsinstrumenten under behandlingens gång, varför gruppstorleken varierar en del för olika undersökta variabler. Slutligen hade det också varit mycket önskvärt att ha bättre kontroll över vilka mammor och barn som inte bedömdes lämpliga för att delta i gruppprogrammet och därför inte heller tillfrågades om att delta i forskningen.

Sammanfattning och slutsatser

Almqvist och Brobergs rapport från 2004, *Barn som bevittnat våld mot mamma - en studie om kvinnor och barns som vistas på kvinnojourer i Göteborg*, belyste hur mammor och barn på kvinnojourer i Göteborg mådde och vilket hjälpbehov som fanns [4]. Ett av de förslag till förbättringsområden som framfördes var tillgång till professionellt stöd för mammorna i form av psykoterapi och annan psykiatrisk behandling. Denna utvärdering visar också att många mammor som utsatts för våld i en nära relation lever

med en stor psykisk belastning, och i många fall kan antas behöva en mer specialiserad behandling än vad frivilligorganisationer och kvinnojourer har möjlighet att erbjuda med nuvarande resurser.

Utvärdering av mammaprogrammet vid Bojen visar att programmet har goda effekter på grupp-nivå, men trots det når många inte en symtomnivå som understiger kliniska gränsvärden. Om man inför någon form av systematisk mätning av mammornas psykiska hälsa initialt i kontakten, t.ex. med den typ av instrument som vi använt, blir det möjligt att se vilka mammor som mår särskilt dåligt och följa hur de utvecklas tidigt under mammaprogrammet. Därmed går det kanske att minska den andel (i vår studie 20–25%) som mår riktigt dåligt när programmet startar och inte drar nytta av programmet, pga. alltför uttalade posttraumatiska symtom, en alltför kaotisk livssituation, alltför allvarlig allmän psykisk ohälsa eller av andra skäl.

En viktig komponent i gruppbehandling är delandet av erfarenheter, något som vilar på tanken att andra som varit med om likartade händelser kan bekräfta de egna upplevelserna och ge råd i hur man kan hantera olika situationer. Värdet av detta bekräftas av mammorna i vår studie, men samtidigt väcker resultaten frågan om en del av mammorna kanske hade haft större nytta av egen individuell traumabearbetning innan de börjat i mammagruppen.

Bojens mammagrupper är utformade för att följa samma upplägg som barnprogrammet har. Det gör att programmet inte har någon självklar plats för "föräldraträning". Mot bakgrund av aktuell forskning om värdet av detta främst vad gäller utagerande beteendeproblem hos barn finns det anledning att överväga om inte mammaprogrammet behöver kompletteras på denna punkt.

Vi vill också lyfta fram behovet av uppföljningskontakter. Vi vet att många våldsutsatta kvinnor

lever ett osäkert, ibland kaotiskt, liv med svåra konsekvenser för dem själva och för deras barn. Därför vore det värdefullt att pröva ett system med uppföljningskontakter (*booster sessions*) cirka tre månader efter avslutad grupp. Om mamman fick ett eller ett par individuella samtal där hennes och barnets aktuella situation kunde diskuteras skulle detta kunna fylla två syften: (1) att upprätthålla effekterna av behandlingen och (2) att uppmärksamma de barn vars hemsituation kräver förnyade/förändrade insatser.

Sammanfattningsvis har många våldsutsatta mammor både behov av och rätt till vård och andra insatser som innefattar medicinsk, psykiatrisk,

psykologisk och juridisk expertis, samt ekonomiskt och praktiskt stöd rörande bostad och försörjning. Enheter som Bojen har svårt att själva ha tillgång till den ”palett” av olika insatser som kan behövas, och inom större enheter i offentlig regi uppstår lätt mer eller mindre höga murar mellan olika typer av verksamheter. Vi vill därför avsluta med att poängtera betydelsen av att stödet till våldsutsatta barn och deras mammor utformas så att det är så låga trösklar som möjligt mellan olika verksamheter så att var och en kan bidra med det den är bäst på, samtidigt som barn och mammor kan få tillgång till ett brett utbud av stödinsatser.

Referenser

1. Abel, E. M. (2000) Psychosocial treatments for battered women: A review of empirical research, *Research on Social Work Practice* 10, 55-77.
2. Alexander, P. (2009) Childhood trauma, attachment, and abuse by multiple partners, *Psychological Trauma* 1, 78-88.
3. Allison, C. J., Bartholomew, K., Mayseless, O., and Dutton, D. G. (2008) Love as a battlefield - Attachment and relationship dynamics in couples identified for male partner violence, *Journal of Family Issues* 29, 125-150.
4. Almqvist, K., and Broberg, A. (2004) Barn som bevittnat våld mot mamma - en studie om kvinnor och barns som vistas på kvinnojourer i Göteborg, In *Forskningsrapport*, Lundby Stadsdelsförvaltning, Göteborgs stad.
5. Almqvist, K., and Broberg, A. G. (2003) Young children traumatized by organized violence together with their mothers – The critical effects of damaged internal representations *Attach. Hum. Dev.* 5, 367-380.
6. Antonovsky, A. (1993) The structure and properties of the sense of coherence scale *Social Science & Medicine* 36, 725-733.
7. Anttila, S., Ericson, C., Glad, J., Fredriksson, M., Olofsson, H., Smedslund, G., Klingspor, K., and Hydén, M. (2006) *Utfall och effekter av sociala metoder för kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. En systematisk översikt.*
8. Appleyard, K., and Osofsky, J. D. (2003) Parenting after trauma: Supporting parents and caregivers in the treatment of children impacted by violence, *Infant Ment. Health J.* 24, 111-125.
9. Arnrup, K., Berggren, U., Broberg, A. G., and Bodin, L. (2003) A one-year follow-up of treatment outcome in groups of uncooperative child dental patients, *J. Dent. Res.* 82, 2030.
10. Axberg, U., and Broberg, A. G. (2010) Förändras föräldraförmågan av att man deltar i föräldrautbildning? Unpublished Work.
11. Babcock, J. C., Jacobson, N. S., Gottman, J. M., and Yerington, T. P. (2000) Attachment, emotional regulation, and the function of marital violence: Differences between secure, preoccupied, and dismissing violent and nonviolent husbands, *J. Fam. Violence* 15, 391-409.
12. Bair-Merritt, M. H., Holmes, W. C., Holmes, J. H., Feinstein, J., and Feudtner, C. (2008) Does intimate partner violence epidemiology differ between homes with and without children? A population-based study of annual prevalence and associated risk factors, *J Fam Viol* 23, 325-332.
13. Beeble, M., Bybee, D., and Sullivan, C. M. (2007) Abusive men's use of children to control their partners and ex-partners, *European Psychologist* 12.
14. Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., and Thompson, R. S. (2007) Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure, *J. Womens Health* 16, 987-997.
15. Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A., and Rivara, F. P. (2006) Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning, *American Journal of Preventive Medicine* 30, 458-466.
16. Borg, E., and Westerlund, J. (2006) *Statistik för betendevetare*, Liber, Stockholm.
17. Bowlby, J. (1979) *The making and breaking of affectional bonds*, Tavistock, London.
18. Brewin, C. R., Andrews, B., and Valentine, J. D. (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults, *J. Consult. Clin. Psychol.* 68, 748-766.
19. Briere, J., and Elliott, D. M. (1998) Clinical utility of the Impact of Event Scale: Psychometrics in the general population, *Assessment* 5, 171-180.
20. Briere, J., and Jordan, C. E. (2004) Violence against women - Outcome complexity and implications for assessment and treatment, *J. Interpers. Violence* 19, 1252-1276.
21. Broberg, A. G., Almqvist, K., and Tjus, T. (2004) *Klinisk barnpsykologi - utveckling på avvägar*, Natur & Kultur, Stockholm.
22. Broberg, A. G., Dyregrov, A., and Lilled, L. (2005) The Goteborg discotheque fire: posttraumatic stress, and school adjustment as reported

