

UTVÄRDERING AV STÖDINSATSER FÖR MAMMOR SOM UTSATTS FÖR VÅLD I EN NÄRA RELATION AV EN MANLIG PARTNER

Karin Grip & Anders Broberg

Psykologiska institutionen Göteborgs universitet

i samarbete med

**Kjerstin Almqvist, Linnéa Almqvist, Ulf Axberg, Åsa K Cater,
Maria Eriksson, Anna Forssell, Clara Iversen & Ulrika Sharifi**



© Författarna & Psykologiska institutionen
Göteborgs universitet 2013
ISBN 978-91-637-2605-7

Innehåll

Sammanfattning	I
Syfte	I
Metod	I
Sammanfattning av resultaten	II
Slutsatser och förslag	III
 Utvärdering av stödinsatser för mammor som utsatts för våld i en nära relation av en manlig partner	 1
Bakgrund	1
Kvinnor löper olika risk att utsättas för våld i sin nära relation	3
Konsekvenser av att utsättas för våld i sin nära relation	4
Psykisk och fysisk ohälsa	4
Vårdkontakter	5
Kognitivt fungerande	5
Kärleksrelationen som en anknytningsrelation	6
Föräldraskap	6
Ekonomi	8
Stöd- och behandling för mammor som utsatts för våld	8
Internationella/Amerikanska studier	8
Stödinsatser i Norden och i Sverige	10
Behov av utvärdering av olika stödinsatser	10
Syfte	12
Metod	13
Deltagare	13
Procedur	13
Rekrytering av verksamheter	14
Beskrivning av verksamheterna	14
Kriterier för deltagande	16
Rekrytering av mammor till projektet	16
Bortfall	17
Kontakt med mammor	19
Etiska överväganden vid rekryteringen av forskningsdeltagare	19
Mätinstrument	20
Effektmått	21
Uppfostringsstrategier, upplevd föräldraförmåga och anknytningsstil	21
Klassning av typ och mängd erhållet stöd	23
Effektberäkningar relaterat till tidpunkt för och eventuellt fortsatt psykisk respektive fysisk våldsutsatthet	24
Statistisk bearbetning och analyser	25
Reliabelt förändringsindex	25

RESULTAT	27
Mammornas aktuella livssituation	27
Våldsutsatthet under studiens gång	27
Förhållande till förövande partner	27
Förekomst av rättsliga processer vid förmätningen	28
Aktuellt känslomässigt och praktiskt stöd	29
Sjukskrivningar, kroppsliga besvär och tidigare kontakter med hälso- och sjukvård	29
Tankar på att inte vilja leva och självmordsförsök	29
Tidigare våldsutsatthet	29
Effekter av stödinsatser	30
Signifikanta förändringar på individnivå relaterat till bakgrundsfaktorer och självskattad anknytning	34
Effekter beroende på typ och mängd av stöd	35
Effekter relaterade till tidpunkt för och eventuell fortsatt våldsutsatthet	37
Mammornas självskattade föräldraförmåga	39
Mammornas självskattade anknytning	40
Samband mellan upplevd kontroll i sitt föräldraskap, uppfostringsstrategier och graden av rädd anknytning	40
DISKUSSION	41
Förändring av psykisk ohälsa under det år som studien pågick	41
Omständigheter som påverkade förändringar i psykisk ohälsa	42
Mammornas självrapporterade föräldraförmåga och anknytningsstil	43
Våra reflektioner	45
Studiens begränsningar	47
Sammanfattning, slutsatser och rekommendationer	47
REFERENSER	50
APPENDIX	59

Sammanfattning¹

År 2007 skärptes Socialtjänstens ansvar gentemot kvinnor som utsätts för våld i sin nära relation och barn som bevittnar våld mot en förälder, och 2012 förtydligades detta ansvar ytterligare:

Socialnämnden ska särskilt beakta att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående kan vara i behov av stöd och hjälp för att förändra sin situation. Lag (2012:776).

Hösten 2007 fattade regeringen beslut om en Nationell handlingsplan vilken innehöll en rad initiativ i syfte att förbättra situationen för våldsutsatta kvinnor och deras barn. Socialstyrelsen fick bland annat i uppdrag att utvärdera effekten av behandlingsinsatser riktade till barn som bevittnat våld mot mamma. Socialstyrelsens uppdrag genomfördes av en projektgrupp vid Göteborgs, Karlstads, Uppsala och Örebro universitet. Uppdraget avrapporterades till Regeringen i juni 2011¹ och belyste främst barnen.

Föreliggande rapport har genomförts av samma projektgrupp som ovan, men inte som del av Socialstyrelsens uppdrag. I denna rapport beskrivs mammorna till barnen i studien.

Syfte

Syftet med rapporten är att beskriva de deltagande mammornas livssituation och självrapporterade psykiska ohälsa och huruvida den typ och mängd av stöd som mammorna erhöll hade några påvisbara effekter på den psykiska ohälsan och upplevda livskvalitén under det år som studien pågick.

Metod

Materialet som resultaten bygger på är frågor besvarade av mammorna, och information har samlats in före, efter och ett år efter påbörjad insats. För att delta i studien skulle mamman ha tillräckliga språkkunskaper i svenska eller engelska så att intervju och skattningsformulär kunde genomföras på något av dessa språk och våldet som mamman utsatts för skulle inte ligga mer än tre år tillbaka i tiden.

Mammorna intervjuades vid samtliga tre mättillfällen med en av inom projektet utvecklad halvstrukturerad intervju. Den första intervjun (T1) rörde livs- och boendesituation, civilstånd, aktuell sysselsättning och yrke, relation till den aktuella förövaren (det vill säga den man som gjorde att barnet och mamman kommit i kontakt med verksamheten), tidpunkt för första våldstillfället, typ av våld mamman hade utsatts för, relationens längd och om relationen var pågående eller avslutad. Mammorna tillfrågades också om de utsatts för våld från någon annan partner som vuxen, eller under barndomen. En annan del av intervjun rörde barnens vårdnads- och umgängessituation samt socialt, praktiskt och känslomässigt stöd från vänner och släkt. Intervjuerna vid T2 och T3 rörde

¹ Frågor rörande denna rapport kan riktas till Anders Broberg tel. 031 – 786 1703, e-post: anders.broberg@psy.gu.se eller Karin Grip, tel. 031- 786 1663 e-post: karin.grip@psy.gu.se

eventuella förändringar i aktuell livs-, boende- och arbetssituation. Frågor ställdes också om vilken typ och mängd stöd som mamman hade fått samt om de hade haft kontakt med andra stöd- eller behandlande verksamheter och i så fall typ och mängd av det stöd de hade fått. Utöver intervjuerna, som tog mellan en och tre timmar vid varje intervju-tillfälle, fick mammorna också fylla i frågeformulär avseende våldsutsatthet, psykisk hälsa m.m. Totalt inkluderades 219 mammor till 315 barn i åldern 3-13 år i studien, då uppdraget var att utvärdera insatser till barn som bevittnat våld mot sin mamma. Mammorna och/eller deras barn var aktuella för insatser vid totalt 16 olika verksamheter.

Mammorna som deltog i studien hade alla levt i en heterosexuell parrelation, och de var i genomsnitt 36 år gamla vid T1. Majoriteten av mammorna hade avslutad gymnasieutbildning eller studier på universitetsnivå (30 resp. 41 %). Närmare tre fjärdedelar av mammorna var födda i Sverige, en tiondel i övriga Europa medan en femtedel hade sitt ursprungsland utanför Europa. Drygt hälften av mammorna yrkesarbetade medan var tionde var arbetslös, var sju stude- rade eller var föräldraledig, och nästan var femte var långtidssjukskriven (mer än 6 månader). Mammornas socioekonomiska status var lägre än svenska kvinnors i allmänhet, trots deras relativt höga utbildningsnivå, vilket i huvudsak förklaras av att mammorna i så stor utsträckning var utanför arbetsmarknaden på grund av långtidssjukskrivning.

De flesta mammorna (94 %) uppgav att de hade avslutat relationen till den man som utövat våld mot henne. Flertalet (86 %) hade dock minderåriga barn ihop med mannen som utövat våld mot henne, och ofta även mot barnet, Om mannen hade gemensam vårdnad eller umgängesrätt med barnet så kunde det innebära fortsatt källa till psykiskt och i värsta fall även fysiskt våld. En fjärdedel av mammorna hade en pågående umgänges- eller vårdnadstvist, med den man som utövat våld mot henne.

Sammanfattning av resultaten

Så gott som alla mammor hade varit utsatta för både psykiskt och fysiskt/sexuellt våld innan studien påbörjades. Den övervägande majoriteten av mammorna (90 %) rapporterade dock att det fysiska våldet *inte* hade fortsatt under det år som studien pågick, däremot ofta psykiskt våld.

Inledningsvis var det närmare 70 % av mammorna som hade kliniska nivåer av posttraumatisk stress. Knappt hälften av dessa (44 %) hade förändrats så att de vid ettårs-uppföljningen inte längre hade symtom på klinisk nivå. Ungefär lika många mammor hade kvar symtom på klinisk nivå ett år senare.

På gruppnivå förbättrades mammornas psykiska ohälsa, posttraumatiska stress och känsla av sammanhang under det år som vi följde dem, men våra analyser kunde *inte* visa att den förbättring som skedde i psykisk ohälsa, posttraumatisk stress och känsla av sammanhang var en effekt av

vare sig mängd eller typ av stöd som mammorna hade fått.

Mammor som var fortsatt utsatta för fysiskt/sexuellt våld mellan T1 och T3 uppvisade inte en lika stor förbättring i känsla av sammanhang jämfört med mammor där våldet var daterat till året före T1.

Närmare hälften av mammorna rapporterade vid T3 att de hade använt fysiskt våld mot barnet under det senaste året. Endast 45 % av mammorna uppgav att de aldrig använt fysiskt våld mot barnet.

En stor andel av mammorna (64 %) skattade sig själva som otrygga i sin anknytningsstil och hela 30 % rapporterade en rädd anknytningsstil. Mammor med rädd anknytningsstil rapporterade att de använde mer psykiskt och fysiskt våld mot sina barn, och de upplevde en hög grad av hjälplöshet i sitt föräldraskap jämfört med de mammor som hade andra anknytningsstilar.

Slutsatser och förslag

Resultatet pekar på vikten av att våldet upphör för att stödinsatser ska ha effekt. Samhällets stödinsatser till mammor som utsatts för våld i sin nära relation bör därför först inriktas på att mamman får hjälp att hantera sin aktuella livssituation, stöd som möjliggör att våldet mot henne och barnet upphör, och stöd för mamman att utöva ett gott föräldraskap.

Verksamheter som har kontakt med mammor som utsatts för våld i sin nära relation bör, innan behandling eller stödinsats påbörjas, göra en preliminär bedömning av mammors symtomnivåer, aktuella anknytningsstil och föräldraförmåga så att insatser kan erbjudas som svarar mot den enskilda mammans behov.

Precis som vi föreslog i rapporten där vi redovisade vår utvärdering av stödinsatser för barnen som bevittnat våld mot mamma, så finns det även när det gäller mammorna anledning utveckla någon form av "insatstrappa" där mamman kan få hjälp anpassad till hennes aktuella livssituation och psykologiska behov.

Många mammor som utsatts för våld i sin nära relation och kommer i kontakt med olika stödverksamheter behöver specifik traumabehandling för att deras psykiska hälsa ska förbättras. Det är i första hand vuxenpsykiatriens ansvar att erbjuda sådan behandling, men om så inte sker måste samhället ge ansvaret, och resurserna, för behandlingen, till någon annan aktör.

Utlandsfödda mammor hade fler symtom på allmän psykisk ohälsa, högre nivåer av posttraumatisk stress och mindre socialt stöd än mammor födda i Sverige, vilket pekar på en ytterligare utsatthet som behöver uppmärksammas.

Föräldraaspekter behöver lyftas in i en effektiv behandling för mammor som levt med våld i sin relation. Resultaten pekar på att många barn är tredubbelt utsatta, dels för att bevittna våldet mot mamma från hennes nuvarande eller tidigare partner, dels för våld riktat direkt mot barnet från samme man, och dels också för våld utövat av mamman.

Mammans föräldraförmåga påverkas ofta negativt i de fall då hon har gemensamma minderåriga barn med den man som utövat våld mot henne och barnet, om föräldrarna har gemensam vårdnad eller pappan regelbundet umgänge med barnet.

Mamman riskerar att försättas i en omöjlig position där hon förväntas skydda sitt barn, som av rädsla för pappan inte vill umgås med honom, samtidigt som hon känner sig tvingad att understödja och underlätta för umgänge mellan barnet och pappa, av risk för att det annars uppfattas som att hon obstruerar mot fattade beslut om umgänge.

Verksamheter som riktar sig till mammor som utsatts för våld i sin nära relation bör i stället för att utveckla egna metoder i första hand pröva metoder som redan har empiriskt stöd, och göra detta i samarbete med forskare som kan utvärdera införandet av de nya metoderna.

Avslutningsvis vill vi poängtera att knappt 40 % av mammor som påbörjade av olika anledningar föll bort och inte fullföljde studien. Mammor som föll bort hade vid för-mätningen i genomsnitt fler barn, var yngre, hade lägre socioekonomisk status (SES) och hade levt längre med våld i sin relation. De hade också högre förekomst av psykisk, fysiskt och sexuellt våld, fler symtom på allmän psykisk ohälsa och posttraumatisk stress och en lägre känsla av sammanhang i tillvaron, jämfört med de mammor som fullföljde studien. Det finns anledning anta att den beskrivning av situationen för mammor som utsatts för våld som vi ger i föreliggande rapport inte är representativ för utlandsfödda kvinnor som ej talar svenska, och inte heller för mer utsatta svenskfödda kvinnor. Vår bedömning är att situationen för dessa grupper är sämre snarare än bättre jämfört med vad som redovisas i rapporten.

Utvärdering av stödinsatser för mammor som utsatts för våld i en nära relation av en manlig partner²

År 2007 skärptes Socialtjänstens ansvar gentemot kvinnor som utsatts för våld i sin nära relation och barn som bevittnar våld mot en förälder. I lagens förarbeten underströks vikten av ett ökat skydd och stöd till brottsoffren, primärt kvinnor som utsatts för våld och barn som bevittnar detta våld (Prop. 2006/07:38). I den lag som kom 2012 förtydligades detta ansvar ytterligare:

Till socialnämndens uppgifter hör att verka för att den som utsatts för brott och dennes närstående får stöd och hjälp. Socialnämnden ska särskilt beakta att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående kan vara i behov av stöd och hjälp för att förändra sin situation. Lag (2012:776).

Hösten 2007 fattade regeringen beslut om en Nationell handlingsplan om våld mot kvinnor vilken innehöll en rad initiativ i syfte att förbättra situationen för våldsutsatta kvinnor och deras barn. Dåvarande Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen fick bland annat i uppdrag att utvärdera effekten av behandlingsinsatser riktade till barn som bevittnat våld mot mamma. Detta uppdrag har genomförts av en projektgrupp med representanter från Göteborgs, Karlstads, Uppsala och Örebro universitet under ledning av Anders Broberg vid Göteborgs universitet. Forskargruppen innehåller såväl seniora som juniora forskare som kommer från psykologi, sociologi samt socialt arbete. I en studie med kvasiexperimentell design undersöktes barn som deltog i insatser särskilt inriktade på att ge stöd till barn som bevittnat våld mot mamma och en jämförelsegrupp bestående av barn, som inte fick sådana särskilt inriktade insatser. Studien avrapporterades till Regeringen i juni 2011¹ och belyste främst barnen. Föreliggande rapport har genomförts av samma projektgrupp som ovan, men inte som del av Socialstyrelsens uppdrag. I denna rapport belyses mammorna till barnen i studien. Syftet med rapporten är att beskriva de deltagande mammornas livssituation och självrapporterade psykiska ohälsa i samband med att de påbörjade någon form av stödinsats och huruvida den typ och mängd av stöd som mammorna erhöll hade några påvisbara effekter under det år som studien pågick.

Bakgrund

Nästintill dagligen återfinns notiser i dagstidningar om kvinnor som utsatts för våld i sin nära relation och varje år dödas 17 kvinnor av sin nuvarande eller tidigare pojkvän, sambo, man eller partner². Jämfört med våld som riktas mot män, sker våld mot kvinnor oftare i hemmet och förövaren är oftare en person som kvinnan sedan tidigare har

² Frågor rörande denna rapport kan riktas till Anders Broberg tel. 031 – 786 1703, e-post: anders.broberg@psy.gu.se eller Karin Grip, tel. 031- 786 1663 e-post: karin.grip@psy.gu.se

eller har haft en nära relation med ³. Det har skett en ökning under 2000-talet av antalet anmälda fall av misshandel där kvinnan är bekant med förövaren (från 16 000 år 2000 till 20 000 år 2010) ⁴. Det betyder inte självklart att våld mot kvinnor från nuvarande eller före detta man eller partner har blivit vanligare. Benägenheten att anmäla kan ha ökat, något som eventuellt skulle kunna hänga samman med att problemet med att kvinnor utsätts för våld i sin nära relation uppmärksammas mer i den politiska debatten ⁵. Alla anmälda fall av misshandel mot kvinnor där offer och förövare är bekanta med varandra innebär inte att de har eller har haft en nära relation, men en stor överlappning finns. Under 2010 utgjordes 75 % av den anmälda misshandeln som skett inomhus och där förövare och offer var bekanta med varandra av fall där förövare och offer hade en nära relation till varandra ⁴.

Det finns en rad olika begrepp för den typ av våld som sker i en nära relation. I Sverige är begreppen våld mot kvinnor eller mäns våld mot kvinnor vanliga. I denna rapport kommer våld i en nära relation att användas, dels för att det motsvarar ett av de vanligast förekommande begreppen i internationell forskningslitteratur (Intimate Partner Violence) och tydliggör att det är i den relation som man bör kunna förvänta sig trygghet, tillit och stöd som våldet sker, dels för att begreppet mäns våld mot kvinnor eller våld mot kvinnor även innefattar annat våld som riktas mot kvinnor och som inte nödvändigtvis sker från någon man som kvinnan har eller har haft en kärleksrelation till.

Denna rapport rör mammor som varit utsatta för någon form av våld i sin heterosexuella parrelation. Våld mellan homosexuella par, bi- eller transsexuella berörs inte, framför allt för att det inte fanns med i uppdraget från Socialstyrelsen. Uppdraget rörde interventioner till barn som bevittnat våld mot sin mamma och deras mammor och vi har därför inte heller tagit upp litteratur som rör kvinnors användande av våld i nära relationer. Även om våld från kvinnor mot män också förekommer – i vilken omfattning är något som diskuteras – pekar den forskning som finns inom området entydigt på att konsekvenserna för kvinnor av att utsättas för våld från sin partner är mer allvarliga, innebär fler och grövre skador ⁶⁻⁸ och större rädsla jämfört med kvinnors våld mot män ^{8,9}.

Påfrestningarna och följdverkningarna av att utsättas för våld i sin nära relation är många och rör såväl fysisk och psykisk hälsa som social situation, boende och ekonomi. Att lämna en våldsutövande man, sambo eller partner är ofta något som sker stegvis i en process som kan pågå under flera år ¹⁰. Beslutet att bryta upp från en relation där våld förekommer påverkas av faktorer hos kvinnan, mannen och relationen ¹¹ samt tillgång till ekonomiska resurser och möjligheter till självförsörjande ¹⁰. Precis som många andra beslut att förändra något, exempelvis att inte dricka så mycket alkohol eller börja motionera regelbundet, så är att lämna en relation – oavsett om den är präglad av våld eller inte – en process som involverar olika stadier av "readiness to change" ¹². En annan viktig faktor i mammors beslut att bryta sig loss från en relation där de utsätts för våld är att de märker att situationen påverkar barnen negativt ¹³⁻¹⁵. Många mammor som utsätts för våld i sin nära relation har en hög grad av psykisk ohälsa, och den psykiska ohälsan tillsammans med den situation som mammorna lever i, påverkar ofta deras möjlighet och förmåga att vara psykiskt och fysiskt tillgängliga i den grad som deras barn behöver ¹⁶.

¹⁷. När väl mammor tar beslutet att lämna sin man, partner eller sambo uppstår ofta en rad andra utmaningar och påfrestningar, som kan röra allt från att komma i säkerhet på annan ort, få plats på ett skyddat boende eller att snabbt hitta någonstans att bo, till att hantera eventuella skolbyten för barnen, rättsliga processer eller juridiska tvister rörande bodelning, vårdnad och umgänge och symtom på psykisk ohälsa hos barnen och/eller för egen del. Att lämna den våldsamma partnern innebär ofta också ökade ekonomiska utgifter (byte av boende, inledningsvis att med sin inkomst försörja sig själv och barnet/barnen på egen hand) och nya tidsanspråk (för hämtning/lämning av barn på förskola eller skola och andra aktiviteter). Dessutom kan allvarlig posttraumatisk stress inverka negativt på kognitivt fungerande så som minnesförmåga och att organisera och planera aktiviteter i vardagen. I många fall upphör dessutom inte våldet i och med att mamman separerar från förövaren utan kan istället trappas upp ¹⁸. Både att stanna kvar i relationen men också lämna den innebär risk för nytt våld. Det stöd och bemötande som mammor utsatta för våld i sin nära relation får när de söker hjälp och berättar om sin våldsutsatthet är av avgörande betydelse för att inte eventuella känslor av hjälplöshet ska uppstå och/eller förstärkas och bidra till misstro mot och hinder för att söka annat eller ytterligare stöd ¹⁹.

Kvinnor löper olika risk att utsättas för våld i sin nära relation

Att utsättas för våld från sin kärlekspartner förekommer bland kvinnor i alla sociala skikt, bland yngre, medelålders och äldre kvinnor, med eller utan barn. Det betyder däremot inte att alla har lika stor risk att utsättas för våld i sin nära relation, något som ofta har framförts ^{20, 21}. Att utsättas för våld i någon form från sin nuvarande eller före detta partner är mer vanligt bland yngre kvinnor, och bland kvinnor med barn och då framför allt yngre barn ^{22, 23}. Kvinnor med missbruksproblematik eller funktionsnedsättning är överrepresenterade i statistiken rörande våld mot kvinnor ²⁴, likaså är kvinnor inom vuxen psykiatrisk vård en speciellt utsatt grupp ^{25, 26} och kvinnor födda utanför Sverige rapporterar en högre grad av utsatthet för fysiskt våld än kvinnor födda i Sverige ²⁷.

Det finns inte en faktor som förklarar varför kvinnor drabbas av våld i sin nära relation, utan det är en samverkan mellan situationsbetingande, individuella och sociala faktorer, vars inflytande kan variera från situation till situation, person till person och från en tid till en annan ²⁸. Generellt pekar studier på att det finns en förhöjd risk att utsättas för våld i sin nära relation om det finns riskfaktorer hos kvinnan/mamman och/eller hennes partner, så som till exempel missbruk ²⁹⁻³¹, psykisk ohälsa ^{26, 32, 33}, socioekonomisk stress och arbetslöshet ^{30, 34, 35}. En rad andra riskfaktorer för att som vuxen kvinna utsättas för våld i sin nära relation, utöver missbruk, psykisk ohälsa och socioekonomisk stress har också undersökts. Det finns förhållandevis få longitudinella studier som följt en stor grupp barn från unga år fram till vuxenlivet och som undersökt riskfaktorer för att i

vuxen ålder utsätts för våld i sin nära relation. En sådan stor longitudinell studie visade att den faktor som bäst förutsa om man som vuxen blev utsatt för våld i sin nära relation, var att som barn ha bevittnat våld mot sin förälder ³⁶. Andra studier pekar också på att ha erfarenheter av att som barn ha varit utsatt för misshandel eller sexuella övergrepp ger en ökad risk för att drabbas av våld i sin nära relation som vuxen ³⁷⁻³⁹. Faktorer i vuxenlivet som tycks öka risken för att utsättas för våld i sin nära relation är att ha varit utsatt i en tidigare relation, och en minoritet (cirka en femtedel) kvinnor tycks upprepat utsättas för våld i nya relationer ⁴⁰⁻⁴². Allvarlig posttraumatisk stress är också en faktor som påverkar risken för att på nytt utsättas för våld i en ny relation ^{43, 44}. Det uppstår lätt en ond spiral där utsatthet leder till sämre hälsa och sämre hälsa i sin tur till fortsatt och större utsatthet ⁴⁵.

När det gäller undersökningar rörande riskfaktorer rör det grupper av individer och en ökad risk på gruppnivå. Det innebär att även kvinnor som inte har någon känd riskfaktor för att utsättas för våld i sin nära relation mycket väl kan utsättas för våld, likväl som att kvinnor som har flera av de nämnda riskfaktorerna inte nödvändigtvis har varit eller kommer att bli utsatta för våld. Även om olika former av traumatiska uppväxterfarenheter eller posttraumatisk stress i vuxenlivet innebär en klart förhöjd risk att drabbas av våld i sin nära relation är det viktigt att poängtera att många kvinnor som utsätts för våld av sin partner inte har varit utsatta för våld i barndomen, våld från tidigare partner, eller missbrukar ⁴⁶. I BRÅs studie rörande våld i nära relationer ³ förekom alkohol i cirka hälften av fallen av hot trakasserier, och misshandel som kvinnor utsattes för i sin nära relation.

Konsekvenser av att utsättas för våld i sin nära relation

Psykisk och fysisk ohälsa

Våld i en nära relation är ett potentiellt trauma och 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 ⁴⁷. 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 som till exempel tsunamikatastrofen 2004 eller 11:e septemberkatastrofen ⁴⁸. 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 i början på 1980-talet som misshandel i hemmet är ett brott som faller under allmänt åtal.

Risken för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom [PTSD]³ och annan ohälsa är

³ Post Traumatic Stress Disorder, som oftast förkortas PTSD även på svenska, är en ångeststörning till följd av enstaka eller upprepade händelser som inneburit hot om allvarlig skada eller död vilken väckte extrem rädsla, skräck och/eller hjälplöshet. PTSD utmärks av: Återupplevande minnen [flashbacks, mardrömmar], *Undvikande* [av saker som påminner om händelsen, svårigheter att minnas händelsen, känslomässig frusenhet och likgiltighet], *Förhöjd spänningsnivå* [sömn- & koncentrationssvårigheter, extrem vaksamhet].

större vid trauman som har sin grund i mellanmänskligt beteende jämfört med trauman till följd av exempelvis naturkatastrofer, allvarlig sjukdom, bil- eller flygolyckor⁴⁸. PTSD är förhållandevis ovanligt sett till antalet personer som är med om någon form av traumatisk händelse⁴⁹ men något vanligare bland kvinnor än män^{50, 51}. Traumatisering med åtföljande posttraumatiskt stressyndrom är också vanligare hos kvinnor än män som utsatts för våld i en nära relation^{52, 53}. Förekomsten av PTSD hos kvinnor som har blivit utsatta för våld är förhållandevis stor. I en svensk studie rörande våldsutsatta kvinnor hade 12 av 14 tydliga posttraumatiska stressymtom⁵⁴. Olika internationella studier har visat en förekomst av PTSD på mellan 31-84 procent hos kvinnor som utsatts för våld i sin nära relation^{55, 56}.

Att utsättas för våld i sin nära relation innebär förutom en ökad risk för PTSD, också ökad risk för annan psykisk ohälsa som generaliserad ångest och depression⁵⁷, suicidtankar och självmordsförsök⁵⁸⁻⁶¹. Våld i en nära relation är vidare förbundet med en sämre generell hälsa^{59, 62-64} och somatiska symtom som högt blodtryck, rygg- och huvudvärk och gynekologiska besvär⁶⁵. Negativa effekter på psykisk och fysisk hälsa finns ofta kvar flera år efter att relationen till förövaren avslutats^{65, 66}.

Vårdkontakter

Att ha levt med våld i sin nära relation är förbundet med fler kontakter med både somatisk och psykiatrisk vård. En del studier har visat att oavsett typ av våld (fysiskt eller icke-fysiskt) som kvinnan har utsatts för, är kontakter med psykiatrisk vård vanligare jämfört med kvinnor som aldrig varit utsatta för våld i sin nära relation och oavsett när i tid våldet var daterat det vill säga om det var pågående, hade skett inom de senaste fem åren eller inträffat längre tillbaka i tiden än fem år⁶⁷. 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 år⁶⁸.

Kognitivt fungerande

Det våld som kvinnor utsätts för i nära relationer innebär ofta slag mot huvud, nacke och ansikte⁶⁹, likaså är stryptag förhållandevis vanligt⁷⁰, något som ökar risken för små hjärnskador eller "Traumatic Brain Injuries" (TBI). En studie som undersökte kvinnor som utsatts för våld i sin nära relation fann att nästan hälften (40 %) av kvinnorna hade TBI som följd av att ha förlorat medvetandet under en stund efter slag mot huvudet eller strypgrepp⁷¹. Det finns få studier som har undersökt sambandet mellan TBI och utsatthet för våld i sin nära relation. Symtom vid små hjärnskador är bland annat yrsel, huvudvärk, irritabilitet, trötthet, depression och ångest – alla vanligt förekommande symtom hos kvinnor som utsatts för våld i sin nära relation⁷⁰. De få studier som finns rörande kvinnor som utsatts för våld i sin nära relation, förekomst av TBI och neuropsykologiskt fungerande har alla visat nedsatt verbalt minne, inlärning och minskad kognitiv flexibilitet⁷⁰.

Kärleksrelationen som en anknytningsrelation

I jämförelse med andra typer av interpersonellt våld, innebär våld i en nära relation också ett så kallat "anknytningstrauma" vilket innebär ytterligare en försvårande omständighet⁴⁷. En kärleksrelation mellan vuxna är också en anknytningsrelation⁷² även om den skiljer sig från anknytningsrelationen mellan barn och förälder. 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 förlöjlighanden, förringande och nedsättande tillmälen, tvingas till sexuellt umgänge, bli hotad, ryckt i håret, örfilad eller knuffad. När den relation i vilken man har rätt att förvänta sig tröst och stöd 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. Våld från sin anknytningsperson skadar tron på sig själv som värd kärlek och uppmärksamhet och tilltron till partnerns pålitlighet och välvilja, något som också riskerar att inverka på hur andra personer uppfattas mer generellt. Psykiskt våld från en manlig partner har också kopplats till ökad anknytningsotrygghet och tycks även kunna påverka anknytningen till eventuellt efterföljande kärlekspartner⁷³. Personer med otrygg anknytning (ambivalent eller rädd anknytningsstil) har också visat sig ha lättare att utveckla posttraumatisk stress jämfört med trygga eller undvikande individer^{74, 75}.

Föräldraskap

Situationen för mammor som utsatts för våld av sin partner skiljer sig från den som gäller kvinnor utan barn. Kvinnor med barn är, som tidigare nämnts, oftare utsatta för våld än kvinnor utan barn²² och mammor med yngre barn är överrepresenterade när det gäller gruppen kvinnor som utsätts för våld i en nära relation⁷⁶. Majoriteten av våldsutsatta mammor i USA har barn under 12 år²³ och i en svensk undersökning hade drygt en tredjedel av mammorna barn under 7 år⁷⁷. Speciellt bekymmersamt är det att barnet eller barnen i hög grad tycks vara i närheten när våldet pågår^{16, 78, 79}. I studier från framför allt USA har det visat sig att det i omkring hälften av fallen är den biologiska pappan till barnet som utövar våld mot mamman^{80, 81}. I Sverige tycks denna siffra vara högre, så hög som mellan 86-87 %^{1, 16, 82, 83}. Barnet har oftast någon form av 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 trakasserier och hot upphör^{81, 84}. En del studier visar att risken för våld kan öka, och till och med vara som störst efter separationen⁶⁴. Andra studier pekar på att barnet eller barnen kan användas som ett sätt att försöka

kontrollera eller hota mamman^{81, 85}. Många mammor i kontakt med familjerätt respektive socialtjänst beskriver också dubbla eller motstridiga förväntningar eller krav som ställs på dem som föräldrar. Å ena sidan en förväntan på att de som mammorna ska skydda sina barn från att fortsätta tvingas leva med att bevittna våld och å andra sidan förväntningar på att underlätta och stödja att barnet har kontakt med båda sina föräldrar (även den som har utövat våld)^{84, 86}.

En utmärkande faktor för kvinnor som också är mammor är att de behöver hantera våldets påfrestningar och samtidigt upprätthålla sin föräldrafunktion. Flera studier har visat att mammor som utsätts för våld i sin nära relation upplever en hög stress i sitt föräldraskap⁸⁷⁻⁸⁹. En annan vanlig gemensam faktor för mammor som utsätts för våld i sin nära relation är skuld känslor över vad barnet/barnen har varit med om och oro över hur detta kan ha påverkat dem⁹⁰. 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 mest¹⁶. 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 drabbade av våldet, dels för att barnets upplevelser kan bli en smärtsam påminnelse om den egna utsattheten. 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^{91, 92}. Detta understryks ytterligare av forskningsresultat som pekar på föräldraförmågens betydelse för barnets återhämtning efter traumatiska erfarenheter⁹³⁻⁹⁵.

När det gäller våldsutsatta och misshandlade mammors föräldraförmåga är forskningsresultaten motstridiga. En del studier pekar på att mammans förmåga att vara inkännande och ha barnets behov i fokus försämrats i familjer där våld förekommer^{96, 97}. Mindre konsekvent och mer auktoritär föräldrastil har rapporterats hos mammor med en hög grad av våldsutsatthet och traumatisering⁹⁸, likaså finns studier som pekar på förekomst av en ökad grad av fysisk aggressivitet gentemot barnen hos mammor som varit utsatta för våld i sin nära relation^{99, 100}. En longitudinell studie visade att mammor som utsätts för mer våld i sin nära relation hade ökade depressiva symtom, som i sin tur var förknippat med en mer hård och invaderande föräldrastil (föräldrabeteenden som uppvisade bristande respekt gentemot barnet som en egen person, interfererande med barnets intressen, önskemål och behov och förbiseende av barnets uttryck och behov av autonomi) jämfört med mammor som hade en lägre grad av våldsutsatthet¹⁰¹. I en annan studie påverkade mammors våldsutsatthet direkt deras föräldraförmåga negativt i relation till deras tonåriga barn (föräldraförmåga mätt som användande av fysisk bestraffning och grad av engagemang i tonåringens skolarbete)¹⁰². Slutligen pekar några studier faktiskt på att föräldraförmågan tycks vara avhängig om våldet är pågående eller avslutat, och den tid som har förflutit sedan våldet^{97, 103}. Andra studier talar dock för att mammor som utsätts för våld i sin nära relation eventuellt kan kompensera för den otrygghet som våldet skapat genom att öka sin omsorg och omvårdnad^{104, 105}.

Ekonomi

Den uppskattade samhällskostnaden i Sverige för våld mot kvinnor var cirka 3 miljarder kronor år 2004 och cirka 7 000 kvinnor per år utsattes för så pass kraftigt fysiskt våld att de var tvungna att uppsöka läkare, sjuksköterska eller tandläkare ¹⁰⁶. Det finns dessutom dolda kostnader för våld i nära relationer då många våldsutsatta kvinnor hamnar inom vården för psykisk ohälsa. En rapport från 2011 uppskattade samhällets och sjukvårdens kostnader för våld mot kvinnor till minst 2,5 miljarder per år ¹⁰⁷. Då ingick inte kostnader för kvinnors försämrade livskvalité som smärta, oro och rädsla. Kunskapen om våldsutsatthetens kostnader för de enskilda kvinnorna är begränsad. Ett försök till uppskattning av den individuella kostnaden för att ha utsatts för våld under en 20-års period av samma man var drygt två miljoner kronor ¹⁰⁸. Kostnader för den enskilda kvinnan rör till exempel advokatkostnader vid skilsmässa, vårdnadstvist och ofördelaktiga uppgörelser vid bodelning ¹⁰⁷. Internationellt finns studier som tyder på långsiktiga negativa ekonomiska konsekvenser för kvinnor som utsatts för våld i sin nära relation ^{109, 110}. De finns också de som utöver psykiskt, fysiskt och sexuellt våld, inkluderar ekonomiskt våld som en form av våld som kvinnan kan utsättas för i sin nära relation. Det kan till exempel röra att ha tagit lån i kvinnans namn när de levt tillsammans och som man sedan när man separerat inte är med och betalar av eller att på andra sätt försöka försvåra för mamman att utföra sitt arbete och vara ekonomiskt självförsörjande. Det finns instrument framtagna för att försöka fånga eventuell utsatthet för ekonomiskt våld ¹¹¹.

Stöd- och behandling för mammor som utsatts för våld

Internationella/Amerikanska studier

Behandlingsinsatser för mammor 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 ⁹⁰. Mammor har olika förutsättningar och är olika sårbara för påfrestningar. De mammor som har fler riskfaktorer behöver troligtvis mer intensiva stödinsatser ¹¹². Individuellt utformade och anpassade behandlingsinsatser har lyfts fram som något som är att föredra när det gäller traumabehandling ⁴⁵. 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 mammorna sedan eventuellt kan behöva ytterligare hjälp. När det gäller behandling eller stöd direkt riktad till våldsutsatta kvinnor som mammor med fokus på deras föräldraskap finns få studier ¹¹³. Ett exempel på en sådan utvärderad insats är ett 16-veckors gruppstöd riktat till mammor som utsatts för våld i sin nära relation. Programmet hade fokus på fyra teman: (1) "att vara mamma", (2) "mina föräldrar och mitt föräldraskap", (3) "föräldrakompetens" och (4) "att vara en våldsutsatt kvinna och mamma" ¹¹⁴. Gruppstödet utvärderades med upprepade mätningar (före insats, efter avslutad insats och tre månader efter avslutad insats) och hade en liten kontrollgrupp och totalt var det 36 mammor som

deltog i studien. De mammor som deltog i gruppstödet upplevde en större effektivitet i sitt föräldraskap, mindre föräldrastress och bättre allmänt välmående jämfört med kontrollgruppen. Vid uppföljningen tre månader senare var dock bara föräldrastressen fortsatt lägre, medan den initialt positiva effekten på allmänt välmående och upplevd föräldraeffektivitet inte kvarstod ¹¹⁴.