- by the primary victims 18 months later, *J. Child Psychol. Psychiatry* 46, 1279-1286.
23. Broberg, A. G., Grankvist, P., and Risholm Mothander, P. (2008) *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga reaktioner*, Natur & Kultur, Stockholm.
 24. Broberg, A. G., Granqvist, P., and Risholm Mothander, P. (2008) *Anknytning i Praktiken*, Natur & Kultur, Stockholm.
 25. Buchbinder, E. (2004) Motherhood of battered women: The struggle for repairing the past, *Clinical Social Work Journal* 32, 307-326.
 26. Bureau of Justice Statistics. <http://bjs.ojp.usdoj.gov/> Hämtad april 2009.
 27. Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., and Wynne, C. (2002) Intimate partner violence and physical health consequences, *Arch. Intern. Med.* 162, 1157-1163.
 28. Casanueva, C., Martin, S., Runyan, D., Barth, R., and Bradley, R. (2008) Quality of Maternal Parenting among Intimate-Partner Violence Victims Involved with the Child Welfare System, *J. Fam. Violence* 23, 413-427.
 29. Cassidy, J. (2001) Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective, *Attach. Hum. Dev.* 3, 121-155.
 30. Cattaneo, L. B., and DeLoveh, H. L. M. (2008) The Role of Socioeconomic Status in Helpseeking From Hotlines, Shelters, and Police Among a National Sample of Women Experiencing Intimate Partner Violence, *Am. J. Orthopsychiatr.* 78, 413-422.
 31. Chapman, D. P., Dube, S. R., and Anda, R. F. (2007) Adverse childhood events as risk factors for negative mental health outcomes, *Psychiatr. Ann.* 37, 359-364.
 32. Charuvastra, A., and Cloitre, M. (2008) Social bonds and posttraumatic stress disorder, *Annual Review of Psychology* 59, 301-328.
 33. Cohen, L. R., Hien, D. A., and Batchelder, S. (2008) The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior, *Child Maltreatment* 13, 27-38.
 34. Coid, J., Fetruckevitch, A., Feder, G., Chung, W., Richardson, J., and Moorey, S. (2001) Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey, *Lancet* 358, 450-454.
 35. Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., and Smith, P. H. (2002) Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women, *American Journal of Preventive Medicine* 23, 260-268.
 36. Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R., and McKeown, R. E. (2000) Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence, *Archives of Family Medicine* 9, 451-457.
 37. Courtois, C. A. (2004) Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment, *Psychotherapy* 41, 412-425.
 38. Damant, D., Lapierre, S., Kouraga, A., Fortin, A., Hamelin-Brabant, L., Lavergne, C., and Lessard, G. (2008) Taking child abuse and mothering into account - Intersectional feminism as an alternative for the study of domestic violence, *Affil. J. Women Soc. Work* 23, 123-133.
 39. Declercq, F., and Palmans, V. (2006) Two subjective factors as moderators between critical incidents and the occurrence of post traumatic stress disorders: 'Adult attachment' and 'perception of social support', *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice* 79, 323-337.
 40. Delsol, C., and Margolin, G. (2004) The role of family-of-origin violence in men's marital violence perpetration, *Clin. Psychol. Rev.* 24, 99-122.
 41. Derogatis, L. R. (1993) *BSI Brief Symptom Inventory Administration, Scoring, and Procedures Manual*, NCS Pearson inc.
 42. Derogatis, L. R., and Melisaratos, N. (1983) The Brief Symptom Inventory: an introductory report, *Psychol. Med.* 13, 595-605.
 43. Dong, M., Dube, S. R., Felitti, V. J., Giles, W. H., and Anda, R. F. (2004) Adverse childhood experiences, obesity, and liver disease - In reply, *Arch. Intern. Med.* 164, 460-461.
 44. Dumas, D. M., Pearson, C. L., Elgin, J. E., and McKinley, L. L. (2008) Adult attachment as a risk factor for intimate partner violence - The "mispairing" of partners' attachment styles, *J. Interpers. Violence* 23, 616-634.
 45. Dozier, D. M., (Ed.) (2007) *Attachment theory in clinical work with children. Bridging the gap between research and practice*, Guilford Press, New York.
 46. Dutton, D. G., and Nicholls, T. L. (2005) The

- gender paradigm in domestic violence research and theory: part 1 - the conflict between theory and data, *Aggress. Violent Behav.* 10, 680-714.
47. Dutton, D. G., Saunders, K., Starzomski, A., and Bartholomew, K. (1994) Intimacy-anger and insecure attachment as precursor of abuse in intimate relationships, *J. Appl. Soc. Psychol.* 24, 1367-1386.
 48. Dutton, M. A. (2004) Complexity of women's response to violence - Response to Briere and Jordan, *J. Interpers. Violence* 19, 1277-1282.
 49. Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A., and Krause, E. D. (2006) Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes, *J. Interpers. Violence* 21, 955-968.
 50. Edelson, J. L. (1999) Children's Witnessing of Adult Domestic Violence, *J Interpers Violence* 14, 839.
 51. Edelson, J. L. (2003) Parenting in the context of domestic violence, Judicial council of California administrative office of the courts Center for families, children and the courts.
 52. Ehrensaft, M. K. (2008) Intimate partner violence: Persistence of myths and implications for intervention, *Child. Youth Serv. Rev.* 30, 276-286.
 53. Ehrensaft, M. K., Cohen, P., and Johnson, J. G. (2006) Development of personality disorder symptoms and the risk for partner violence, *J. Abnorm. Psychol.* 115, 474-483.
 54. Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Smailes, E., Chen, H., and Johnson, J. G. (2003) Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study, *J. Consult. Clin. Psychol.* 71, 741-753.
 55. Eliasson, M. (2008) Att förstå mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer & D. Sandberg (red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar* (ss 41-57). Studentlitteratur, Danmark.
 56. Ellsberg, M., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., and Health, W. M. S. W. (2008) Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study, *Lancet* 371, 1165-1172.
 57. English, D. J., Marshall, D. B., and Stewart, A. J. (2003) Effects of family violence on child behavior and health during early childhood, *J. Fam. Violence* 18, 43-57.
 58. Eriksson, M., Biller, H., and Balkmar, D. (2006) *Mäns våldsutövande - Barns upplevelser. En kartläggning av interventioner, kunskap och utvecklingsbehov.*, Fritzes Stockholm.
 59. Evans, S., Davies, C., and DiLillo, D. (2008) Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes, *Aggress. Violent Behav.* 13, 131-140.
 60. Fergusson, D. M., Boden, J. M., and Horwood, L. J. (2008) Developmental antecedents of interpartner violence in a New Zealand birth cohort, *J. Fam. Violence* 23, 737-753.
 61. Foran, H. M., and O'Leary, K. D. (2008) Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review, *Clin. Psychol. Rev.* 28, 1222-1234.
 62. Ford-Gilboe, M., Wuest, J., Varcoe, C., Davies, L., Merritt-Gray, M., Campbell, J., and Wilk, P. (2009) Modelling the effects of intimate partner violence and access to resources on women's health in the early years after leaving an abusive partner, *Social Science & Medicine* 68, 1021-1029.
 63. Frans, O., Rimmo, P. A., Aberg, L., and Fredrikson, M. (2005) Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111, 291-299.
 64. Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., and Malling Thorsen, S. (2002) SCL-90 Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan, In *SiS 4/02*.
 65. George, C., and West, M. (1999) Developmental vs. social personality models of adult attachment and mental ill health, *British Journal of Medical Psychology* 72, 285-303.
 66. Georgsson, A., Almqvist, K., and Broberg, A. G. (2007) Vad tyckte barn som bevittnat våld i hemmet och deras mammor om att delta i en pedagogisk gruppverksamhet?, *Aetiolo* 2007:9. Göteborg, Sverige: Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus.
 67. Gewirtz, A., and Edleson, J. (2007) Young Children's Exposure to Intimate Partner Violence: Towards a Developmental Risk and Resilience Framework for Research and Intervention *J Fam Viol* 22, 151-163.
 68. Gewirtz, A., Forgatch, M., and Wieling, E. (2008) Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma, *Journal of Marital and Family Therapy* 34, 177-192.
 69. Gil-Gonzalez, D., Vives-Cases, C., Ruiz, M.

- T., Carrasco-Portino, M., and Alvarez-Dardet, C. (2008) Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review, *Journal of Public Health* 30, 14-22.
70. Gormley, B. (2005) An Adult Attachment Theoretical Perspective of Gender Symmetry in Intimate Partner Violence, *Sex Roles* 52.
71. Grych, J. H., Jouriles, E. N., Swank, P. R., McDonald, R., and Norwood, W. D. (2000) Patterns of adjustment among children of battered women, *J. Consult. Clin. Psychol.* 68, 84-94.
72. Gustavsson, A. (2009) Varför är en del barn och ungdomar som remitterats med anledning av behandlingsproblem så svåra att få till behandling?, In *Svenska Tandläkarsällskapets Odontologiska Riksstämman 12-14 november 2009*.
73. Hagekull, B., Bohlin, G., and Hammarberg, A. (2001) The role of parental perceived control in child development: A longitudinal study, *Int. J. Behav. Dev.* 25, 429-437.
74. Hamilton, B., and Coates, J. (1993) Perceived helpfulness and use of professional services by abused women, *J. Fam. Violence* 8, 313-324.
75. Hansson, K., and Olsson, M. (2001) Sense of coherence - a human endeavour, *Nord. Psykol.* 53, 238-255.
76. Hawthorne, T. (1990) *Children are people, Chemical abuse prevention programs, Support group training manual*, Children are people, Inc.
77. Hazan, C., and Shaver, P. (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process, *J. Pers. Soc. Psychol.* 52, 511-524.
78. Helweg-Larsen, K., Kjoller, A., Davidsen, M., and Rasmussen, N. K. (2003) The Danish National Cohort Study (DANCOS) - Registry-based follow-up study of the Danish Health Interview Surveys, 1987, 1991 and 1994, *Danish Medical Bulletin* 50, 177-180.
79. Henderson, A., Bartholomew, K., Trinke, S., and Kwong, M. (2005) When Loving Means Hurting: An Exploration of Attachment and Intimate Abuse In a Community Sample *J. Fam. Violence* 20.
80. Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., and Moylan, C. A. (2008) Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence, *Trauma Violence Abus.* 9, 84-99.
81. Hesse, E., and Main, M. (2006) Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations, *Dev. Psychopathol.* 18, 309-343.
82. Horowitz, M., Wilner, N., and Alvarez, W. (1979) Impact of event scale - measure of subjective stress, *Psychosomatic Medicine* 41, 209-218.
83. Hughes, H. M., Humphrey, N. N., and Weaver, T. L. (2005) Advances in violence and trauma - Toward comprehensive ecological models, *J. Interpers. Violence* 20, 31-38.
84. Isdal, P. (2002) *Meningen med våld*, Förlagshuset Gothia AB.
85. Iverson, K. M., Shenk, C., and Fruzzetti, A. E. (2009) Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study, *Prof. Psychol.-Res. Pract.* 40, 242-248.
86. Jacobson, N. S., and Truax, P. (1991) Clinical-significance - a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research, *J. Consult. Clin. Psychol.* 59, 12-19.
87. Johansson-Latham, G. (2008). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv i Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar. I G. Heimer & D. Sandberg (red.) *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar* (ss 21-34). Studentlitteratur, Danmark.
88. Johansson, H. (2009) Do patients improve in general psychiatric outpatient care? Problem severity among patients and the effectiveness of a psychiatric outpatient unit, *Nordic Journal of Psychiatry* 63, 171-177.
89. Johnson, D. M., and Zlotnick, C. (2006) A cognitive-behavioral treatment for battered women with PTSD in shelters: Findings from a pilot study, *J. Trauma Stress* 19, 559-564.
90. Johnson, D. M., and Zlotnick, C. (2009) HOPE for Battered Women With PTSD in Domestic Violence Shelters, *Prof. Psychol.-Res. Pract.* 40, 234-241.
91. Johnson, D. M., Zlotnick, C., and Perez, S. (2008) The relative contribution of abuse severity and PTSD severity on the psychiatric and social morbidity of battered women in shelters, *Behav. Therapy* 39, 232-241.
92. Jones, L., Hughes, M., and Unterstaller, U. (2001) Post-Traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: a review of the research, *Trauma Violence Abus.* 2, 99-119.
93. Joseph, S. (2000) Psychometric evaluation of