Det finns också ett fåtal behandlingsprogram, alla utvecklade i USA, som riktar sig till mammor som utsatts för våld i sin nära relation och deras barn och som är utvärderade i randomiserade kontrollerade studier ¹¹³. Inget av dessa program var 2008, när den svenska utvärderingen planerades och senare påbörjades, prövade utanför USA. Nedan följer en kort beskrivning av dessa program.

Kids' Club är ett strukturerat 10-veckors gruppbehandlingsstöd för barn mellan 6 och 12 år som bevittnat våld mellan sina föräldrar. Parallellt med att barnen går i grupp, erbjuds mammorna gruppstöd. Mammagruppen fokuserar bland annat på att hantera föräldraskap under stress, och arbetet sker utifrån det som mamman själv formulerar som det mest angelägna att hantera i relationen till sitt barn. Vidare finns fasta inslag rörande uppfostringsstrategier, barns utveckling och hur man kan tala med barnet om det våld som förekommit. I de utvärderingar som har gjorts har mammornas traumasymtom och allmänna psykiska mående förbättrats efter genomgången gruppstöd ¹¹⁵, men inte deras självskattade föräldraförmåga ¹¹⁶. Det har dock visats att barnen har större nytta av det stöd de själva får om mamman samtidigt får eget stöd ¹¹⁵. Gruppstödet är utformat som ett generellt stöd till barn som bevittnat våld och deras mammor och barnen behöver inte ha kliniska symtom för att delta i grupp.

Project Support är ett behandlingsprogram som fokuserar på rollen som mamma och förälder. Det har utformats speciellt för mammor på väg från vistelse på kvinnojour med barn mellan 4 och 9 år som har allvarliga utagerande beteendeproblem (trots- och uppförandestörning). Behandlingen sker i hemmet med en frekvens om cirka en gång per vecka under 1 1/2 timma och varar under åtta månader. Behandlingsupplägget är flexibelt och anpassas till mammans livssituation. I de utvärderingar som gjorts har antal träffar i medeltal legat runt 20 tillfällen. Interventionen innehåller två huvudkomponenter: (1) att ge mammor socialt stöd och träning i problemlösning och (2) föräldraträning för att minska barnets uppförandeproblem. Föräldraträningen är pedagogisk och innefattar direkta instruktioner, praktiska övningar och feedback till mammorna, där omsorg och omvårdnad samt hantering av barnets beteendeproblem betonas. Mammor som deltagit i programmet har uppvisat en förbättrad föräldraförmåga och minskad psykiatrisk belastning jämfört med mammor som fått "stöd som vanligt". Förbättrad föräldraförmåga och bättre psykiskt mående förklarade en stor del av minskningen av barnets beteendeproblem ^{117, 118}.

En psykoterapeutisk behandling till mammor som utsatts för våld i sin nära relation och deras barn är *Child Parent Psychotherapy* (CPP) ¹¹⁹⁻¹²¹. CPP är framför allt inriktad på att hantera och bearbeta allvarlig traumatisering och riktar sig till mammor och småbarn och barn i förskoleåldern. Behandlingen sker en gång i veckan under ett år med mamma och barn tillsammans. Ett av de övergripande målen med behandlingen är att (åter-)

skapa en trygg anknytning hos barnet och god omsorgsförmåga hos föräldern ¹¹⁹. Målen med behandlingen berör både relationen mellan barn och förälder och traumahantering. Behandlingskomponenter inkluderar att hjälpa barn och förälder att tillsammans skapa en mening i deras erfarenheter och förstå att barnet och föräldrarnas förståelse kan vara olika, hjälpa förälder och barn att reflektera över tankar, känslor och beteenden och lära sig sätt att hantera starka känslor och reaktioner. När det gäller traumaerfarenheterna är behandlingens fokus att normalisera traumatiska reaktioner och symtom, skapa en mening och förståelse av händelserna, och arbeta med skillnaden mellan att komma ihåg en traumatisk händelse och att återuppleva den. Resultaten från de randomiserade kontrollerade studier som har genomförts har visat på positiva effekter för CPP jämfört med behandling som vanligt respektive 'case management'. Barnen som fick CPP hade större förbättring i graden av posttraumatisk stress och det var färre antal barn som diagnosticerades med PTSD i jämförelse med barn i de andra grupperna. Mammorna uppvisade mindre undvikande symtom, och tenderade att ha mindre psykisk ohälsa och posttraumatiska symtom. Effekterna för både barn och mammor fanns kvar även vid uppföljning sex månader senare ^{119, 120}. Behandlingen har också utvärderats i randomiserade studier och en genomförbarhetsstudie i vanlig klinisk praktik av andra forskare än skapare av programmet ¹²²⁻¹²⁴.

Stödinsatser i Norden och i Sverige

Den vanligaste insatsen i Sverige för mammor som utsatts för våld i en nära relation och deras barn är sannolikt ingen insats alls. I övrigt beror insatsen i väldigt stor utsträckning på var man bor och vilken verksamhet man fått kontakt med. Kvinnojourer och skyddade boenden för kvinnor erbjuder ofta någon form av stödsamtal och ibland också gruppverksamhet för kvinnorna. Verksamheter som är inriktade på att stödja barn som bevittnat våld mot mamma och deras mammor erbjuder oftast mammorna individuella krissamtal och/eller strukturerad pedagogisk gruppinsats parallellt med att deras barn också går i grupp. Många av stödinsatserna har ett generellt fokus och riktar inte in sig på en viss typ av problem. De syftar snarare till att stärka mammans fungerande och mående i allmänhet och ge utrymme att bearbeta det våld hon utsatts för. Det finns alltså ett flertal program och modeller för att stärka och hjälpa mammor som levt med våld i en nära relation. Få av programmen är utvärderade och många stödinsatser som erbjuds är vagt utformade och det är sällan specificerat hur man konkret arbetar.

Behov av utvärdering av olika stödinsatser

Behovet av utvärderingsforskning och effektstudier har konstaterats internationellt och nationellt ¹²⁵⁻¹²⁸. 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 ¹²⁵. 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 till kvinnor som utsatts för våld. I två senare översikter

rörande evidensbaserade interventioner riktade till kvinnor som utsatts för våld, konstaterades att olika sociala interventioner som rådgivning och effekten av kvinnojoursboende, i bästa fall hade visat rimliga, men i många fall otillräckliga eller oklara resultat rörande effektivitet^{126, 129}. En systematisk översikt tar upp 10 välkontrollerade studier av effekter av rådgivning till kvinnor utsatta 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 föreslås längre utvärderingsperioder (minst 1 år) samt att teoretiskt förankrade arbetsmetoder utvärderas för att kunna bedöma vad som fungerar respektive inte fungerar¹²⁷.

Parallellt med den utvärdering av stödinsatser för barn som bevittnat våld mot mamma och deras mammor som vår forskargrupp ansvarat för¹, har docent Anders Tengström och medarbetare vid Karolinska institutet genomfört en utvärdering av Socialtjänstens och ideella kvinnojourers insatser för kvinnor som utsatts för våld av män i nära relationer¹³⁰. Studien omfattade 353 kvinnor från fyra olika kommunbaserade verksamheter samt 20 ideella kvinnojourer i landet. I studien ingick också 206 våldsutsatta kvinnor som rekryterades via annons i dagspress och som inte erhöll någon intervention. Resultatet visade att kvinnorna vid ett-årsuppföljningen rapporterade små till måttliga förbättringar avseende psykisk hälsa och psykosocial funktion jämfört med hur de beskrev sin situation ett år tidigare, och mammorna och kvinnorna var i hög grad nöjda med de stödinsatser som de erhölet. Men eftersom även de kvinnor som inte erhölet någon direkt insats för sin våldsutsatthet (de som rekryterats via annonser) också förbättrades under uppföljningsåret kunde man, enligt forskargruppen, inte dra slutsatsen att de specialiserade insatserna (kvinnojourer och skyddade boenden) genomsnittligt sett hade en positiv effekt på kvinnornas psykiska hälsa och funktion.

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.

Syfte

I rapporten beskrivs först:

Mammornas självrapporterade våldsutsatthet, sociala situation och upplevda livskvalité samt psykiska ohälsa i samband med att de skulle påbörja en stödinsats.

Den förövande mannen och hans relation till mamman och hennes barn, som den beskrivs av mamman, inklusive förekomsten av juridiska aspekter av relationen.

I rapporten granskas sedan:

Om mammornas självrapporterade våldsutsatthet, upplevda livskvalité samt psykiska ohälsa förändrades under det år som studien pågick. Förändringar av psykisk ohälsa analyseras både på grupp- och individnivå och därefter undersöks eventuella faktorer som har samband med individuellt skattade förändringar.

Om det fanns några skillnader i effekter rörande mammornas mående beroende på när i tid utsatthet för psykiskt respektive fysiskt våld var daterat samt typ och mängd av stödinsats som mamman hade fått.

Mammornas självrapporterade föräldraförmåga och anknytningsstil.

METOD

Totalt inkluderades 219 mammor till 315 barn i åldern 3-13 år i studien, då uppdraget var att utvärdera insatser till barn som bevittnat våld mot sin mamma. Mammornas barn var aktuella för insatser vid totalt 16 olika verksamheter. Information från mammorna har samlats in före, efter och ett år efter påbörjad stödinsats. Materialet som resultaten bygger på är frågor besvarade av mammorna.

Deltagare

Mammorna hade alla levt i en heterosexuell parrelation. Mammorna var i genomsnitt 36 år ($M = 35.9$, $SD = 7.1$) med en variation från 21 till 50 år. De hade i medeltal två barn ($M = 2.21$, $SD = 1.0$), varav ett barn deltog i studien ($M = 1.39$, $SD = 0.6$), vilket i allmänhet berodde på att studien enbart omfattade barn i åldern 3 till 13 år eller att endast ett av mammans barn var aktuellt för stödinsats/behandling. En sjättedel av kvinnorna hade en utbildningsnivå som motsvarade 9-årig grundskola eller mindre, och ungefär lika många hade ett till två års yrkesutbildning efter grundskolan. Majoriteten av mammorna hade dock en högre utbildning i form av avklarad gymnasieutbildning (30 %), eller studier på universitetsnivå (41 %). Närmare tre fjärdedelar av mammorna var födda i Sverige, en tiondel i övriga Europa medan en femtedel hade sitt ursprungsland utanför Europa. Drygt hälften av mammorna yrkesarbetade medan var tionde var arbetslös, var sjätte studerade eller var föräldraledig, och nästan var femte var långtidssjukskriven (mer än 6 månader). Socioekonomisk status beräknades efter Hollingsheads index 131 där utbildning, yrke och sysselsättning ingår. I genomsnitt låg mammornas socioekonomiska status på strax under 30 poäng ($M = 29.8$, $SD = 4.6$) med en variation från 8 till 66. Genomsnittet är lägre än svenska kvinnors i allmänhet vilket i huvudsak förklaras av att mammorna, trots relativt hög utbildningsnivå, var utanför arbetsmarknaden på grund av långtidssjukskrivning i så stor utsträckning.

Procedur

UTVÄRDERINGENS DESIGN

Projektet genomfördes med upprepade mätning vid tre mättillfällen: före eller i samband med att stödinsatsen till barnen påbörjades gjordes en förmätning (T1), efter avslutad stödinsats (4 - 6 månader senare) gjordes en eftermätning (T2) och ettårsuppföljning (T3) gjordes 11 - 13 månader efter förmätningen.

I studien har stödinsatser för barn som bevittnat våld mot mamma studerats, och i samband med denna studie undersöktes även vilket stöd som gavs till barnens mammor. Att studera stödinsatser till barn som bevittnat våld i en nära relation i form av en randomiserad och kontrollerad studie (RCT) bedömdes inte vara möjligt vid studiens start år 2008. Ingen av verksamheterna som då fanns i Sverige var tillräckligt stor eller hade ett tillräckligt varierat utbud av stödinsatser för att möjliggöra en sådan studie. Av etiska skäl bedömdes det inte heller möjligt att jämföra deltagande i en stödinsats med "ingen behandling" inom ramen för de existerande verksamheterna. Istället beslöt vi att välja ut

några olika exempel på ”lovande” och finansiellt och personellt rimligt stabila verksamheter som erbjöd olika typer av stöd (i grupp eller individuellt) till barn som bevittnat våld mot sin mamma och att jämföra resultatet av de stödinsatserna med de i dagsläget realistiska alternativen, d.v.s. övriga verksamheter i samhället som barn som bevittnat våld mot mamma och deras mammor kommer i kontakt med. Urvalet av verksamheter baserades på den kartläggning av stödinsatser till barn som bevittnat våld som kom ut 2006¹³². I samband med detta samlades information in angående vilket stöd som erbjöds mammorna till barnen vid den aktuella verksamheten. Eftersom verksamheterna i studien primärt är inriktade mot stöd till barn ser stödet till mammorna ut på olika sätt, och verksamheterna valdes inte ut på grund av det stöd de erbjöd till mammorna.

En metodologisk svaghet med den kvasiexperimentella design vi valde är att det kan finnas systematiska skillnader mellan mammor som blir aktuella för olika verksamheter och att dessa skillnader, snarare än stödinsatsen eller behandlingen i sig, kan svara för eventuella skillnader i resultat. Vår avsikt var därför att rekrytera ett tillräckligt stort antal deltagare från de olika verksamheterna, och att dokumentera relevanta bakgrundsfaktorer (etnicitet, våldsutsatthet, socioekonomisk status m.m.) så att vi i efterhand, på statistisk väg, kunde kontrollera för skillnader mellan verksamheterna baserade på olikheter i deltagarnas bakgrund.

Rekrytering av verksamheter

Under våren 2008 togs kontakt med verksamheter inriktade på att ge stöd till barn som bevittnat våld mot mamma vilka hade en stabil rekrytering av barn och använde en metodik som personalen kunde beskriva muntligt och skriftligt. Som jämförelse till verksamheterna inriktade på arbete med barn och som bevittnat våld valdes fem andra verksamheter.

För att så långt som möjligt säkra att datainsamlingen skulle gå till på samma sätt vid de olika verksamheterna kallades dessa, tack vare ekonomiskt stöd från Allmänna barnhuset, till ett internat på Sättra bruk i augusti 2008. Där gick vi igenom projektets förutsättningar och upplägg i detalj, och verksamheterna fick tid för att ställa frågor och komma med synpunkter. Avtal slöts sedan med de olika verksamheterna, vilka förband sig att före utgången av september månad 2009 ha ”försatt” forskningsprojektet med 30 barn i åldern 3 - 13 år, som bevittnat våld mot sin mamma och deras mammor. Redan tidigt under hösten 2008 stod det dock klart att flera av verksamheterna inte skulle kunna leva upp till avtalet. Vi beslöt då att förlänga tiden för inklusion deltagande i studien (inklusion) med ett halvt år samt att utöka antalet verksamheter med ytterligare fyra.

Beskrivning av verksamheterna

Samtliga deltagande verksamheter finns beskrivna i rapporten *Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma – resultat från en nationell utvärdering*¹, så nedan ges enbart en summarisk sammanfattning av de olika typerna av insats.

VERKSAMHETER SOM ARBETADE MED MAMMOR OCH DERAS BARN I GRUPP

I den här gruppen fanns fem verksamheter som arbetade med grupper för barn som upplevt våld mot mamma och där behandlingen i fyra av fem fall innefattade parallell mammagrupp för mamman. Innan mammorna och barnen påbörjade gruppstöd erbjöds mammorna och barnen ofta ett antal individuella samtal, där man bl.a. utredde vad mammorna och barnet hade upplevt och gjorde en risk-/skyddsbedömning. Efter avslutad grupp erbjöds också ofta samtal för mamma och barn. Det var 96 mammor som rekryterades från dessa fem verksamheter.

VERKSAMHETER MED VISST STÖD TILL MAMMOR OCH INDIVIDUELLT STÖD TILL BARN

Tre av verksamheterna arbetade med Trappan-modellen som utvecklats av Ami Arnell och Inger Ekblom på Rädda barnen¹³³. Modellen är den i Sverige mesta spridda stödsatsen när det gäller krissamtal med barn som bevittnat våld mot mamma. I modellen ingår att Trappan-behandlaren och mamman har ett inledande samtal för barnet påbörjar sin behandling och sedan ett avslutande samtal där mamman får återkoppling. Trappan-samtalen är inte menade som en stödsats till mammorna, men verksamheterna som har Trappan-samtal erbjuder ofta mamman någon form av stöd. Det var 26 mammor som var i kontakt med denna typ av verksamhet.

STÖD FRÅN BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIN

Tre allmänna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter (BUP) ingick i studien, och de erbjöd den ”palett” av barnpsykiatriska insatser som fanns tillgängliga. Totalt var det 36 mammor som rekryterades från denna grupp av verksamheter.

INSATSER INOM SOCIALTJÄNSTEN (SKYDDADE BOENDEN OCH ANDRA HJÄLPINSATSER)

Gemensamt för de skyddade boendena är att kvinnor som upplevt våld i en nära relation kan söka skydd på verksamheterna och ta med sina barn dit. Kvinnorna erbjuds individuella stödsamtal, att delta i frivilliga samtal i grupp och de kan även få stöd i sitt föräldraskap. Kvinnorna kan även få hjälp med myndighetskontakter och kontakter runt barnen och praktisk hjälp av olika slag.

Inom Individ- och familjeomsorgen (IFO) genomförs utredningar enligt modellen Barnets behov i centrum (BBIC). När det gäller våld i familjen så uppgav verksamheterna att det framför allt gäller att trygga barnet i enlighet med socialtjänstlagen (SoL). Därutöver kan man hjälpa mamman och barnen till ett tryggt boende, bevilja stöd i hemmet, ordna en kontaktfamilj eller kontaktperson. Om hemförhållandena bedöms som alltför kaotiska eller riskabla kan barnet även komma att placeras i familjehem eller annat, enligt SoL eller LVU. Från skyddade boenden och Individ- och familjeomsorgen rekryterades 23 mammor.

FAMILJERÄTTEN

Familjerättsenheterna inom Socialtjänsten arbetar enbart med familjerättsjuridik. De familjer som var aktuella i den här studien gällde samarbetssamtal (frivilliga eller på remiss

från domstol) och utredningar till domstolen i ärenden där föräldrar inte var överens om vårdnad, boende eller umgänge. Vid Familjerättsenheter bedriver man inte stödinsatser eller behandling, däremot kan handläggarna fånga upp våldsutsatta föräldrar och hänvisa dem till stöd. Det var 38 mammor som rekryterades från familjerätten.

Det stöd som mammorna erhöll varierade inte bara mellan utan också inom de olika verksamheterna. Så när vi i resultatdelen redovisar effekter av typ och mängd av stödinsats så sker det på basis av vad varje mamma rapporterade att hon hade fått för typ av stöd, oavsett i vilken verksamhet hon deltagit. Hur detta har beräknats framgår i metodbeskrivningen under rubriken 'Klassning av typ och mängd erhållet stöd'.