- Horowitz's impact of event scale: A review, *J. Trauma Stress* 13, 101-113.
94. Jouriles, E. N., McDonald, R., Rosenfield, D., Stephens, N., Corbitt-Shindler, D., and Miller, P. C. (2009) Reducing Conduct Problems Among Children Exposed to Intimate Partner Violence: A Randomized Clinical Trial Examining Effects of Project Support, *J. Consult. Clin. Psychol.* 77, 705-717.
 95. Jouriles, E. N., and Norwood, W. D. (1995) Physical aggression toward boys and girls in families characterized by the battering of women, *J. Fam. Psychol.* 9, 69-78.
 96. Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., and van IJzendoorn, M. H. (2005) The importance of parenting in the development of disorganized attachment: evidence from a preventive intervention study in adoptive families, *J. Child Psychol. Psychiatry* 46, 263-274.
 97. Kazdin, A. E., and Whitley, M. K. (2006) Comorbidity, case complexity, and effects of evidence-based treatment for children referred for disruptive behavior, *J. Consult. Clin. Psychol.* 74, 455-467.
 98. Keane, T. M., Marshall, A. D., and Taft, C. T. (2006) Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome, *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2, 161-197.
 99. Kelleher, K. J., Hazen, A. L., Coben, J. H., Wang, Y., McGeehan, J., Kohl, P. L., and Gardner, W. P. (2008) Self-reported disciplinary practices among women in the child welfare system: Association with domestic violence victimization, *Child Abuse Negl.* 32, 811-818.
 100. Kimerling, R., Alvarez, J., Pavao, J., Mack, K. P., Smith, M. W., and Baumrind, N. (2009) Unemployment Among Women Examining the Relationship of Physical and Psychological Intimate Partner Violence and Posttraumatic Stress Disorder, *J. Interpers. Violence* 24, 450-463.
 101. Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., and Kenny, E. D. (2003) Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review, *J. Consult. Clin. Psychol.* 71, 339-352.
 102. Koren-Karie, N., Oppenheim, D., and Getzler-Yosef, R. (2008) Shaping children's internal working models through mother-child dialogues: the importance of resolving past maternal trauma, *Attach. Hum. Dev.* 10, 465-483.
 103. Korotkov, D. L. (1993) An assessment of the (short-form) Sense of Coherence Personality measure - issues of validity and well-being, *Pers. Individ. Differ.* 14, 575-583.
 104. Krantz, G., and Ostergren, P. O. (2000) Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting, *J. Epidemiol. Community Health* 54, 192-199.
 105. Kubany, E. S., Hill, E. E., and Owens, J. A. (2003) Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings, *J. Trauma Stress* 16, 81-91.
 106. Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., and Williams, P. L. (2004) Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW), *J. Consult. Clin. Psychol.* 72, 3-18.
 107. Lambert, M. (2007) Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care, *Psychother. Res.* 17, 1-14.
 108. Lawson, D. M. (2008) Attachment, interpersonal problems, and family of origin functioning: Differences between partner violent and nonpartner violent men, *Psychology of Men and Masculinity* 9, 90-105.
 109. Letourneau, N. L., Fedick, C. B., and Willms, J. D. (2007) Mothering and domestic violence: A longitudinal analysis, *J. Fam. Violence* 22, 649-659.
 110. Levendosky, A. A., and Graham-Berman, S. A. (2001) Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children, *J. Fam. Violence* 16.
 111. Levendosky, A. A., and Graham-Bermann, S. A. (2000) Trauma and parenting in battered women, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 3, 25-35.
 112. Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Shapiro, D. L., and Semel, M. A. (2003) The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and preschool-age children's functioning, *J. Fam. Psychol.* 17, 275-287.
 113. Lindgren, M. S., and Renck, B. (2008) 'It is still so deep-seated, the fear': psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 219-228.