Kriterier för deltagande

Studien som rörde mammorna hade följande inklusionskriterier:

(a) Mamman skulle ha tillräckliga språkkunskaper i svenska eller engelska så att intervju och skattningsformulär kunde genomföras på något av dessa språk. På grund av att projektet hade begränsade ekonomiska förutsättningar kunde inte tolkhjälp erbjudas för de mammor som inte kunde svenska eller engelska

(b) Mamman skulle ha minst ett barn i åldern 3 till 13 år. Att vi valde detta åldersspann berodde på att barnen skulle vara så pass gamla att de kunde ha format egna episodiska minnesbilder av våldet som mamman utsatts för och att de inte än var tonåringar med egna nära relationer.

(c) Våldet som mamman utsatts för skulle inte ligga mer än tre år tillbaka i tiden.

PROJEKTETS DEFINITION AV UTSATTHET FÖR VÅLD I NÄRA RELATION

Den använda definitionen av utsatthet för våld i projektet var bred och innefattade fysiskt, sexuellt såväl som psykiskt våld. Mamman inkluderades om hon självrapporterade handlingar, under de senaste tre åren från nuvarande eller före detta manlig partner, som innebar hot om eller faktiskt resulterade i fysisk eller psykisk skada.

Rekrytering av mammor till projektet

Rekrytering av forskningsdeltagare påbörjades i augusti 2008 och avslutades i april 2010 och skedde på olika sätt i de verksamheter som var särskilt inriktade på att arbeta med våld i familjen inklusive de skyddade boendena, jämfört med BUP och socialtjänstverksamheterna. I de förra visste vi redan att mamman varit utsatt för våld av en manlig partner eftersom det var ett kriterium för deltagande i verksamheten. Datainsamlarna skulle dock aktivt fråga dessa mammor när i tiden våldet var daterat. I de senare verksamheterna (BUP, Individ- och familjeomsorg och Familjerätt) behövde vi däremot först undersöka vilka av mammorna som varit utsatta för våld av sin partner och som således kunde vara aktuella för forskningsprojektet. Avtalet med dessa verksamheter innebar därför att verksamheten under inklusionsperioden förband sig att systematiskt kartlägga förekomsten av våld mot mammor från nuvarande eller tidigare partner. Alla mammor som kom till dessa verksamheter och som hade barn i åldern 3-13 skulle tillfrågas om utsatthet för våld i sin nära relation med formuläret Partner Violence Screening (PVS)¹³⁴. Om mam-

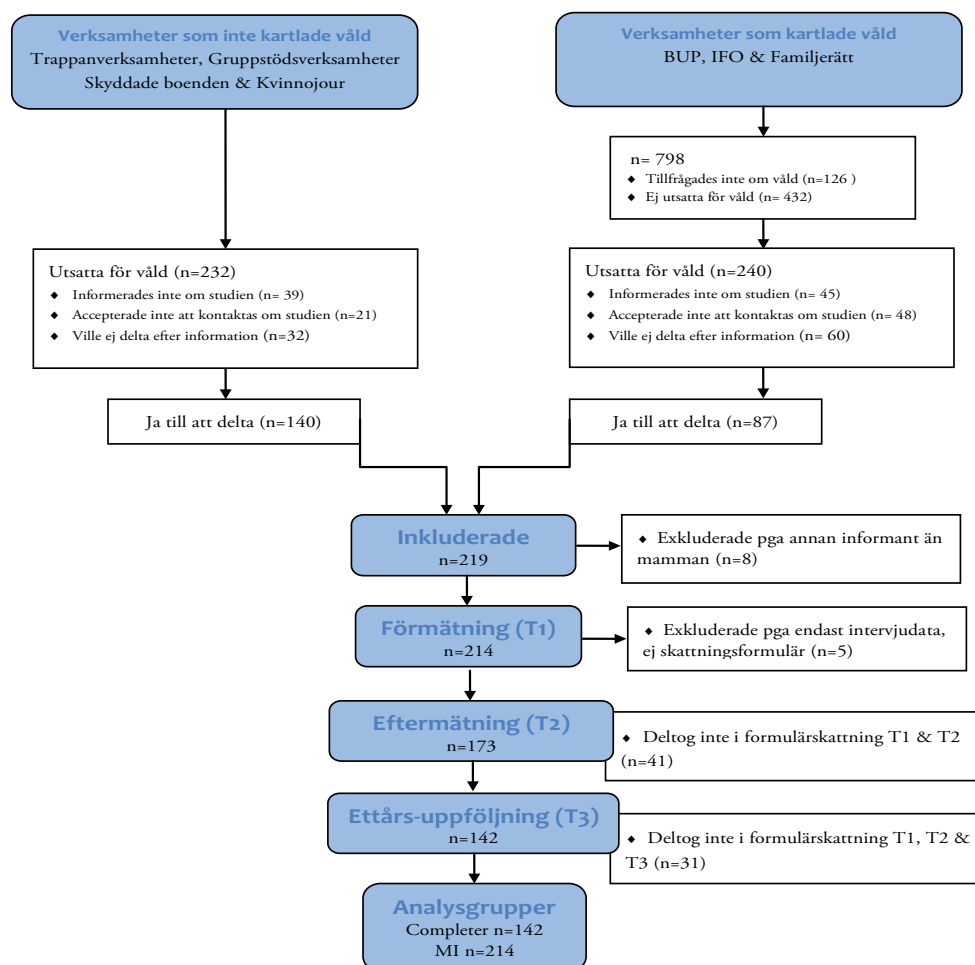
mans svar indikerade att hon varit utsatt för våld i en nära relation under de senaste tre åren skulle hon få skriftlig information om projektet samt tillfrågas om hennes namn och kontaktuppgifter fick lämnas ut till forskningsprojektets kontaktperson för mer information om studien.

Alla verksamheter ombads att för alla nybesök fylla i ett av oss framtaget basdatablad där ett fåtal bakgrundsuppgifter antecknades så som antal barn, barnens ålder och vårdnad. På basdatabladen från BUP, Socialtjänstens individ- och familjeomsorg och Familjerätten kunde man även utläsa hur mamman besvarat PVS-formuläret, om behandlaren/handläggaren valt att inte be mamman fylla i PVS och i så fall anledningen till detta. Slutligen fanns uppgiften om mamman accepterade kontakt med forskningspersonal för att få mer information om studien.

Bortfall

Av de cirka 700 mammor som besvarade PVS-frågorna om egen våldsutsatthet (BUP, Socialtjänstens individ- och familjeomsorg och Familjerätten) var det 240 som svarade att de hade varit utsatta för våld under de senaste tre åren. Ett hundratal mammor tillfrågades aldrig om de varit utsatta för våld, och orsaken till att mamman inte tillfrågades var allt från att personalen på verksamheten inte bedömde det lämpligt, glömt, inte haft tid eller att mamman inte velat besvara frågorna. Av de 240 mammorna som uppgett att de varit utsatta för våld var det ett antal som inte informerades om studien och ytterligare ett antal som inte accepterade att kontaktas av forskningspersonalen efter att de fått information om studien, och slutligen några som fick information om studien men tackade nej till deltagande. Av de 240 mammor som varit utsatta för våld och hade kontakt med BUP, Socialtjänstens individ- och familjeomsorg samt Familjerätten var det till slut 87 mammor som deltog i projektet (Figur 1).

Från de verksamheter som var särskilt inriktade på att arbeta med våld i familjen inklusive de skyddade boendena och som inte kartlade våld med PVS-formuläret fick vi in 232 basdatablad. Av dessa mammor tillfrågades 39 mammor aldrig om eventuellt deltagande och vidare kontakt med forskningsprojektets kontaktpersoner. En del mammor som informerades om studien accepterade inte att kontaktas av vår forskningspersonal för att få mer information och några avböjde deltagande efter information. Till sist var det 140 mammor från verksamheter speciellt inriktade på stöd till barn som bevittnat våld som deltog i studien (Figur 1).



Figur 1. Flödesschema över inkludering av mammor i verksamheter som kartlagde respektive inte kartlade våldsutsatthet samt antal som fullföljde självskattning vid alla tre mätningar (T1, T2 och T3). Analysgrupper completer (de som fullföljt självskattning vid alla tre mätningar) respektive MI (multiple imputations) för de som inte deltog eller fullföljde självskattning vid alla tre mätningar och completersamplet.

Av samtliga mammor, från både verksamheter som kartlade utsatthet för våld och sådana som inte gjorde det och som tackade ja till att bli kontaktade av oss, samtyckte 81.5 procent (219 mammor och 8 andra vuxna) till att delta i studien och genomförde den första mätningen, varav 214 deltog inte bara i intervju utan också fyllde i formulär om eget mående (T1). Vid den sista mätningen (T3) var det 142 mammor som deltog och skattade sitt eget mående och också hade skattat sitt mående vid både T1 och T2, vilket gör att 37 % av mammorna föll bort och saknar kompletta data (Figur 1). Vid jämförelse mellan de mammor som hade kompletta data och de som saknade data från eftermätning (T2) och/eller ettårsuppföljning (T3) förelåg ett flertal skillnader. Mammorna som föll bort hade i genomsnitt fler barn, var yngre, hade lägre socioekonomisk status (SES), hade

levt längre med våld i sin relation, hade högre psykisk ohälsa och posttraumatisk stress och en lägre känsla av sammanhang i tillvaron. Vidare hade de också en högre förekomst av psykisk, fysiskt och sexuellt våld mätt med CTS2 (instrumentet beskrivs i metod-delen). Bortfallet på ovan nämnda variabler undersöktes vidare med Little's MCAR test¹³⁵ och resultatet var inte signifikant ($\chi^2(186) = 182.74, p = 0.55$), vilket tyder på att missade data kan antas vara slumpmässiga.

Trots att vi utökade antalet verksamheter som vi samarbetat med hade vi stora svårigheter att få tillräckligt antal deltagare. Verksamheterna som arbetar med inriktning på barn som bevittnat våld i familjen är generellt sett små. När det gäller BUP och socialtjänstverksamheterna har problemen varit mer mångfacetterade, men en svårighet har handlat om att få verksamheterna att systematiskt tillfråga mammor om de varit utsatta för våld, vilket var en förutsättning för att vi skulle få möjlighet att identifiera mammor som varit utsatta för våld och tillfråga dem om att delta i studien. Med tanke på att dessa verksamheter sammantaget sannolikt har haft ett par tusen nybesök under den aktuella perioden (i genomsnitt 1 ½ år) är både antalet mammor som systematiskt tillfrågades om utsatthet för våld och antalet rekryterade mammor anmärkningsvärt lågt.

Kontakt med mammor

Om mamman accepterade att hennes namn och telefonnummer lämnades ut kontaktades hon av oss för mer information om projektet och fick även frågan om hon kunde tänka sig ett besök (hemma, i aktuell verksamhets lokaler eller på annan plats) för att få ytterligare information och, efter informerat samtycke muntligt och skriftligt, intervjuas och fylla i frågeformulär. Att en del mammor lever ett kaotiskt liv märktes inte minst på det stora antal telefonsamtal och kontaktförsök som genomfördes innan det gick att få till en intervju med mamman (trots att hon sagt sig vara villig, ja till och med angelägen om, att delta). Svårigheter visade sig också att få mammor som indikerat att de varit utsatta för våld att vilja bli kontaktade av oss eller att delta i studien. Vissa mammor angav att deras liv var så belastat av olika typer av kontakter att de inte orkade med fler. Ett fåtal uppgav att de av rädsla för den man som utsatt dem för våld inte vågade släppa in främmande människor i hemmet, och att de därför inte ville delta eller avbröt sitt deltagande. Relativt ofta bad mammorna oss att inte kontakta pappan om utvärderingen, oftast med hänvisning till risk för konflikt med barnets pappa.

Etiska överväganden vid rekryteringen av forskningsdeltagare

Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg har godkänt projektet (Dnr.565-08). Den etiska frågeställning som var svårast att hantera gällde barnets deltagande i forskningen om föräldrarna hade gemensam vårdnad⁴.

⁴ När det gäller hanteringen av uppgifter om barnen se 1.Broberg AG, Almqvist K, Almqvist L, et al. Stöd till barn som upplevt våld mot mamma, Gothenburg University Department of Psychology; 2011..

Mätinstrument

SEMISTRUKTURERAD INTERVJU

Mammorna intervjuades vid samtliga tre mättillfällen (T1, T2 och T3) med en av inom projektet utvecklad halvstrukturerad intervju. Den första intervjun (T1) rörde livs- och boendesituation, civilstånd, aktuell sysselsättning och yrke, relation till den aktuella förövaren (det vill säga den man som gjorde att barnet och mamman kommit i kontakt med verksamheten), tidpunkt för första våldstillfället, typ av våld mamman hade utsatts för, relationens längd och om relationen var pågående eller avslutad. Mammorna tillfrågades också om de utsatts för våld från någon annan partner som vuxen, eller under barndomen. En annan del av intervjun rörde barnens vårdnads- och umgängessituation samt socialt, praktiskt och känslomässigt stöd från vänner och släkt. Intervjuerna vid T2 och T3 rörde eventuella förändringar i aktuell livs-, boende- och arbetssituation. Frågor ställdes också om vilken typ och mängd stöd som mamman hade fått, hur nöjda det var med stödet samt om de hade haft kontakt med andra stöd- eller behandlande verksamheter och i så fall typ och mängd av det stöd de hade fått.

MAMMANS GRAD AV VÅLDSUTSATTHET

The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) ¹³⁶ användes för att få en uppfattning om det våld som mamman utsatts för och när i tid våldet skett. Endast de 39 frågorna rörande mammans egen utsatthet för våld i sin nära relation användes (koefficient alfa 0.89). Mammorna skattade förekomst med (0) "Har aldrig hänt" eller (7) "Inte under detta år, men det har hänt tidigare" samt frekvens av utsatthet under det senaste året med (1) en gång (2) två ggr (3) tre till 5 ggr, (4) 6-10 ggr, (5) 11-20 ggr och (6) mer än 20 ggr. Det finns fem delskalor som ger ett mått på förekomst av skador, psykiskt, fysiskt våld respektive sexuellt våld samt en delskala för förekomst av positiva konflikthanteringsstrategier. När det gäller våld under det senaste året finns även där fem delskalor för frekvens av skador, psykiskt, fysiskt respektive sexuellt våld samt förekomst av positiva konflikthanteringsstrategier. Mammorna skattade graden av våldsutsatthet vid förmätning (T1) och uppföljning (T3).

AKTUELLT SOCIALT, KÄNSLOMÄSSIGT OCH PRAKTISKT STÖD.

Upplevt känslomässigt och praktiskt stöd från föräldrar, släkt samt vänner mättes med elva, av projektgruppen konstruerade frågor (koefficient alfa .82). Sju av frågorna besvarades på en sjugradig och fyra av frågorna på en tregradig skala och totalpoängen kunde därmed variera från 4 till 58 poäng, där en högre poäng avspeglade en högre grad av upplevt stöd. Exempel på frågor: "Vilka möjligheter har du att få känslomässigt stöd av minst en av dina föräldrar?" eller "Vilka möjligheter har du att få praktiskt/ekonomiskt stöd av minst en av dina föräldrar?".

Effektmått

Livssteget eller Ladder of Life (LoL) ¹³⁷ användes som mått på upplevd aktuell livskvalitet. Instrumentet består av en tänkt stega, där den svarande själv föreställer sig extrempunkterna - den bästa tänkbara livskvaliteten (10) och den värsta tänkbara livskvaliteten (0). Därefter frågades hur livskvaliteten upplevs nu och hur de tänker sig att den kommer att vara om ett år.

Symptom Check List (SCL-90) ^{138, 139} användes för att få ett mått på allmän psykisk ohälsa (koefficient alfa 0.97). Instrumentet innehåller 90 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 4 "extremt mycket". Genom att summera svaren på frågorna och sedan dividera med antalet frågor får man ett så kallat Globalt Svårighets Index, (GSI) som kan variera från 0 till 4 poäng. Instrumentet kan differentiera individer med respektive utan kliniska nivåer av psykisk ohälsa. Skalan transformerades till T-poäng, där ett värde på eller över 63 T-poäng anses utgöra kliniska nivåer av psykisk ohälsa och detta värde användes för att dela in gruppen mammor med hög respektive låg psykisk ohälsa.

Impact of Event Scale-Revised (IES-R) ¹⁴⁰ användes för att mäta mammornas symtom på posttraumatisk stress. IES-R innefattar 22 påståenden som personen skattar på en 5-gradig skala från 0 "inte alls" till 4 "extremt mycket". IES-R har tre delskalor som motsvarar de tre huvudsymtomklustren vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), "påträngande minnen", "undvikande" och "hyperarousal". Totalpoängen kan variera från 0 till 88 poäng (koefficient alfa 0.94) där högre poäng återspeglar en högre grad av posttraumatisk stress, gränsvärdet för när PTSD kan misstänkas och behöver utredas vidare har föreslagits till 33 poäng ¹⁴¹. Detta värde användes för att klassificera mammor med kliniska respektive icke-kliniska nivåer av posttraumatisk stress.

Känsla av Sammanhang (KASAM) ¹⁴² antas återspegla i vilken grad man upplever att det som sker i allt väsentligt går att förstå och förutsäga, att man upplever 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 ^{143, 144}. Måttet antas återspegla en generell faktor som är associerad till allmän hälsa och välbefinnande. Instrumentet innehåller 13 frågor som mäts på en 7-gradig skala, (koefficient alfa 0.84). Skalan varierar från 13 till 91 poäng och ju högre totalpoäng desto större känsla av sammanhang. Ett föreslaget gränsvärde för en låg känsla av sammanhang är ≤ 66 poäng ¹⁴⁵.

Uppfostringsstrategier, upplevd föräldraförmåga och anknytningsstil

För att få ett mått på mammornas föräldrabeende användes vid eftermätningen (T2) det svenska formuläret 'När jag tillrättavisar mitt barn' som är en översättning av *The Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTS-PC)* ¹⁴⁶. Frågeformuläret mäter vilken typ av uppfostringsstrategier som använts och i vilken mån psykisk aggression och fysiskt våld

har använts mot barnet under det senaste året och om det förekommit i vilken grad det har använts. Instrumentet består av tre delskalor: *icke-vålds disciplinering* (koefficient alfa 0.63) *så som att förklara, dra in förmåner eller privilegier, eller föreslå barnet en annan aktivitet vid olämpligt beteendelsyssla, psykisk aggression* (koefficient alfa 0.68) – beteenden som avser att orsaka smärta eller rädsla hos barnet som till exempel att hota med att lämna bort barnet eller svurit och förbannat barnet samt *fysiskt våld* (koefficient alfa 0.59) som rör användande av beteenden som att örfila, slå barnet på stjärten eller att sparka och slå med knytnävarna mot barnet. Mammorna skattade förekomst av beteenden riktade mot barnet med (0) "Har aldrig hänt" eller (7) "Inte under detta år, men det har hänt tidigare" samt frekvens under det senaste året med (1) en gång (2) två ggr (3) tre till 5 ggr, (4) 6-10 ggr, (5) 11-20 ggr och (6) mer än 20 ggr (koefficient alfa 0.77 för hela skalan). Kodning av prevalens samt frekvens har skett enligt sätt beskrivit i originalartiklar^{146, 147}. Mammornas svar på instrumentet "När jag tillrättavisar mitt barn" (CTS-PC) analyserades utifrån de tre delskalorna där förekomst eller prevalens senaste året samt frekvens senaste året och förekomst någonsin redovisas.

Parental Locus of Control (PLOC)^{148, 149}. Den delskala med tio frågor som rörde upplevd föräldrakontroll användes, och frågorna skattades på en 5-gradig skala från (1) "stämmer inte alls" till (5) "stämmer helt" (koefficient alfa 0.87) och totalpoängen kan variera från 10 till 50. Ett högre värde motsvaras av en högre grad av upplevd föräldrakontroll, och exempel på de frågor som ingår är: "Jag låter ofta mitt barn få sin vilja igenom hellre än att försöka klara av ett vredesutbrott från barnet" och "Det är lätt för mig att försöka klara av mitt barn försök att bestämma över mig". Ett medelvärde beräknades och jämförelser gjordes med ett urval mammor i Sverige¹⁴⁸ och en grupp svenska föräldrar med ett funktionshindrat barn (personlig kommunikation Broberg, M., december 2012). I de fall mamman hade skattat relationen till fler än ett barn, beräknades ett medelvärde för upplevd föräldrakontroll.

Caregiver Helplessness Questionnaire (CHQ)¹⁵⁰ är ett formulär som ger ett mått på upplevd "hjälplos omvårdnad" hos mammor med barn mellan 3-11 år. En hög grad av upplevd hjälplöshet i omvårdnaden anses vara förenad med en ökad risk för att barnet utvecklar en desorganiserad anknytning¹⁵⁰. Skalan innefattar 18 påståenden som besvaras på en 5-gradig skala från (1) "stämmer inte alls" till (5) "stämmer helt" och kan variera från 18 till 90 poäng. Skalan har tre delskalor: hjälplöshet (koefficient alfa 0.85), rädsla (0.66) och omvänd omvårdnad (0.64)¹⁵⁰. Delskalan hjälplöshet avser mäta upplevd hjälplöshet i föräldraskapet, vilket här innebär att inte känna att man har kontroll över barnet eller att man känner sig misslyckad som förälder. Delskalan rädsla avses mäta upplevd rädsla inför barnet. Omvänd omvårdnad syftar på att barnet tar mycket ansvar för föräldern och det blir ombytta roller. Exempel på påståenden är "Jag är rädd för mitt barn", "När jag är med mitt barn förlorar jag ofta självbehärskningen" och "Mitt barn är mycket uppmärksam på vad andra känner och behöver". Höga poäng indikerar en hög nivå av upplevd hjälplöshet, rädsla och omvänd omvårdnad i föräldraskapet. Instrumentet är översatt av forskargruppen och har inte tidigare använts i Sverige, men totalskalans interna konsistens var god (alfa = 0.80) och även delskalornas var alfa-värden var accep-

tabla (hjälploshet (0.84), rädsla (0.67) och omvänd omvårdnad (0.76). I de fall mamman hade skattat relationen till fler än ett barn, beräknades ett medelvärde för upplevd hjälploshet.

Relationship Questionnaire (RQ) ¹⁵¹ är ett instrument som fångar den vuxnes upplevda anknytningsstil. Instrumentet är översatt till svenska och testat på både normalgrupper och kliniska grupper ^{152, 153}. Fyra karakteristiska sätt att relatera till andra människor beskrivs, och var och ett skattas på en 7-gradig skala från (1) "Stämmer inte alls" till (7) "Stämmer mycket bra" utifrån hur väl individen tycker att beskrivningen i fråga stämmer in på hennes/hans typiska sätt att förhålla sig i nära känslomässiga relationer. Slutligen frågas efter vilken av de fyra beskrivningarna som bäst passar in på den svarandes eget sätt att förhålla sig i nära känslomässiga relationer. Instrumentet ger ett mått på grad av upplevd trygghet, ambivalens, undvikande och anknytningsbaserad rädsla samt en kategorisering av anknytningsstilen som i första hand: trygg, undvikande, ambivalent eller rädd. Den rädda anknytningsstilen innebär att individen slits mellan en stark vilja ha nära relationer och komma nära andra å ena sidan och stora svårigheter med att lita på och göra sig beroende av andra. Den anknytningsstil som i RQ-formuläret beskrivs som "rädd" (eng. fearful) har stora likheter med det som brukar benämnas desorganiserad anknytning.

Klassning av typ och mängd erhållet stöd

Typ och mängd stöd mammorna hade fått varierade stort. Att i analyser av behandlingseffekter utgå från vilken verksamhet mammorna rekryterades från återspeglade i många fall inte det stöd som mammorna hade fått. Som exempel kan nämnas att många av mammorna som hade kontakt med Familjerätten och som skulle och var tänkta att utgöra en obehandlad jämförelsegrupp, faktiskt hade fått betydande stöd från andra verksamheter, oftast i form av egen betald psykoterapi, kontakt med vuxenpsykiatri eller vårdcentral. Dessutom hade inte alla mammor med barn i gruppverksamhet, deltagit i eget gruppstöd och en del mammor med barn som fått individuellt stöd hade fått gruppstöd via annan kvinnoverksamhet eller via föräldragrupp i kommunens regi. Typ och mängd av stöd som mammorna fick (mellan T1, T2 och T3), har därför klassificerats i fyra breda kategorier:

INGET KONTINUERLIGT EGET STÖD

Här ingår de mammor som har deltagit i någon form av utredande, bedömande eller informerande samtal vid ett till högst tre tillfällen. Det rör sig till exempel om samtal på familjerätten vid ett till tre tillfällen, bedömnings- eller utredningssamtal på BUP, inledande och avslutande samtal med behandlare som gett barnet stöd enligt Trappan modellen. Det var 18 mammor i completersamplet (de som fullföljt alla mätningar och hade självskattade data) som bedömdes ha fått denna mängd och typ av stöd och de klassades med (0) vid analyser av effekter.

VISST EGET STÖD

I denna grupp hade mammorna fått någon form av eget stöd upp till fem tillfällen av en och samma behandlare eller verksamhet. Det kan vara mammor som deltagit i grupp vid några tillfällen men sedan hoppat av, deltagit vid utredning eller familjesamtal på BUP, mammor som fått eller haft några samtal på en kvinnostödjande verksamhet eller kontakt med psykolog eller kurator på vårdcentral eller som precis påbörjat en egen behandling. Totalt var det 50 mammor i completersamplet som bedömdes ha fått denna typ av stöd och vid analyser klassades de med (1).

KVALIFICERAT INDIVIDUELLT STÖD

Mammorna i denna grupp har haft minst sex träffar med samma behandlare och det kan röra en psykoterapi via vuxenpsykiatri, egen betald psykoterapi, en längre kontinuerlig kontakt med kurator eller psykolog på vårdcentral eller kvinnostödjande verksamhet. Vid några fall rör det sig också om frekvent ”hemma-hos-stöd” via socialtjänsten under längre tid. Det var 30 mammor i completersamplet som fått denna typ av stöd och de klassades med (2) vid analyser.

GRUPPSTÖD MED EVENTUELLT INDIVIDUELLT STÖD

Mammorna i denna grupp har deltagit i gruppstöd vid minst sex tillfällen. I de allra flesta fall rörde det parallellt gruppstöd till barnens gruppstöd, men det fanns även mammor som fått gruppstöd på annat håll, till exempel via annan kvinnostödjande verksamhet eller socialtjänsten allmänt riktade föräldragrupper. En del av mammorna hade också, utöver minst sex gruppträffar, fått någon form av individuellt stöd. Mammorna i completersamplet som hade fått denna typ av stöd har klassats med (3) och gruppen innefattade 44 mammor.

Denna indelning av typ och mängd av stöd som mammorna hade fått ligger till grund för analyser av effekter beroende på erhållet stöd.

Effektberäkningar relaterat till tidpunkt för och eventuellt fortsatt psykisk respektive fysisk våldsutsatthet

För att beräkna eventuella effekter av stödsats beroende på när i tid mamman varit utsatt för psykiskt våld mätt med CTS2, delades mammorna in i tre grupper: a) psykiskt våld daterat längre tillbaka i tiden än ett år vid förmätningen (kodad 0), b) psykiskt våld under året vid förmätningen (kodad 2) och c) endast psykiskt våld under året mellan förmätning och ettårs-uppföljning (kodad 2). På liknande sätt gjorde en uppdelning beroende på om och när mamman hade varit utsatt för fysiskt och/eller sexuellt våld i följande grupper: a) aldrig utsatt respektive fysiskt och/eller sexuellt våld daterat längre tillbaka i tiden än ett år vid förmätningen (kodad 0), b) fysiskt och/eller sexuellt våld under året vid förmätningen (kodad 1) samt c) samt fysiskt och/eller sexuellt våld under året mellan förmätning och ettårs-uppföljning (kodad 2).

Statistisk bearbetning och analyser

Enskilda frågor som inte besvarats i ett formulär ersattes med medelvärdet för delskalan eller totalskalan beroende på formulär. Om antalet obesvarade frågor översteg 20 % användes inte skattningarna från formuläret. Signifikansnivån sattes till $< .05$ trots att ett flertal analyser genomfördes, eftersom resultaten bör ses som hypotesgenererande och utgöra grund för fortsatta utvärderingar. För att få en uppfattning om förändringarnas storlek från förmätningen till eftermätning (T1-T2), samt ettårsuppföljning (T1-T3) beräknades (Cohens d). Effektstorleken anges enligt Cohens kriterier: liten ($\geq .20$), måttlig ($\geq .50$) och stor ($\geq .80$) och konfidensintervallet för Cohens d beräknades med programmet ESCI¹⁵⁴.

Oberoende t-test användes för att jämföra mammorna med andra grupper av personer och en jämförelse mellan de som fullföljde respektive inte fullföljde alla tre mätningar. För att få ett mått på associationer mellan variabler användes Pearson produktmoment korrelation. Chi-två test (χ^2) användes för att testa oberoende av variabler.

ANOVA upprepad mätning genomfördes för de mammor som hade kompletta data för alla tre mätningar (T1, T2 och T3) det så kallade completer-samplet samt för hela samplet med multiple imputations (MI) med SPSS 20, där även de mammor som saknade data från något mättillfälle ingick. Beroende t-test genomfördes för analyser av effekter av posttraumatiska stressymtom eftersom endast data vid två mättillfällen fanns. Vid analyser av effekter beroende på typ och mängd av stöd genomfördes tre ANOCOVOR. Beroendevariablerna var differensen mellan förmätningens värde (T1) och värdet vid ett-års uppföljningen (T3) på SCL-90, IES-R samt KASAM. Covariater var ingångsvärdet på psykisk ohälsa (SCL-90), posttraumatisk stress (IES-R) respektive känsla av sammanhang (KASAM) samt förekomst av psykisk respektive fysiskt våld vid förmätningen mätt med CTS2. Även tre ANOCOVOR genomfördes för att undersöka om när i tid psykisk respektive fysisk och/eller sexuell våldsutsatthet var daterad hade någon effekt på hur förändringen såg ut mellan förmätningens värde (T1) och värdet vid ett-års uppföljningen (T3) på SCL-90, IES-R samt KASAM. Beroendevariablerna var differensen mellan förmätningens värde (T1) och värdet vid ett-års uppföljningen (T3) på SCL-90, IES-R samt KASAM. Som covariat användes ingångsvärdet på psykisk ohälsa (SCL-90), posttraumatisk stress (IES-R) respektive känsla av sammanhang (KASAM).

Reliabelt förändringsindex

För att få ett mått på hur den individuella förändringen såg ut från förmätning (T1) till ettårs-uppföljning (T3) beräknades om varje individs skattade symtom på psykisk ohälsa, posttraumatisk stress och känsla av sammanhang hade förändrats signifikant. Beräkningarna skedde med reliabelt förändringsindex (RCI), som är en rekommenderad metod för att mäta det som benämns som kliniskt signifikanta förändringar på individnivå^{155, 156}.

⁵Den individuella förändringen skattades först utifrån om förändringen från för- till ett-

⁵ Beräkningen sker genom att subtrahera förmätningens värde från uppföljningsvärdet och sedan dividera det med standardfelet för differensen ($S_c \text{ diff}$). Gränsvärdet för SCL-90 sattes till T-poäng ≥ 63 , ≥ 33 poäng för IES-R och ≤ 66 poäng för KASAM. Signifikansnivån sattes till $.05$ med z-värde = 1.96 och för beräkning av standardfelet användes skalornas Chronbachs alfavärde som de rapporterats i originalartiklar.

års-uppföljningen var positiv, negativ eller oförändrad. Därefter bedömdes om klientens värde rört sig över gränsvärdet för klinisk respektive icke-klinisk nivå. Tillvägagångssättet genererar åtta möjliga utfallskategorier. En klient vars värde förändras signifikant positivt och går från klinisk till icke-klinisk nivå bedöms som *"Återställd"*, om en signifikant positiv förändring sker men klienten fortfarande har kliniska symtomnivåer bedöms klienten som *"Förbättrad-klinisk nivå"*. Om det sker en negativ förändring så att klienten har ökade symtomnivåer efter behandling så bedöms utvecklingen som *"Försämrade-klinisk nivå"*. En klient som inte har kliniska nivåer av symtom vid första mätningen och som förändras signifikant i positiv riktning bedöms som *"Förbättrad icke-klinisk nivå"*, likaså bedöms den som har en negativ signifikant förändring som *"Försämrade icke-klinisk nivå"* medan de som försämrats från icke-klinisk till kliniska nivåer av symtom efter behandling benämns *"Allvarlig försämrade"*. Slutligen finns det två grupper av oförändrade klienter som ursprungligen hade kliniska respektive icke-kliniska nivåer av symtom *"Oförändrade klinisk nivå"* respektive *"Oförändrade icke-klinisk nivå"*

RESULTAT

Mammornas aktuella livssituation

VÅLDSUTSATTHET VID FÖRMÄTNINGEN

Det var en förhållandevis stor spridning i graden av våldsutsatthet bland de mammor som deltog vid första mätningen (T1) och genomförde skattningar av sitt mående och graden av våldsutsatthet. Både typen av våld som de varit utsatta för och hur nära i tid utsattheten låg varierade från att ha skett två till tre år tillbaka i tiden, till att ha skett under det år som vi träffades för första intervju och självskattning (T1). Det var 212 mammor som skattade graden av våldsutsatthet vid förmätningen. Samtliga av dessa uppgav att de hade varit utsatta för psykiskt våld i sin relation vid något tillfälle och 64 % under det senaste året. Det rörde sig till exempel om förolämpningar, att bli kallad fet och ful, såväl som att partnern hade skrikit och vrålat åt mamman.

Alla mammor hade varit utsatta för psykiskt våld och kränkningar och samtliga förutom nio hade vid minst ett tillfälle blivit utsatta för fysiskt och/eller sexuellt våld. Närmare en fjärdedel (23 %) hade blivit hotade med ett vapen eller en kniv och svimmat på grund av ett slag mot huvudet, en tredjedel (33 %) hade blivit hotade till att ställa upp på sex och nära hälften (47 %) blivit "upplådda". Cirka två tredjedelar av mammorna uppgav att de hade blivit dragna i håret eller fått armen omvriden (65 %), blivit slängda in i en vägg (69 %) och hela 68 % hade varit utsatta för att förövaren hade insisterat på att ha sex även om de inte ville. Det var 40 % av mammorna som rapporterade att de varit utsatta för fysiskt våld från förövaren under det senaste året. Tiden mammorna levte med våld i sin relation varierade från mindre än ett år upp till 25 år. I medeltal hade mammorna levte med våld i sin relation under sju år ($M = 7.14$, $SD = 4.62$).

Våldsutsatthet under studiens gång

Under studiens gång (mellan första mätningen och uppföljningen ett år senare) hade vi uppgifter om våldsutsatthet för 136 av de 142 mammorna i completersamplet och var fjärde mamma uppgav att de fortfarande utsattes för psykiskt men inte fysiskt våld från förövaren (27 % $n=37$). Var tionde mamma rapporterade att de hade utsatts för ytterligare fysiskt och/eller sexuellt våld (10 % $n=14$). Bland dessa 14 mammor som uppgav fortsatt fysiskt och/eller sexuellt våld var det tre som inte också samtidigt utsattes för psykiskt våld.

Förhållande till förövande partner

Drygt hälften av mammorna (60 %) uppgav som civilstånd att de var ensamstående, cirka en fjärdedel (27 %) att de levde som gifta eller sammanboende med en annan man än förövaren medan 13 % uppgav att det var sammanboende eller gifta med aktuell förövare. Samtidigt svarade så gott som alla mammorna (94 %) att relationen var avslutad när de ombads beskriva sin relation till aktuell förövare. En del av de mammor som uppgav att de var gifta med aktuell förövare hade alltså ingen pågående relation med denne, men de var formellt fortfarande gifta och låg i skilsmässa. I några fall rörde det sig om kvinnor

som var gifta utomlands där det landets lagstiftning inte gjorde det möjligt för kvinnorna att skilja sig om mannen inte accepterade skilsmässa.

Den man som utsatt mamman för våld var i 86 % av fallen biologiskt pappa till barnet eller barnen i familjen, i 12 % av fallen var det en styvpappa eller annan man/partner och i resterade fall (2 %) var det så att förövaren både hade barn med mamman och fungerade som styvpappa för mammans barn med tidigare partner.

Förekomst av rättsliga processer vid förmätningen

Hälften av mammorna ($n=110$) hade en pågående juridisk tvist av något slag med förövaren. Knappt en fjärdedel av mammorna hade en pågående vårdnads- eller umgängestvist med förövaren och var tionde ($n=22$) hade antingen en tvist kring bodelning eller uppgav 'annan tvist'. Cirka var sjätte mamma ($n=33$) hade en pågående juridisk process angående misshandel. Bland dessa mammor som var involverade i åtal mot tidigare partner angående misshandel hade en tredjedel ($n=11$) ytterligare någon pågående tvist utöver åtal angående misshandel.

Livskvalité, psykisk ohälsa och socialt stöd vid förmätningen

LIVSSTEGEN

Mammorna skattade vid det första mättillfället i genomsnitt att de hade det bättre än vad de uppfattade att det hade haft det ett år tillbaka i tiden ($M = 5.37$, $SD = 2.21$, jämfört med $M = 3.51$, $SD = 2.52$, $t_{(213)} = -9.26$, $p < .05$). Som grupp trodde också mammorna att de skulle må ännu lite bättre när de tänkte på hur de skulle ha det ett år framåt i tiden ($M = 7.84$, $SD = 2.22$) ($t_{(207)} = -18.56$, $p < .05$). För mammorna som grupp fanns det alltså en viss grad av optimism inför det att de påbörjade stödinsatsen.