114. Lobmann, R., Greve, W., Wetzels, P., and Bosold, C. (2003) Violence against women: Conditions, consequences, and coping, *Psychol. Crime Law* 9, 309-331.
115. Lundgren, J., Hillman, S., and Broberg, A. G. (2008) Att lämna en destruktiv relation – mammor som utsatts för våld av sin före detta partner berättar om sin situation och hur de hanterat den. Delrapport 1. *Stiftelsen Allmänna Barnhuset*.
116. Lunnen, K. M., and Ogles, B. M. (1998) A multiperspective, multivariable evaluation of reliable change, *J. Consult. Clin. Psychol.* 66, 400-410.
117. Lunnen, K. M., Ogles, B. M., and Pappas, L. N. (2008) A multiperspective comparison of satisfaction, symptomatic change, perceived change, and end-point functioning, *Prof. Psychol.-Res. Pract.* 39, 145-152.
118. Luthar, S. S., Cicchetti, D., and Becker, B. (2000) The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work, *Child Dev.* 71, 543-562.
119. MacMillan, H. L., and Wathen, C. N. (2003) Violence against women: integrating the evidence into clinical practice, *Can. Med. Assoc. J.* 169, 570-571.
120. Magdol, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., and Silva, P. A. (1998) Developmental antecedents of partner abuse: A prospective-longitudinal study, *J. Abnorm. Psychol.* 107, 375-389.
121. Main, M., Goldwyn, R., and Hesse, E. (2002) Adult attachment scoring and classification systems. Manual in Draft: version 7.1, Department of Psychology University of California Berkeley.
122. Margolin, G., Gordis, E. B., Medina, A. M., and Oliver, P. H. (2003) The co-occurrence of husband-to-wife aggression, family-of-origin aggression, and child abuse potential in a community sample - Implications for parenting, *J. Interpers. Violence* 18, 413-440.
123. Markowitz, J. C., Milrod, B., Bleiberg, K., and Marshall, R. D. (2009) Interpersonal Factors in Understanding and Treating Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Psychiatric Practice* 15, 133-140.
124. Masten, A. S. (2001) Ordinary magic - Resilience processes in development, *American Psychologist* 56, 227-238.
125. McDonald, R., Jouriles, E. N., and Skopp, N. A. (2006) Reducing conduct problems among children brought to women's shelters: Intervention effects 24 months following termination of services, *J. Fam. Psychol.* 20, 127-136.
126. McKinney, C. M., Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., and Nelson, S. (2009) Childhood Family Violence and Perpetration and Victimization of Intimate Partner Violence: Findings From a National Population-Based Study of Couples, *Annals of Epidemiology* 19, 25-32.
127. McNamara, J. R., Thmanini, K., and Pelletier-Walker, S. (2008) The impact of short-term counseling at a domestic violence shelter, *Research on Social Work Practice* 18, 132-136.
128. Mechanic, M. B., Weaver, T. L., and Resick, P. A. (2008) Mental health consequences of intimate partner abuse - A multidimensional assessment of four different forms of abuse, *Violence Against Women* 14, 634-654.
129. Miculincer, M., and Shaver, P. R., (Eds.) (2008) Adult Attachment and Affect Regulation, In J. Cassidy & P. R. Shaver (eds.) *Handbook of attachment second edition: Theory, Research, and Clinical Applications*. The Guilford Press, New York.
130. Mikulincer, M., Florian, V., Cowan, P. A., and Cowan, C. P. (2002) Attachment security in couple relationships: A systemic model and its implications for family dynamics, *Fam. Process* 41, 405-434.
131. Neal, L. A., Busuttil, W., Rollins, J., Herepath, R., Strike, P., and Turnbull, G. (1994) Convergent validity of measures of posttraumatic-stress-disorder in a mixed military and civilian population, *J. Trauma Stress* 7, 447-455.
132. Okeefe, M. (1994) Linking marital violence, mother-child father-child aggression, and child-behavior problems, *J. Fam. Violence* 9, 63-78.
133. Olsson, M. B., and Hwang, C. P. (2001) Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability, *J. Intell. Disabil. Res.* 45, 535-543.
134. Ozer, E., Best, S. R., Lipsey, T. L., and Weiss, D. (2008) Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis, *Psychological Trauma: theory, research, practice and policy* 1, 3-36.
135. Pekarik, G., and Wolff, C. B. (1996) Relationship of satisfaction to symptom change, follow-up adjustment, and clinical significance, *Prof. Psychol.-Res. Pract.* 27, 202-208.

136. Peled, E., and Edleson, J. L. (1998) Predicting children's domestic violence service participation and completion, *Research on Social Work Practice* 8, 698-712.
137. Percevic, R., Lambert, M. J., and Kordy, H. (2006) What is the predictive value of responses to psychotherapy for its future course? - Empirical explorations and consequences for outcome monitoring, *Psychother. Res.* 16, 364-373.
138. Prop. 2005/06:99 Nya vårdnadsregler, s.41 ff, 51.
139. Ramsay, J., Carter, Y., Davidson, L., Dunne, D., Eldridge, S., Feder, G., Hegarty, K., Rivas, C., Taft, A., and Warburton, A. (2009) Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse (Review), *Cochrane Database Syst Rev.*
140. Reed, G. L., and Enright, R. D. (2006) The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse, *J. Consult. Clin. Psychol.* 74, 920-929.
141. Renner, L. M. (2009) Intimate Partner Violence Victimization and Parenting Stress: Assessing the Mediating Role of Depressive Symptoms, *Violence Against Women* 15, 1380-1401.
142. Renner, L. M., and Markward, M. J. (2009) Factors Associated with Suicidal Ideation Among Women Abused in Intimate Partner Relationships, *Smith College Studies in Social Work* 79, 139-154.
143. Resick, P. A. (2004) A suggested research agenda on treatment-outcome research for female victims of violence, *J. Interpers. Violence* 19, 1290-1295.
144. Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G. A., and Young-Xu, Y. (2008) A Randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence, *J. Consult. Clin. Psychol.* 76, 243-258.
145. Riggs, D. S., Caulfield, M. B., and Street, A. E. (2000) Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization, *J. Clin. Psychol.* 56, 1289-1316.
146. Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., and Bisson, J. (2009) Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder, *Cochrane Database Syst Rev.*
147. Scheeringa, M. S., and Zeanah, C. H. (2001) A Relational Perspective on PTSD in Early Childhood, *J. Trauma Stress* 14.
148. Schiratzki, J. (2008) *Mamma och pappa inför rätta* (s 100,140), Lustus, Stockholm.
149. Slade, K., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Smart, D. W., and Bailey, R. (2008) Improving Psychotherapy Outcome: The Use of Immediate Electronic Feedback and Revised Clinical Support Tools, *Clinical Psychology & Psychotherapy* 15, 287-303.
150. Steen, A. (2003) Mäns våld mot kvinnor – ett diskursivt slagfält, Department of Sociology University of Gothenburg.
151. Stenson, K., Claesson, I., and Heimer, G. (2006) Våldsutsatta kvinnors hälsa och livssituation – en longitudinell deskriptiv studie, In *RiksKvinnoCentrum*.
152. Stith, S. M., Rosen, K. H., Middleton, K. A., Busch, A. L., Lundeberg, K., and Carlton, R. P. (2000) The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis, *J. Marriage Fam.* 62, 640-654.
153. Sullivan, C. M., and Bybee, D. I. (1999) Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners, *J. Consult. Clin. Psychol.* 67, 43-53.
154. Tolan, P., Gorman-Smith, D., and Henry, D. (2006) Family Violence, *Annu. Rev. Psychol* 57, 557-583.
155. Tolin, D. F., and Foa, E. B. (2006) Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research, *Psychol. Bull.* 132, 959-992.
156. Twaite, J. A., and Rodrigue-Sredniki, O. (2004) Childhood Sexual and Physical Abuse and Adult Vulnerability to PTSD: The Mediating Effects of Attachment and Dissociation, *Journal of Child Sexual Abuse* 13, 17-38.
157. Van der Kolk, B. A., and Courtois, C. A. (2005) Editorial comments: Complex developmental trauma, *J. Trauma Stress* 18, 385-388.
158. Van, H. L., Schoevers, R. A., Kool, S., Hendriksen, M., Peen, J., and Dekker, J. (2008) Does early response predict outcome in psychotherapy and combined therapy for major depression?, *Journal of Affective Disorders* 105, 261-265.
159. Ware, H. S., Jouriles, E. N., Spiller, L. C., McDonald, R., Swank, P. R., and Norwood, W. D. (2001) Conduct problems among children at battered women's shelters: Prevalence and stability

- of maternal reports, *J. Fam. Violence* 16, 291-307.
160. Wareham, J., Boots, D. P., and Chavez, J. M. (2009) A test of social learning and intergenerational transmission among batterers, *J. Crim. Justice* 37, 163-173.
 161. Vastamaki, J., Moser, K., and Paul, K. (2008) Does sense of coherence mediate the relationship of hardships and psychological distress during unemployment?, *Int. J. Psychol.* 43, 814-814.
 162. Weisbart, C. E., Thompson, R., Pelaez-Merrick, M., Kim, J., Wike, T., Briggs, E., English, D. J., and Dubowitz, H. (2008) Child and adult victimization: Sequelae for female caregivers of high-risk children, *Child Maltreatment* 13, 235-244.
 163. Weston, R. (2008) Insecure attachment mediates effects of partners' emotional abuse and violence on women's relationship quality, *J. Fam. Violence* 23, 483-493.
 164. Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R., and Felitti, V. J. (2003) Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults - Assessment in a large health maintenance organization, *J. Interpers. Violence* 18, 166-185.
 165. Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., and Jaffe, P. G. (2003) The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique, In *Workshop on Children Exposed to Violence*, pp 171-187, Kluwer Academic/Plenum Publ, Washington, D.C.
 166. Woods, S. J., Hall, R. J., Campbell, J. C., and Angott, D. M. (2008) Physical Health and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Women Experiencing Intimate Partner Violence, *Journal of Midwifery & Womens Health* 53, 538-546.
 167. Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D., and Heller, S. S. (1999) Disorganized attachment associated with partner violence: A research note, *Infant Ment. Health J.* 20, 77-86.

Appendix 1

Statistiska analyser och resultat

Det förekom att mammorna hade hoppat över enskilda frågor i självskattningsformulären när de fyllde i dem. På alla formulär där det saknades uppgift på enstaka frågor, ersattes dessa med ett medelvärde för skalan. Om det var mer än 20 procent av frågorna i ett formulär som saknades bedömdes inte formulärskattningen som tillförlitlig och användes därför inte.

Parametrisk statistik användes. Behandlingseffekter beräknades med hjälp av envägs variansanalys (upprepad mätning) för beroende grupper. Effekstorlek Cohens d beräknades också och kategorierna som användes för att bedöma effektorleken d var; liten 0.20, måttlig 0.50 och stor över 0.80 [16]. Envägs variansanalys för oberoende grupper användes för att få svar på frågan om mammorna som hade lågt respektive högt riskindex samt låg respektive hög koherens skilde sig från varandra avseende BSI, IES, KASAM, PLOC och PE. När det gällde låg respektive hög koherens på intervjun användes också ett icke-parametriskt test (Mann-Whitney U). Enkel variansanalys för oberoende grupper användes också vid test om de som fullföljt respektive hoppat av behandlingen skilde sig åt angående bakgrundsfaktorer och förmättningsvärdena på BSI, KASAM, IES, och PLOC.

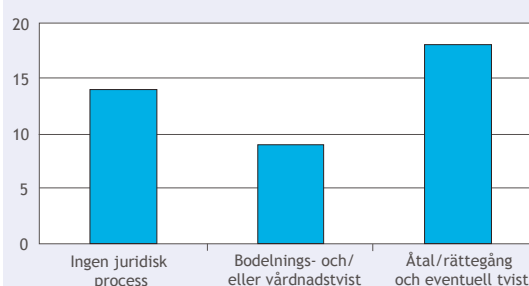
T-test för oberoende grupper användes vid jämförelser med normgrupper.

Stegvis multipel regression användes för att undersöka om bakgrundsfaktorer kunde förklara variation i förmättningsvärden på BSI, IES, KASAM, PLOC och PE samt effekter av behandling.

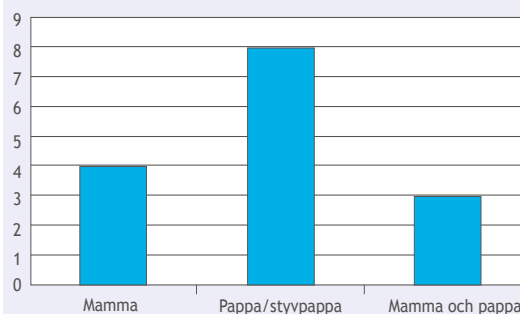
Samtliga statistiska analyser genomfördes med SPSS Statistics version 17.0, Reliabelt förändrings-

index, T-test i jämförelse med normgrupper samt Cohens d beräknades med Excel 2007. Den signifikansnivå som användes var genomgående 0.05. Outliers identifierades och beräkningar gjordes med och utan dessa och resultaten förändrades inte när dessa uteslöts, varför de har behållits i analyserna.

Figur 10. Juridisk process, tvist rörande bodelning och/eller vårdnad



Figur 11. Utsatthet för våld under barndomen



Resultat med angiven statistisk metod och resultatens säkerhet

Mammornas situation

Socioekonomisk status (SES) mätt med Hollingsheads index: Mammorna skilde tydligt från de två svenska referensgrupperna av kvinnor, $t[250] = 2.37$, $p > 0.05$ respektive $t[274] = 3.71$, $p > 0.001$.

Hur mår mammorna vid behandlingens start?

Allmänt psykiskt tillstånd

Mammornas symtomnivå jämfört med kvinnor i den svenska standardiseringen av SCL-90, [t745 = -13.92 [p<0.001] [64]. Detta kan omvandlas till motsvarande T-poäng. T-poäng på 63 och över anses utgöra en gräns för symtom på klinisk nivå, det vill säga att personen bör erbjudas behandlingsinsatser.

Traumasyntom

Mammornas traumasyntom mätt med IES var klart mer omfattande jämfört med den amerikanska referensgruppen [t[536] = - 5.85, p < 0.001]. Även i förhållande till en grupp personer med tidigare traumahistorik låg mammor som deltog i Bojens mammaprogram betydligt högre vad gäller grad av traumasyntom, [t[398] = - 4.69, p < 0.001], [19].