PSYKISK OHÄLSA

Som grupp uppvisade mammorna en mycket hög grad av psykisk ohälsa ($M = 1.52$, Median = 1.39, $SD = 0.88$, variationsvidd 0.00 – 3.89), och mammornas självskattade psykiska ohälsa låg klart högre än svenska kvinnor i allmänhet ($t_{(919)} = -29.0$, $p < .01$) och även högre än en grupp klienter inom den vuxenpsykiatriska öppenvården i allmänhet ($t_{(1167)} = -6.73$, $p < .01$). Drygt 71 % av mammorna hade kliniska nivåer av psykisk ohälsa (T-poäng ≥ 63).

POSTTRAUMATISK STRESS

Medelvärde för graden av posttraumatiska stresssymtom var också hög ($M = 41.79$, Median = 41.50, $SD = 19.67$, variationsvidd 0.00 – 85.00) och låg klart över det föreslagna gränsvärdet för kliniska nivåer av posttraumatisk stress (≥ 33 poäng). Spridningen var dock stor och 67.5 % hade förhöjda värden på posttraumatiska symtom, vilket indikerar och motiverar fortsatt utredning för eventuellt posttraumatiskt stress syndrom (PTSD).

KÄNSLA AV SAMMANHANG

Mammornas känsla av mening, sammanhang och begriplighet i tillvaron låg förhållandevis lågt ($M = 55.50$, $Median = 55.00$, $SD = 12.95$, variationsvidd 27 - 84). Jämfört med en grupp svenska kvinnor i allmänhet låg mammornas känsla av sammanhang betydligt lägre ($t_{(474)} = 12.04$, $p < 0.01$) och drygt tre fjärdedelar (78 %) av mammorna skattade att de hade en låg känsla av sammanhang i tillvaron (≤ 66 poäng).

Våldsutsatthet och psykisk ohälsa i relation till etnicitet

Vi undersökte även om kvinnor födda i Sverige jämfört med kvinnor födda utanför Sverige skilde sig åt i självkattad psykisk ohälsa och våldsutsatthet. Kvinnor födda utanför Sverige hade högre allmän psykisk ohälsa ($t_{212} = 3.23$, $p < .01$), högre traumasymtom ($t_{210} = 3.53$, $p < .01$) och lägre grad av socialt stöd ($t_{211} = -4.85$, $p < .01$). De rapporterade dock inte högre psykisk, fysisk eller sexuell våldsutsatthet.

Aktuellt känslomässigt och praktiskt stöd

Det var förhållandevis många mammor som vid T1 uppfattade att de *nästan alltid* eller *alltid* hade gott känslomässigt (42 %) respektive praktiskt (40 %) stöd från sina föräldrar. Siffrorna för känslomässigt respektive praktiskt stöd från övrig släkt var lägre (34 % resp. 18 %). Däremot uppgav de flest mammorna att de hade någon eller flera vänner som de kunde få praktiskt respektive känslomässigt stöd från (75 % resp. 79 %).

Sjukskrivningar, kroppsliga besvär och tidigare kontakter med hälso- och sjukvård

Drygt en femtedel (22 %) av mammorna hade vid förmätningen varit sjukskrivna i mer än sex månader. Under projektets gång fick mammorna också svara på om de varit sjukskrivna under någon period av anledningar som de uppfattade hade att göra med det våld som de utsatts för. Det var 42 % som uppgav att de vid något tillfälle under någon kortare eller längre tid hade varit sjukskrivna. En femtedel (20 %) av mammorna uppgav att de hade kroppsliga symtom eller besvär som de satte samman med det våld som riktats mot dem, och 40 % hade sökt vård tidigare på grund av det våld som de utsatts för.

Tankar på att inte vilja leva och självmordsförsök

Förhållandevis många mammor uppgav att de vid något tillfälle hade försökt att ta livet av sig (33 %), och 10 % rapporterade att de hade gjort vid fler än ett tillfälle. De flesta självmordsförsök låg längre tillbaka än fem år i tiden, men 4 % hade gjort ett försök att ta livet av sig under det senaste året och 3 % mellan två till fyra år tillbaka i tiden.

Tidigare våldsutsatthet

Cirka en femtedel av mammorna hade erfarenheter av att ha varit utsatta för våld från en tidigare partner än den som de var aktuella för i projektet. En tredjedel (33.5 %) hade varit utsatta för våld eller övergrepp i barndomen av sin mamma eller pappa. Eftersom aga var tillåtet för en hel del mammor när de växte upp frågade vi också om de uppfattade att

de hade varit utsatta för allvarliga kränkningar i barndomen, och det var 28 % av mammorna som svarade ja på den frågan. Om det förelåg ett beroende mellan tidigare våldsutsatthet från föräldrar i barndomen och förekomst av våld från fler än en vuxen partner testades men var inte signifikant ($\chi^2(1) = .11, p = \text{n.s.}$), Tabell 1a i appendix.

Effekter av stödinsatser

LIVSSTEGEN

FÖRÄNDRINGAR PÅ GRUPPNIVÅ

Mammornas allmänna skattning av hur de upplevde sin livssituation förbättrades tydligt från förmätning till ettårs-uppföljningen ($M = 5.48 - M = 6.78$), ($F_{(2;276)} = 19.07, p < .01$). Däremot trodde inte mammorna att de skulle må ännu bättre ett år framåt i tiden ($M = 7.96 - M = 8.19$), ($F_{(2;266)} = 1.48, p = \text{n.s.}$).

Analysen där de mammor som saknade data från en eller två mätningar ingick, visade även den en generell, men liten, förbättring av hur mammorna upplevde att de hade det för tillfället ($F_{(2;426)} = 27.29, p < .01$). Effektstorlekarna från för- till eftermätning och förmätning till ettårs-uppföljning var små (0.25 CI 0.05-0.45 respektive 0.34 CI 0.14-0.54). Mammorna uppvisade också en större optimism inför framtiden vid ettårs-uppföljningen jämfört med förmätningen ($F_{(2;426)} = 4.47, p < .01$).) men effektstorlekarna från för- till eftermätning och från förmätning till ettårs-uppföljning var försumbara (0.00 CI – 0.20-0.20) respektive 0.02 CI – 0.22-0.17). Medelvärden och standardavvikelse finns i Tabell 3a respektive 3b i appendix.

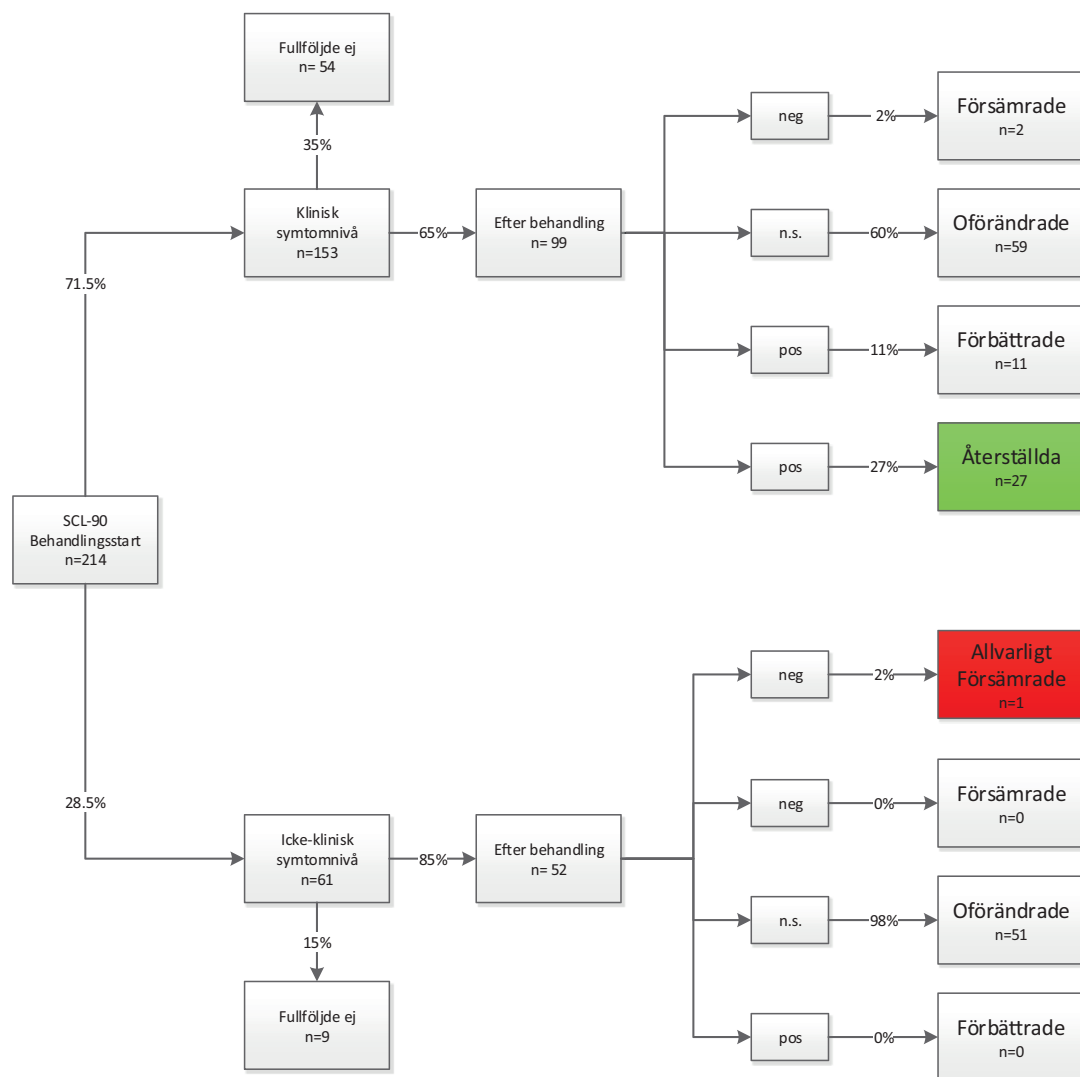
ALLMÄN PSYKISK OHÄLSA

FÖRÄNDRINGAR PÅ GRUPPNIVÅ

Mammornas självskattade allmänna psykiska ohälsa minskade något från för- till eftermätning, och minskningen fortsatte till ettårs-uppföljningen för de mammor som deltog i samtliga mätningar ($M = 1.37$ till $M = 0.95$), ($F_{(2;278)} = 23.32, p < .01$). Andelen mammor som rapporterade kliniska nivåer av psykisk ohälsa minskade med 15 % (från 67 % till 42 %) bland dem som deltog vid samtliga mättillfällen. Effektstorleken var måttlig (0.50; CI 0.33-0.67). Analyser genomfördes även på hela gruppen mammor, där missade värden vid något tillfälle uppskattats statistiskt utifrån värden från tidigare skattningar, medelvärden och standardavvikelser återfinns i Tabell 1b i appendix. Resultatet visade att också beräknat på detta sätt så förbättrades mammornas psykiska hälsa ($F_{(2;426)} = 41.57, p < .01$). Effektstorleken från förmätning till ettårs-uppföljning var dock något lägre 0.45 (CI 0.24-0.65).

FÖRÄNDRINGAR PÅ INDIVIDNIVÅ

För de mammor som deltog både i förmätning samt ettårs-uppföljning beräknades om mammornas skattningar förbättrades, var oförändrade eller försämrades signifikant. Drygt en fjärdedel av mammorna (27 %) som hade kliniska nivåer av psykisk ohälsa vid förmätningen uppgav en förbättrad självskattad psykisk hälsa, medan majoriteten var oförändrade (60 %), de hade alltså fortsatt kliniska nivåer av psykisk ohälsa vid uppföljningsmätningen. För de mammor som hade icke-kliniska nivåer av psykisk ohälsa vid behandlingsstart var så gott som alla (98 %) oförändrade (Figur 2).



Figur 2. Reliabelt förändringsindex (RCI) från förmätning (T1) till ettårs-uppföljning (T3) för allmän psykisk ohälsa (SCL-90). Gruppen uppdelades i kliniska respektive icke-kliniska symtomnivåer på SCL-90 vid behandlingsstart, gränsvärde för klinisk nivå T-poäng ≥ 63 vid T1. Pos betyder att en signifikant positiv förändring har skett, neg att en signifikant negativ förändring och n.s. att ingen signifikant förändring kan påvisas.

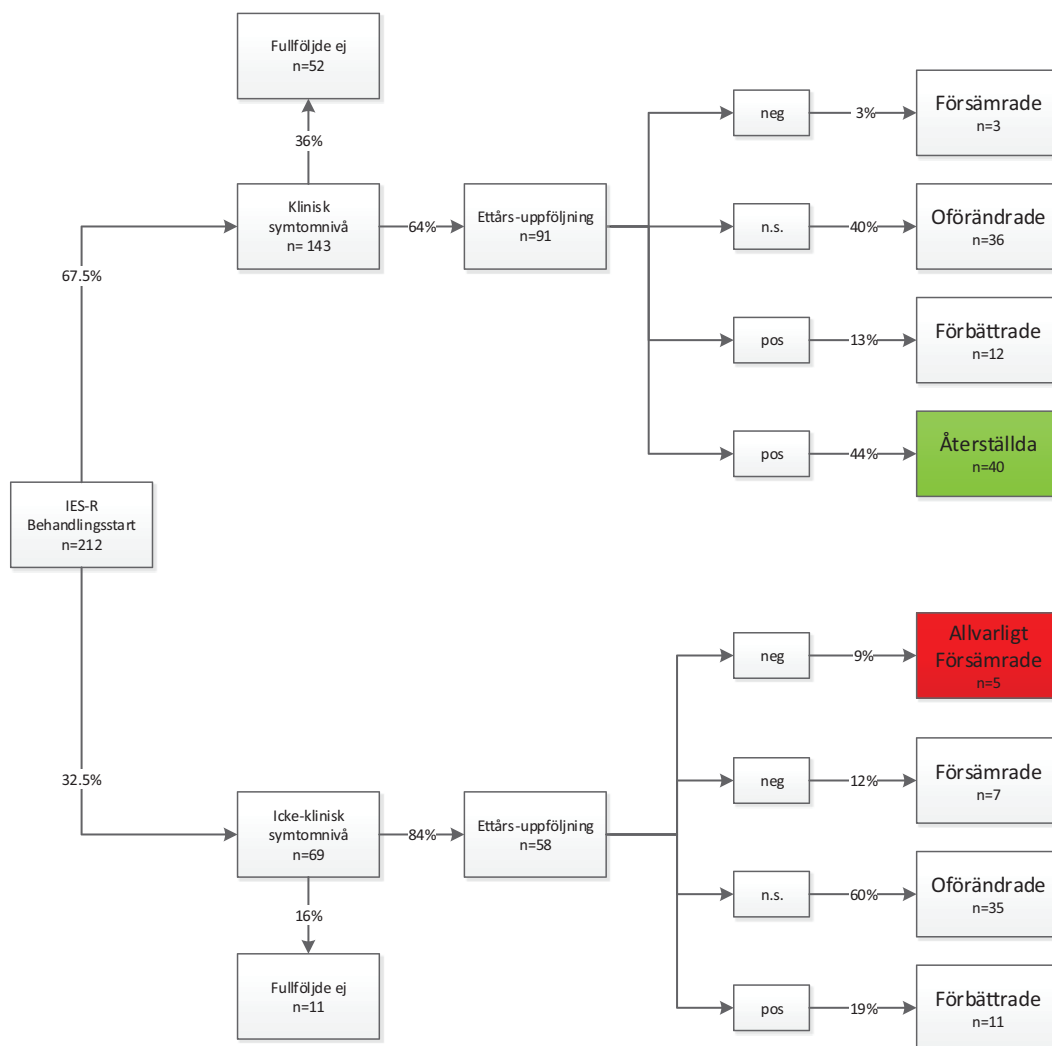
POSTTRAUMATISK STRESS

FÖRÄNDRINGAR PÅ GRUPPNIVÅ

Graden av posttraumatisk stress minskade också från förmätning till ettårs-uppföljning för gruppen som helhet ($M = 39.41 - M = 28.10$), ($t_{(146)} = 7.26, p < .01$). Av de mammor som deltog i både förmätning och ettårs-uppföljning skedde en minskning i andelen som låg över föreslaget gränsvärde för där PTSD kan misstänkas från 68 % vid förmätningen (T1) till 44 % vid ettårs-uppföljningen (T3). Effektstorleken från förmätning till ettårs-uppföljning var måttlig (0.50; CI 0.33-0.67).

FÖRÄNDRINGAR PÅ INDIVIDNIVÅ

En stor andel av mammorna (44 %) hade klart minskade posttraumatiska stressymtom vid ettårs-uppföljningen och hade gått från att ha kliniska till icke-kliniska nivåer av posttraumatisk stress. Det var dock också ungefär en lika stor andel av mammorna som vid förmätningen haft kliniska symtomnivåer och som fortfarande hade samma höga symtomnivåer även vid ettårs-uppföljningen (40 %). Bland de mammor som vid förmätningen hade icke-kliniska nivåer av posttraumatisk stress var det 9 % som hade försämrats och vid ettårs-uppföljningen skattade att de hade symtom på klinisk nivå (Figur 3).



Figur 3. Reliabelt förändringsindex (RCI) från förmätning (T1) till ettårs-uppföljning (T3) för posttraumatiska stressymtom (IES-R). Gruppen uppdelades i kliniska respektive icke-kliniska symtomnivåer vid behandlingsstart på IES-R, gränsvärde för klinisk nivå ≥ 33 poäng vid T1. Pos betyder att en signifikant positiv förändring har skett, neg att en signifikant negativ förändring och n.s. att ingen signifikant förändring kan påvisas.