Känsla av sammanhang i tillvaron

Medelvärde på KASAM låg klart lägre [M = 124.0, SD = 19.3], jämfört med svenska kvinnor ”i allmänhet” [M = 149.8, SD = 18.6], [t[477] = -6.54, p < 0.001 [133].

Hur mammorna uppfattade sin förmåga att styra och påverka sitt barn

Mammornas PLOC-poäng låg klart högre jämfört med en svensk referensgrupp mammor [t[246] = 6.96, p<0.001]

Samband mellan bakgrundsfaktorer och symtom

Våldsutsatthet bidrog inte till att BSI-, KASAM- eller PLOC-värdena men en del av variationen IES (F [37] = 8.98, p<0.05). Fler av de olika typerna av våldsutövande hade samband med högre grad av traumasyntom. Åtal mot mannen för misshandel förklarade en del av BSI-poängen [F[38] = 4.36, p<0.05] och IES-poängen [F[38] = 7.272, p<0.05]. Arbetslöshet/långtidssjukskrivning kunde förklara en del av variationen i KASAM [F[37] = 5.06, p<0.05] och PLOC [F [35] = 6.79, p<0.05]. Arbetslöshet/långtidssjukskrivning var förknippat med en lägre känsla av sammanhang och upplevd föräldrakontroll.

Intervjuernas koherens för 23 mammor

Hög koherens förenad med lägre BSI [t [21]=0.05, p<0.05 och högre KASAM [t[21]=0.01, p<0.05.

Mammornas situation vid behandlingsstart i termer av total belastning [antal riskfaktorer]

Tabell 5. Förmättningsvärdet på utfallsmåtten BSI, IES och KASAM, PLOC och PE, för mammor som hade och inte hade respektive riskfaktor (N varierar mellan 37-40,* p< 0.05)

	M					BSI		M			IES		M			KASAM	
	n	Ja	Nej	F	p	n	Ja	Nej	F	p	n	Ja	Nej	F	p		
Riskfaktor 1 Arbetslöshet/Sjukskrivning	40	1,78	1,41	2,21	0,15	40	28,10	31,70	0,37	0,55	39	113,70	128,20	5,06	0,03*		
Riskfaktor 2 Tvist rörande åtal/misshandel	40	1,80	1,30	4,36	0,04*	40	38,40	24,90	7,27	0,01*	39	118,40	126,30	2,53	0,12		
Riskfaktor 3 Allvarligt våld i familjen under uppväxt	40	1,56	1,52	0,38	0,85	40	28,43	31,96	0,41	0,53	39	121,27	125,23	0,37	0,55		
Riskfaktor 4 Bedömning av uppväxten om utsatt	40	1,81	1,37	3,65	0,06	40	29,62	31,20	0,76	0,79	39	117,79	127,02	2,02	0,16		

Tabellen fortsätter på nästa sida

Korrelationen mellan graden av koherens och KASAM var signifikant, $r=0.46$, $p<0.05$, däremot var den inte det mellan graden av koherens och BSI. Graden av traumasymtom (IES) skiljde sig inte mellan grupperna och IES korrelerade inte heller med koherensskattningarna. Detsamma gällde för upplevd föräldrakontroll (PLOC). Samma resultat erhöles vid Mann-Whitney U test.

Hur m dde mammorna direkt efter samt ett år efter avslutad behandling?

Allmänt psykiskt tillstånd

Gruppen-som-fullföljde Globalt Index på BSI minskade från f r- till eftermätning och ett år efter behandling, $F [2,36] = 9.97$, $p < 0.001$. Cohens d 0,76 resp. 0,91. ITT-analyserna visade också betydligt färre psykiska symtom [$F[2,82] = 12.82$, $p < 0.001$]. Cohens d 0,62 resp. 0,71.

Traumasyntom

I *Gruppen-som-fullföljde* låg IES-symtomen klart lägre efter behandling och ett år efter behandlingsstart, $F [2,36] = 17.27$, $p < 0.001$. Cohens d 0,75 resp. 1,04. ITT-analyserna visade också en klart lägre grad av traumasymtom m tt med IES [$F[2,82] = 12.58$, $p < 0.001$]. Cohens d 0,52 resp. 0,63.

Känsla av sammanhang i tillvaron

Mammornas KASAM-poäng ökade efter behandlingen och kvarstod ett år efter avslutad behandling. *Gruppen-som-fullföljde* : $F[2,36] = 6.88$, $p < 0.01$, Cohens d [0,38 resp. 0,60 och *De-som-påbörjade* $F[2, 80] = 6.17$, $p < 0,05$, Cohens d 0,31 resp. 0,46.