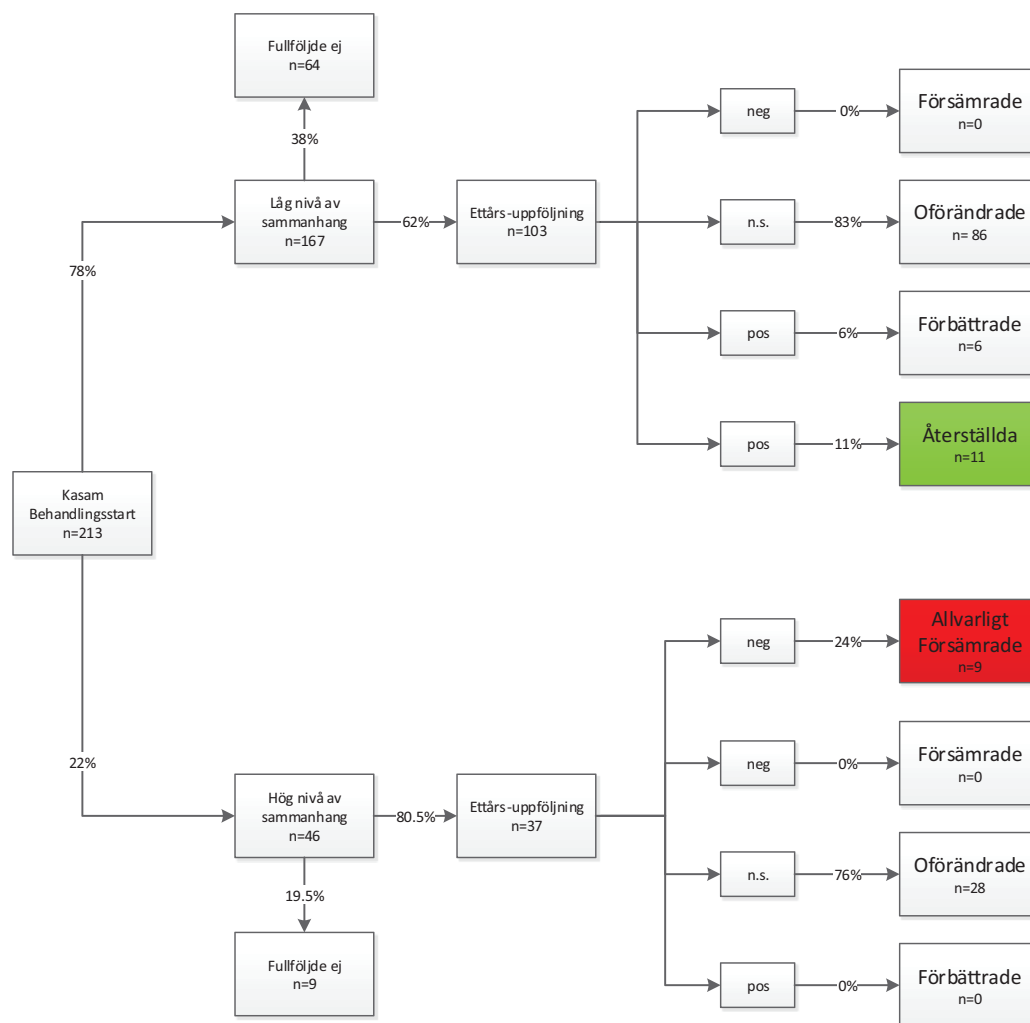
KÄNSLA AV SAMMANHANG

FÖRÄNDRINGAR PÅ GRUPPNIVÅ

Mammornas känsla av sammanhang var oförändrad från för- till eftermätningen men ökade till ett-årsuppföljning ($M = 56.81 - M = 59.54$), ($F_{(2;276)} = 5.87, p < .01$), men effektstorleken var mycket liten 0.15; (CI - 0.05-0.34). Vid ettårsuppföljningen var det fortfarande 69 % av mammorna (jämfört med 74 % vid förmätningen) som låg under gränsen för en låg känsla av sammanhang. Analysen där de mammor som saknade data från en eller två mätningar ingick, visade även den en generell, men liten, förbättring av upplevd känsla av sammanhang ($F_{(2;426)} = 10.17, p < .01$). Effektstorlek från för- till eftermätning var 0.03 (CI - 0.17-0.22) och 0.01 från förmätning till ettårs-uppföljning (CI - 0.21-0.19). Medelvärden och standardavvikelse finns i Tabell 2 i appendix.

FÖRÄNDRINGAR PÅ INDIVIDNIVÅ

Det var något färre som visade en positiv förändring i upplevd känsla av sammanhang i jämförelse med de antal som hade förbättrad psykisk ohälsa och färre posttraumatiska stressymtom. Var tionde mamma som vid behandlingsstart hade en låg känsla av sammanhang upplevde en avsevärt förbättrad känsla av sammanhang och rapporterade vid ettårs-uppföljningen en hög känsla av sammanhang. Den stora majoriteten mammor som uppgav en låg känsla av sammanhang vid förmätningen hade fortfarande en låg känsla av sammanhang vid ettårs-uppföljningen. Var fjärde mamma som vid förmätningen hade en hög känsla av sammanhang skattade vid ettårs-uppföljningen sin känsla av sammanhang som avsevärt försämrade (Figur 4).



Figur 4. Reliabelt förändringsindex (RCI) från förmätning (T1) till ettårs-uppföljning (T3) för upplevd känsla av sammanhang (KASAM). Gruppen uppdelades i låg respektive hög känsla av sammanhang vid behandlingsstart, gränsvärde för låg känsla av sammanhang ≤ 66 poäng. Pos betyder att en signifikant positiv förändring har skett, neg att en signifikant negativ förändring och n.s. att ingen signifikant förändring kan påvisas i upplevd känsla av sammanhang.

Signifikanta förändringar på individnivå relaterat till bakgrundsfaktorer och självskattad anknytning

De mammor som hade signifikant positiva förändringar på individnivå jämfördes med de som inte hade det på psykisk ohälsa, posttraumatisk stress och känsla av sammanhang när det gällde ålder, socioekonomisk position, antal år med våld, sjukskrivning samt upplevt socialt stöd vid förmätningen. Inga signifikanta skillnader kunde identifieras mellan de mammor som förbättrades positivt och de som inte gjorde det. Vidare jämfördes mammornas självskattade anknytning för att undersöka om grad av trygghet, undvikande, ambivalens eller rädd anknytning hade något samband med grad av individuell

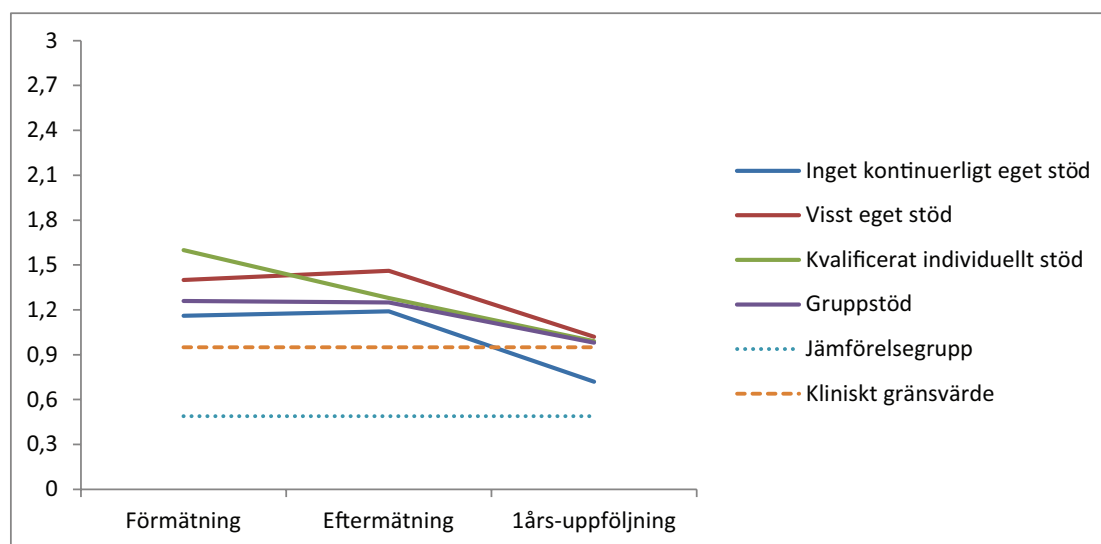
förändring avseende psykisk ohälsa. Graden av skattad anknytningstrygghet var positivt associerad med grad av förändring av posttraumatisk stress ($r = 0.21, p < .05$) medan grad av desorganisation/rädsla var negativt kopplad till grad av förändring av posttraumatisk stress ($r = -0.20, p < .05$).

Effekter beroende på typ och mängd av stöd

Mammorna hade, som framgick av metodbeskrivningen, fått väldigt olika typ av och mängd stöd under året från förmätning till ettårs-uppföljningen. Vid förmätningen (T1) förelåg ingen skillnad i nivån av allmän psykisk ohälsa, posttraumatisk stress eller känsla av sammanhang mellan mammorna i de olika grupperna baserade på typ av och mängd stöd som de fått: (A) *inget kontinuerligt eget stöd*, (B) *visst eget stöd*, (C) *kvalificerat individuellt stöd* och (D) *gruppstöd med eventuellt individuellt stöd*. Det var inte heller någon skillnad i rapporterad utsatthet för psykisk aggression, fysiskt eller sexuellt våld eller fysiska skador vid förmätningen (T1). Trots att mammorna hade jämförbara nivåer av tidigare våldsutsatthet, aktuell psykisk ohälsa, posttraumatisk stress och känsla av sammanhang vid förmätningen, kontrollerades för mammornas ingångsvärden på dessa variabler.

PSYKISK OHÄLSA

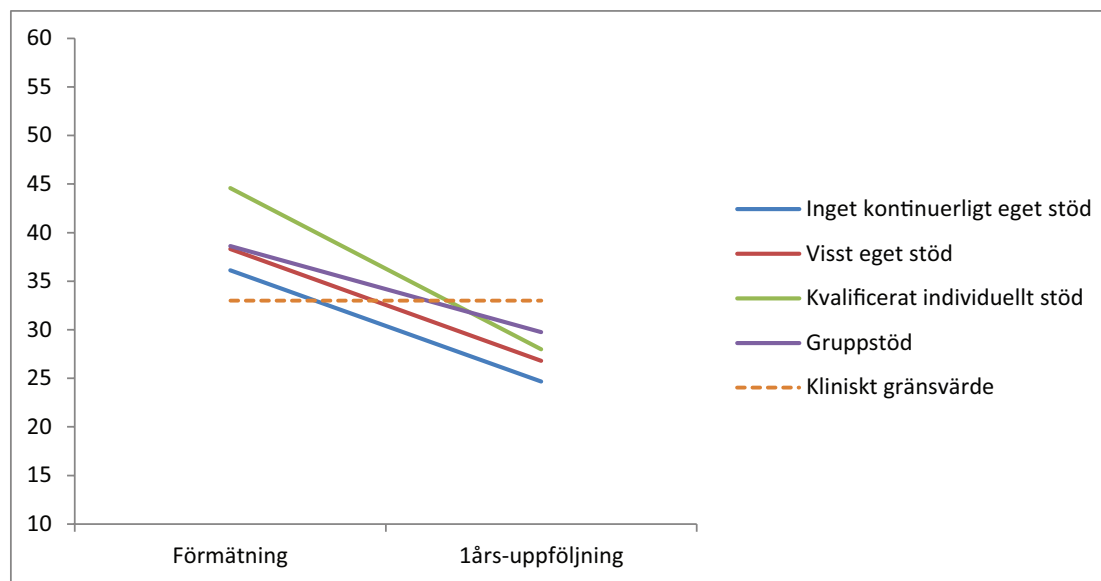
Det förelåg ingen skillnad i effekt avseende förbättrad psykisk ohälsa mellan förmätning till ettårs-uppföljning beroende på typ och mängd stöd som mammorna hade fått. Förbättringen som skett förklarades av mammornas ingångsvärden på psykisk ohälsa ($F_{(6;133)} = 13.12, p < .01$) men inte av förekomst av psykisk och fysiskt våld, Figur 5. Medelvärden för effekter för respektive grupp redovisas i Tabell 4 i appendix.



Figur 5. Medelvärden för för- och eftermätning samt ettårs-uppföljning för allmän psykisk ohälsa (SCL-90; GSI) för respektive grupp. Kliniskt gränsvärde GSI 0.95 och medelvärde för svenska kvinnor i allmänhet 0.49.

POSTTRAUMATISK STRESS

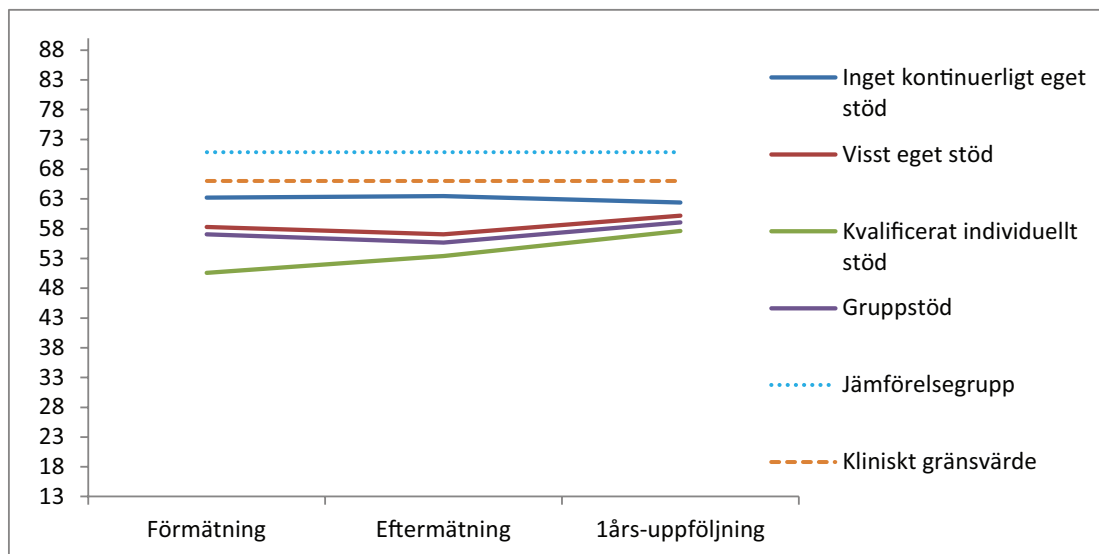
Ingen skillnad i effekt kunde påvisas avseende minskade posttraumatiska stressymtom mellan förmätning till ettårs-uppföljning beroende på typ och mängd av erhållet stöd ($F_{(6;130)} = 8.43, p < .01$). Den effekt som fanns förklarades av mammornas grad av posttraumatisk stress vid förmätningen, men inte av förekomst av psykiskt och fysiskt våld. Medelvärden för effekter för respektive grupp redovisas i Tabell 5 i appendix.



Figur 6. Medelvärden för förmätning samt ettårs-uppföljning för posttraumatisk stress (IES-R) för respektive grupp. Kliniskt gränsvärde är 33 poäng på IES-R.

KÄNSLA AV SAMMANHANG

Det förelåg inte heller någon skillnad mellan grupperna i effekt när det gällde förbättrad känsla av sammanhang i tillvaron mellan förmätning till ettårs-uppföljning ($F_{(6;133)} = 8.88, p < .01$). Precis som för psykisk ohälsa och posttraumatisk stress, förklarades effekten av mammornas initiala skattning av känsla av sammanhang men inte av förekomst av psykiskt och fysiskt våld. Medelvärden för effekter för respektive grupp redovisas i Tabell 6 i appendix. I Figur 7 redovisas medelvärden för känsla av sammanhang för respektive grupp för de tre mättillfällena.



Figur 7. Medelvärden för för- och eftermätning samt ettårs-uppföljning för känsla av sammanhang (KASAM) för respektive grupp. Kliniskt gränsvärde på KASAM 66 poäng och jämförelsegrupp av svenska kvinnor 30-50 år medelvärde 71 poäng.

Effekter relaterade till tidpunkt för och eventuell fortsatt våldsutsatthet

Vi undersökte om effekterna skilde sig åt mellan mammorna beroende på när i tid mamman varit utsatt för psykiskt respektive fysiskt och/eller sexuellt våld.

PSYKISK OHÄLSA

Det gick inte att identifiera några skillnader i effekter av stödinsats på allmän psykisk ohälsa beroende på när i tid mamman varit utsatt för psykiskt våld (a) psykisk våld daterat längre tillbaka i tiden än ett år vid förmätningen, b) psykiskt våld under året vid förmätningen samt c) psykiskt våld under året mellan förmätning och ettårs-uppföljning ($F_{(3;132)} = 26.52, p < .01$). Den effekt som kunde iaktas förklarades av mammornas ingångsvärde vid förmätningen på psykisk ohälsa, Tabell 7a i appendix.

Det gick inte att påvisa någon skillnad i effekt av stödinsats på psykisk ohälsa beroende på om och när i tid fysisk och/sexuell våldsutsatthet skett (a) aldrig utsatt respektive fysiskt och/eller sexuellt våld daterat längre tillbaka i tiden än ett år vid förmätningen, b) fysiskt och/eller sexuellt våld under året vid förmätningen samt c) fysiskt och/eller sexuellt våld under året mellan förmätning och ettårs-uppföljning, ($F_{(3;131)} = 27.30, p < .01$). Den effekt som kunde iaktas förklarades av mammornas ingångsvärde vid förmätningen på psykisk ohälsa, Tabell 7b i appendix.

POSTTRAUMATISK STRESS

Ingen skillnad kunde ses i grad av effekt av stödinsats när det gällde posttraumatiska stresssymtom beroende på när i tid mamman varit utsatt för psykiskt våld (a) psykiskt våld daterat längre tillbaka i tiden än ett år vid förmätningen, b) psykiskt våld under året vid förmätningen samt c) psykiskt våld under året mellan förmätning och ettårs-uppföljning.

ning, ($F_{(3;131)} = 18.05, p < .01$), Tabell 8a appendix. Den effekt som fanns förklarades av mammornas ingångsskattningar på posttraumatiska symtom.

Det fanns inte heller någon påvisbar skillnad i effekter avseende posttraumatisk stress beroende på om och när i tid mamman varit utsatt för fysiskt och/eller sexuellt våld (a) aldrig utsatt respektive fysiskt och/eller sexuellt våld daterat längre tillbaka i tiden än ett år vid förmätningen, b) fysiskt och/eller sexuellt våld under året vid förmätningen samt c) fysiskt och/eller sexuellt våld under året mellan förmätning och ettårs-uppföljning, ($F_{(3;130)} = 17.18, p = .01$). Denna effekt förklarades av mammornas skattningar av posttraumatisk stress vid förmätningen, Tabell 8b appendix.

KÄNSLA AV SAMMANHANG

Inte heller för känsla av sammanhang kunde någon skillnad i effekt ses av stödinsats beroende på när i tid mamman varit utsatt för psykiskt våld (a) psykiskt våld daterat längre tillbaka i tiden än ett år vid förmätningen, b) psykiskt våld under året vid förmätningen samt c) psykiskt våld under året mellan förmätning och ettårs-uppföljning, ($F_{(3;131)} = 16.96, p < .01$), Tabell 9a appendix. Den effekt som fanns förklarades av mammornas inledande skattning av sin känsla av sammanhang.

Däremot fanns en effekt beroende på om och när i tid mamman varit utsatt för fysiskt och/eller sexuellt våld. ($F_{(3;130)} = 15.51, p < .01$, ((a) aldrig utsatt respektive fysiskt och/eller sexuellt våld daterat längre tillbaka i tiden än ett år vid förmätningen, b) fysiskt och/eller sexuellt våld under året vid förmätningen samt c) fysiskt och/eller sexuellt våld under året mellan förmätning och ettårs-uppföljning), Tabell 9b i appendix. Den effekt som återfanns förklarades både av mammornas ingångsskattningar av sin känsla av sammanhang men också om och när i tid mamman utsatts för fysiskt och/eller sexuellt våld. Mammor som fortsatt hade blivit utsatta för fysiskt och/eller sexuellt våld under året mellan för- och eftermätning hade en mindre förbättrad känsla av sammanhang jämfört med mammor var utsatthet daterades till året när stödinsatsen startade (förmätningen).

Vad mammorna tyckte om det stöd som de fått

Mammorna fick vid eftermätningen (T2) skatta och i intervju beskriva vad de tyckte om det stöd de fått på den verksamhet som deras barn varit knuten till och fått stöd av. I analyser har vi dock utgått från mängd och typ av stöd som mammorna hade fått oavsett vilken verksamhet som gett stödet. En redovisning av vad mammorna tyckte om det stöd på den verksamhet som deras barn var knuten till och fick stöd av finns i rapporten gällande stödinsatser till barn som upplevt våld mot mamma ¹.