PLOC

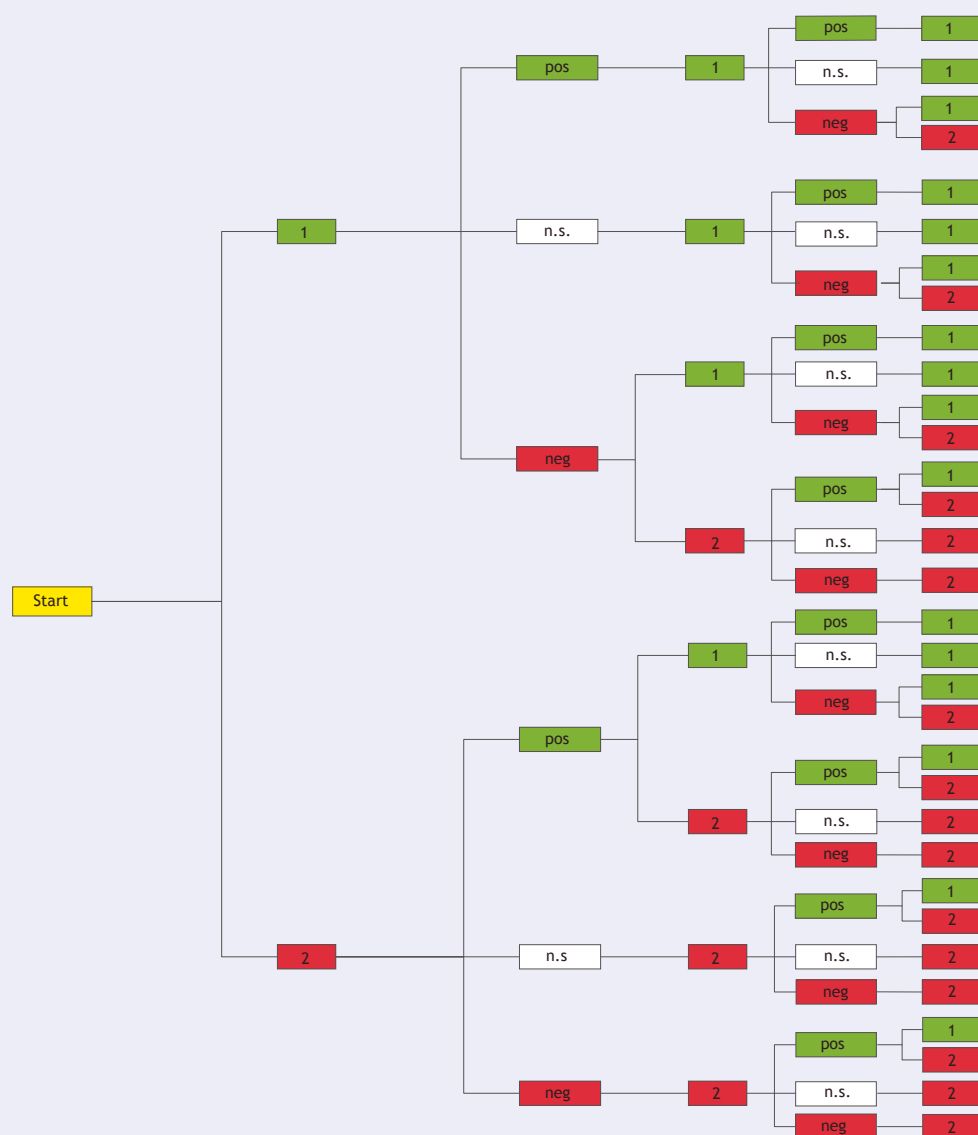
Ingen förändring avseende medelvärden före, efter och ett år efter behandling. Cohens d för *Gruppen-som-fullföljde* 0,06 resp. 0,05 och f r *De-som-påbörjade* 0,33 resp. 0,02.

Tabell 5 fortsättning från föreg. sida...

	M			PLOC		M			PE	
	n	Ja	Nej	F	P	n	Ja	Nej	F	P
<i>Riskfaktor 1</i> Arbetslöshet/Sjukskrivning	37	37,50	30,60	6,79	0,01*	37	2,70	4,20	0,85	0,77
<i>Riskfaktor 2</i> Tvist rörande åtal/misshandel	37	34,00	31,80	0,67	0,42	37	30,00	27,40	1,59	0,22
<i>Riskfaktor 3</i> Allvarligt våld i familjen under uppväxt	37	30,36	34,56	2,46	0,13	37	29,00	27,55	1,33	0,26
<i>Riskfaktor 4</i> Bedömning av uppväxten om utsatt	37	31,40	33,55	0,56	0,46	37	2,99	4,04	1,48	0,23

Appendix 2

Exempel på hur enskilda barns/mammors symtom kan utvecklas över tid i en undersökning med tre mätpunkter. Före och efter behandlingsstart samt ett år senare.



32 möjliga behandlingsutfall för mätning med pre- post- ettårsuppföljning med RCI-metoden.

1 = Funktionell nivå (ligger ej på kliniska värden)

2 = Dysfunktionell nivå (ligger på kliniska värden)

Förändringen bedöms mellan mättillfällena där:

pos = positiv signifikant förändring

n.s. = ingen signifikant förändring

neg = negativ signifikant förändring

Barnhuset har gett ut följande böcker

- *Att lära av fosterbarn – åtta års arbete med intervjuer av före detta fosterbarn*, 2010:1, Kristian Tilander och Monica Westberg
- *NU – inte senare! Om att hjälpa barn i tid och om klok samhällsekonomi*, 2009:3, Bitte Lundborg
- *Jag finns också! Om att vara syskon till en bror eller syster med svår sjukdom eller funktionsnedsättning*, 2009:2 (ny redigerad utgåva)
- *Barn som lever med skyddade personuppgifter*, 2009:1, Barbro Hindberg m.fl.
- *Att göra skillnad – könsperspektiv i socialt arbete med barn och ungdomar*, 2008:3, Ingrid Claezon
- *Utsatt barndom – olika vuxenliv. Ett longitudinellt forskningsprojekt om barn i samhällsvård*, 2008:2, Gunvor Andersson
- *Självskadebeteende – forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga*, 2008:1, Rigmor Stein (red.)

Barnhuset har gett ut följande rapporter

(Kan laddas ner från Barnhusets hemsida)

- *Att läsa är livsviktigt – om familjehemsplacerade barns läsning och skolgång*, 2010, Gia Kjellén
- *Att lämna en destruktiv relation – mammor som utsatts för våld av sin före detta partner berättar om sin situation och hur de hanterat den*, Delrapport 1, 2009, Jenny Lundgren, Stina Hillman och Anders Broberg
- *Sexuell exploatering av barn och ungdomar – vad vet de som möter barnen? En inventering av kunskaps- och resursbehov*, 2008
- *Sexuell exploatering av barn och ungdomar. Sammanställning av aktuell kunskap och forskning 2004–2008*, Gisela Priebe

Böcker och rapporter utgivna tidigare finns på Stiftelsen Allmänna Barnhusets hemsida www.allmannabarnhuset.se

Detta är den andra rapporten från forskningsprojektet *Bojen – utvärdering av gruppverksamhet för barn som bevittnat våld mot mamma och deras mammor*. Projektet bedrivs vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet under ledning av professor Anders Broberg. Barnhuset har finansierat projektet tillsammans med Brottsofferfonden.

I denna rapport beskrivs utvecklingen av den psykiska hälsan hos mammor som deltagit i Bojens gruppverksamhet dels innan behandlingen påbörjades, direkt efter behandling samt ett år efter avslutad behandling. I rapporten beskrivs också hur mammorna skattar sin föräldraförmåga vid dessa tre olika tillfällen och där finns förslag på områden som behöver utvecklas inom gruppverksamheter.

Rapporten vänder sig till ideella organisationer och professionella som i sitt arbete möter barn som bevittnat våld mot mamma och deras mammor t.ex. inom socialtjänst, barnpsykiatri, primärvård, polis, gruppverksamheter, kvinnojourer men också till alla andra som är engagerade i dessa frågor.

Forskningsprojektet kommer att utmynna i ytterligare rapporter med speciellt fokus på barnen.

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

Böcker och rapporter kan beställas från Stiftelsen Allmänna Barnhusets hemsida www.allmannabarnhuset.se