Mammornas självskattade föräldraförmåga

UPPFÖSTRINGSSTRATEGIER

Det var 173 mammor som svarade på "När jag tillrättavisar mitt barn" vid eftermätningen (T2). Majoriteten mammor uppgav att de under det senaste året hade använt strategier som att få barnet att göra något annat när de gjorde något olämplig eller dragit in förmåner eller privilegier, gett barnet en "Tankepaus" eller "Time-out", talat om för barnet att något var "dumt gjort" och förklarat varför, gett utgångsförbud eller liknande (förekomst/prevalens $M = 3.35$, $SD = 0.92$, variationsvidd 0.00 - 4.00). Frekvensen i användande av dessa strategier varierade stort mellan mammorna ($M = 44.61$, $SD = 25.68$, variationsvidd 0.00-100).

En stor andel av mammorna uppgav att de hade gapat eller skrikit åt, svurit eller förbannat barnet, hotat barnet med stryk eller kallat barnet lat, dum eller liknande saker under det senaste året ($M=1.73$, $SD = 1.26$, variationsvidd 0.00-5.00). Alla utom 19 mammor rapporterade att de hade använt någon form av psykiskt aggressiva handlingar gentemot barnet under det senaste året. I genomsnitt var frekvensen 15 psykiskt aggressiva handlingar gentemot barnet under det senaste året ($M = 15.66$, $SD = 17.01$, variationsvidd 0.00-81.00).

Närmare hälften (45 % $n=95$) av mammorna rapporterade att de använt någon form av fysiskt våld mot barnet under det senaste året ($M = 0.64$, $SD = 0.98$, variationsvidd 0.00-8.00). Det rörde sig om örflar, att nypa barnet, att ha tagit hårt i barnet och ruskat om det, slagit barnet på stjärten med ett skärp, bälte, hårborste eller annat hårt föremål, gett smisk på stjärten med handflatan eller smällt till barnet på handen, armen eller benet. Frekvensen av fysiskt våld mot barnet från mamman under det senaste året varierade, men låg i medeltal på tre fysiska våldshandlingar mot barnet ($M = 3.14$, $SD = 8.80$, variationsvidd 0.00-88.00). Det var 78 mammor som uppgav att de aldrig någonsin hade brukat fysiskt våld mot sitt barn, övriga hade gjort det i varierande utsträckning vid något tillfälle antingen under det senaste året eller längre tillbaka i tiden.

Frekvenser för användande av positiva strategier vid tillrättavisningar, psykisk aggression och fysiskt våld under det senaste året vid förmätningen respektive om uppföstringsstrategier använts tidigare eller aldrig använts redovisas i Tabell 10 i appendix.

UPPLEVD FÖRÄLDRAKONTROLL

Den grupp mammor som deltog i alla mätningar (completergruppen) jämfördes med en grupp svenska mammor i allmänhet. Upplevd föräldrakontroll låg högre ($t_{(220)} = 2.58$, $p < .05$ ($M = 3.77$, Median = 3.95, $SD = 0.77$, variationsvidd 1.30 -5.00)) men skilde sig inte från en grupp svenska föräldrar som hade ett barn med funktionshinder ($M= 3.87$, $SD = 0.69$).

UPPLEVD HJÄLPLÖSHET, RÄDSLOR OCH OMVÄND OMVÅRDNAD

Det finns i dagsläget ingen svensk studie av "mammor i allmänhet" att jämföra med, men vid en jämförelse med amerikanska mammor med barn i samma ålder uppgav mammorna i vår studie att (a) de var mer hjälplösa i sitt föräldraskap, (b) relationen

mellan barnet och mamman i större grad präglades av rädsla och (c) deras barn var mer omvårdande (Tabell 11 i appendix). Korrelationer mellan upplevd hjälplöshet, rädsla och omvänd omvårdnad och upplevd föräldrakontroll redovisas i Tabell 12.

Mammornas självskattade anknytning

Drygt en tredjedel (36 %) av mammorna skattade sig som trygga i sitt sätt att relatera i nära relationer. De uppgav att de kände sig tillfreds med att komma nära andra och att vara beroende av andra och att andra var beroende av dem. Det är dock en avsevärt lägre andel jämfört med hur fördelningen av anknytningsmönster rent generellt brukar se ut i en icke riskgrupp, där siffrorna i det närmaste brukar vara de omvända och cirka 60 till 70 % uppfatta sig som trygga¹⁵⁷. En femtedel (21 %) uppgav att det var viktigt att känna sig oberoende och klara sig på egen hand och skattade sig som undvikande i sin anknytningsstil. Vidare var det 13 % som skattade sig som ambivalent anknutna och uppgav att de önskade komma mer nära andra och oroade sig för att andra inte uppskattade dem i den utsträckning som de skulle vilja. Nästan en tredjedel (30 %) hade en rädd anknytning. Vid en jämförelse av den skattade graden av trygghet, undvikande, ambivalens och anknytningsrädsla skilde sig mammorna åt från en svensk normalgrupp i alla avseenden förutom graden av ambivalens (Tabell 13 i appendix). Den skattade graden av trygghet var lägre medan graden av undvikande och rädsla var högre.

Samband mellan upplevd kontroll i sitt föräldraskap, uppfostringsstrategier och graden av rädd anknytning

Mammor som rapporterade en högre grad av rädd anknytning (RQ) hade också en högre grad av upplevd hjälplöshet i sitt föräldraskap (CHQ) ($r = 0.27, p < .01$) och en lägre grad av upplevd kontroll (PLOC) ($r = -.22, p < .01$). Vidare var upplevd hjälplöshet i sitt föräldraskap tydlig associerat med både prevalens av psykisk aggression och fysiskt våld mot barnet under det senaste året vid T2 ($r = .24, p < .01$; $r = .30, p < .01$) och frekvens av psykisk aggression och fysiskt våld ($r = .32, p < .01$; $r = .33, p < .01$). Upplevd kontroll i sin roll som förälder var däremot negativt korrelerat med förekomst av psykisk aggression och fysiskt våld ($r = -.30, p < .01$; $r = -.25, p < .01$) samt frekvens i användningen av psykisk och fysiskt våld ($r = -.31, p < .01$; $r = -.26, p < .01$).

DISKUSSION

Mammorna uppvisade höga nivåer av psykisk ohälsa och posttraumatisk stress, vilket bekräftar tidigare studier som pekat på vilka allvarliga negativa konsekvenser det kan medföra att utsättas för våld i sin nuvarande eller före detta nära relation^{59, 60, 63}. Det var till och med så att mammorna som grupp låg högre när det gällde psykisk ohälsa än en grupp vuxenpsykiatriska patienter, och över hälften hade så pass höga traumasymtom att det skulle motivera vidare utredning av eventuell PTSD. Cirka tre fjärdedelar av mammorna uppfattade att de hade gott känslomässigt respektive praktiskt stöd från vänner, något färre än hälften rapporterade bra känslomässigt och praktiskt stöd från föräldrar. Mammor födda utanför Sverige uppgav inte, som rapporterats i en tidigare svensk studie²⁷, att de varit utsatta för mer fysiskt våld än mammor födda i Sverige. Däremot rapporterade utlandsfödda mammor att de hade fler symtom på allmän psykisk ohälsa, högre nivåer av posttraumatisk stress och mindre socialt stöd än mammor födda i Sverige, vilket pekar på en ytterligare utsatthet som behöver uppmärksammas och föranleda en mer noggrann kartläggning av allmänt mående och behov av ytterligare stöd för dessa mammor.

De flesta mammorna (94 %) uppgav att de hade avslutat relationen till den man som utsatt henne. Flertalet (86 %) hade dock minderåriga barn ihop med mannen, och om det förelåg gemensam vårdnad eller barnet hade regelbundet umgänge med mannen, så kunde detta innebära fortsatt psykiskt, och i värsta fall även fysiskt, våld. En fjärdedel av mammorna hade en pågående umgäinges- eller vårdnadstvist med den man som utsatt henne för våld.

Förändring av psykisk ohälsa under det år som studien pågick

Mammornas psykiska ohälsa och posttraumatiska stress minskade, och känslan av sammanhang i tillvaron ökade, under tiden från förmätning till ettårs-uppföljningen, och effekterna var små till medelstora. Det är viktigt att betona att de resultat om ökade posttraumatiska symtom vid ettårs-uppföljningen som presenterades i den preliminära rapporten från projektet¹⁵⁸, vilken byggde på ett mindre antal mammor, inte återfanns när samtliga mammor ingick i analyserna. Tvärtom visar alla analyserna på en måttlig men signifikant förbättring på gruppnivå. Resultat som bygger på grupper av individer återspeglar dock inte alltid de förändringar som sker på individuell nivå, där en del som fått stöd kan förändras i positiv riktning medan andra kan vara oförändrade eller till och med försämrade. Inledningsvis var det närmare 70 % av mammorna som hade kliniska nivåer av posttraumatisk stress, men knappt hälften av dessa (44 %) hade förändrats till att vid ettårs-uppföljningen inte längre ha symtom på klinisk nivå. Ungefär lika många mammor med kliniska nivåer av posttraumatisk stress vid förmätningen (40 %) var dock oförändrade; de låg alltså kvar på samma höga symtomnivåer vid ettårs-uppföljningen. Om våra resultat är representativa för behandling av kvinnor som utsatts för våld i sin nära relation i Sverige, innebär det att en stor andel av de mammor som har kliniska nivåer av posttraumatisk stress och kommer i kontakt med olika stödverksamheter sannolikt behöver en specifik traumabehandling för att deras symtom ska förbättras. Liknande

resultat kunde ses för mammornas skattningar av sin allmänna psykiska ohälsa, där drygt 70 % hade kliniska nivåer vid förmätningen. Av dessa var det bara en dryg fjärdedel (27 %) som vid ettårs-uppföljningen hade förbättrats och inte längre skilde ut sig från hur en normalgrupp kvinnors skattade sitt psykiska mående. De höga symtomnivåer av psykisk ohälsa och posttraumatisk stress som mammorna uppvisade understryker betydelsen av att mammorna erbjuds effektiva behandlingsalternativ. Olika studier som mätt klinisk signifikans har visat att den genomsnittliga andelen klienter som förbättras efter behandling ligger runt 55 % till 60 % (efter i genomsnitt 13 behandlingstillfällen)¹⁵⁹, medan andelen försämrade respektive allvarligt försämrade klienter brukar ligga mellan 5 och 10 %¹⁶⁰. Andelen mammor som försämrades (d v s. gick från att inte ha kliniska symtomnivåer till att ha det vid ettårs-uppföljningen) var för psykisk ohälsa och traumasymtom ungefär vad man kan förvänta sig utifrån tidigare psykoterapistudier. Resultaten för känsla av sammanhang avvek dock och många fler mammor (nästan en fjärdedel) uppgav en försämrad känsla av sammanhang vid ettårs-uppföljningen. Det gick inte att finna några skillnader hos de mammor som hade en positiv individuell förändring jämfört med övriga mammor beroende på faktorer som socioekonomisk status, ålder, antal år med våld eller socialt stöd.

En högre grad av anknytningstrygghet var kopplad till en större minskning av posttraumatisk stress medan en större grad av rädsla/desorganisation i anknytningen var negativt associerad med förändring av posttraumatisk stress (dvs. symtomen minskade inte lika mycket eller ökade till och med).

Det är oroande att så pass många mammor med kliniska symtomnivåer av psykisk ohälsa och traumasymtom fortstod att ha höga nivåer även vid ettårs-uppföljningen. Det pekar på att de insatser som erbjudits många våldsutsatta mammor inte varit tillräckliga, och resultaten motiverar en mer noggrann bedömning av mammans psykiska hälsa och status för att kunna slussa mammor med hög psykisk ohälsa och misstänkt PTSD vidare för utredning och kvalificerad behandling. Behandlingsmetoder som har utvärderats för PTSD och har gott empiriskt stöd är olika former av kognitiv beteendeterapi inklusive EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)^{161, 162}. Behandlingar anpassade för och riktade till kvinnor som utsatts för våld i sin nära relation har utvärderats och visat sig ha visst stöd vad gäller förbättrad hälsa och minskade traumasymtom. Dessa metoder är bland annat kognitiv traumaterapi för misshandlande kvinnor (CTT-BW)^{90, 163}, kognitiv processterapi¹⁶⁴ och dialektisk beteendeterapi¹⁶⁵.

Omständigheter som påverkade förändringar i psykisk ohälsa

Som framgick av resultatredovisningen kunde vi inte identifiera några skillnader i effekter på mammornas psykiska ohälsa, posttraumatiska stress och känsla av sammanhang som gick att hänföra till mängd eller typ av stöd som mammorna hade fått. Resultaten liknar de som en nyligen rapporterad utvärdering kom fram till, där specialiserade insatser (kvinnojourer och skyddade boende) jämfördes med en kontrollgrupp mammor som inte hade fått någon direkt insats utifrån sin våldsutsatthet och där båda grupperna förbättrades i liknande utsträckning¹³⁰. Att mängd och typ av stöd inte visade sig ha någon påvis-

bar effekt är förvånande eftersom åtminstone en grupp mammor (inget kontinuerligt eget stöd) inte hade fått något stöd, vilket närmast gör dem till en obehandlad kontrollgrupp. Resultatet visar på betydelsen av betydligt större undersökningsgrupper, så att det går att kontrollera för olika bakgrundsfaktorer, vilka i en studie av det här slaget (s k kvasi-experimentell studie) försvårar tolkningen av resultaten. Det vore också önskvärt med några randomiserade studier (s k RCT-studier) där effekten av olika bakgrundsfaktorer kontrolleras genom att deltagarna fördelas slumpvis till olika behandlingsalternativ.

En mindre andel mammor (var tionde) fortsatte att bli utsatta för fysiskt och/eller sexuellt våld under det år studien pågick. Dessa mammor tenderade att inte förbättra sin känsla av sammanhang i lika stor utsträckning som mammor vars våldsutsatthet var daterad till året före förmätningen. Resultatet pekar på vikten av att våldet upphör för att stödinsatser ska kunna ha någon effekt. Det finns också flera andra faktorer (t ex. socioekonomiska förhållanden och påtvingad kontakt med tidigare förövare som också är pappa med umgängesrätt eller gemensam vårdnad) som kan inverka på mammans möjligheter till återhämtning. Vi vill betona betydelsen av att våldet mot mamman i upphör, resultatet pekar mot att de mammor som utsätts för fortsatt fysiskt våld inte förbättras i lika stor uträkning. Därutöver behöver mamman erbjudas samhällets stöd för att utöva ett gott föräldraskap.

Mammornas självrapporterade föräldraförmåga och anknytningsstil

Våra resultat rörande mammornas upplevda föräldraförmåga stödjer tidigare forskning^{90, 115} som betonat att föräldraaspekter behöver lyftas in i en effektiv behandling för mammor som levt med våld i sin relation. Ett flertal mammor i vår studie uppvisade en hög grad av hjälplöshet i sitt föräldraskap och framför allt gällde det aspekter i föräldra-barn relationen som tyder på omvänd omvårdnad. Med det avses en situation där barnet tar ett stort ansvar för relationen och påtagit sig en omvårdande roll gentemot mamman och i första hand har hennes behov och känslor i fokus. Omvända omvårdnadsroller har identifierats i ett fåtal tidigare studier^{16, 166}, och de har i andra sammanhang visat sig förknippade med en ogynnsam utveckling och olika former av psykisk ohälsa hos barnet^{167, 168}. Vidare var en hög upplevd hjälplöshet i föräldraskapet tydligt kopplat till en känsla av låg kontroll och användning av olika psykiskt aggressiva uppfostringsmetoder och fysiskt våld mot barnet från mammans sida under det senaste året. Att hota sitt barn, t ex. genom att säga att man kommer att lämna iväg barnet, eller själv lämna familjen om barnet inte slutar med det som föräldern uppfattar som negativt, eller genom att hota med stryk, har visat sig bidra till en rad negativa konsekvenser för barnet som ökad osäkerhet, otrygghet och ångestproblematik¹⁶⁹. Hotfulla föräldrabeteenden tycks bidra till att barnet utvecklar inre arbetsmodeller (kognitiva scheman) präglade av just hot och osäkerhet¹⁷⁰, något som i sin tur kan bidra till förvrängda tolkningsmönster som ökar risken för ångestproblematik. Det är anmärkningsvärt att det endast var 45 % av mammorna som svarade att de aldrig någonsin hade använt någon form av fysiskt våld mot barnet. Det pekar på att många barn är tredubbelt utsatta, dels för att bevittna våldet mot mamma

från hennes nuvarande eller tidigare partner, dels för våld riktat direkt mot barnet från samme man och dels också för våld utövat av mamman. Det är sedan tidigare belagt att det finns en hög överlappning mellan bevittande av våld mellan föräldrar och våld mot barn från föräldrarnas eller föräldrarnas sida ¹⁷¹ och en nyligen publicerad svensk studie med 15-åriga elever som informanter visade att risken för kroppslig bestraffning av barn ökade tio gånger när det förekom våld mellan föräldrarna ¹⁷².

Ett annat skäl till att föräldraaspekter behöver lyftas in i en effektiv behandling för mammor som levt med våld i sin relation är att mammorna i många fall tvingas till fortsatt kontakt med förövaren i fall då de har gemensamma minderåriga barn (86 % i denna studie). Som nämndes tidigare var det en fjärdedel av mammorna som hade en pågående tvist kring vårdnad eller umgänge. Män som utövat våld mot barnets mamma använder inte sällan gemensamma barn som ett sätt att fortsatt försöka kontrollera eller hota mamman efter separation ^{81, 85}. En del mammor försätts i en omöjlig position; de ska skydda sitt barn och samtidigt kan de känna sig mer eller mindre tvingade att understödja och underlätta för umgänge mellan barnet och en pappa som utövat våld ^{173, 174}. Det finns också belägg för att barn påverkas negativt när de av olika anledningar inte vill träffa sin ena förälder och ändå tvingas till det och där det samtidigt förekommer konflikter mellan föräldrarna; risk för eventuellt fortsatt våld och en bristande trygghetskänsla i förälder-barn relationen ¹⁷⁵. Att skicka iväg sitt barn till en pappa som vare sig man eller barnet litar på – ibland trots att barnet uttryckt rädsla och en önskan om att slippa åka till pappa – kan i värsta fall bidra till mammors upplevelse av hjälplöshet och brist på kontroll. Anknytningsens mest ursprungliga ändamål är att garantera barnet skydd och beskydd av sin omvårdnadsperson. Detta innebär i hotfulla situationer att föräldrarnas viktigaste uppgift är att skydda barnet mot hotfulla angripare (rovdjur eller illa-sinnade medlemmar av den egna arten), något man inom anknytningsteorin benämner som den triadiska aspekten av anknytningen. Utifrån ett anknytningsperspektiv innebär överlämnandet av barnet till en pappa som vare sig man själv eller barnet känner sig trygg med, att man som mamma försätts i en situation där man tvingas ”göra våld” på drivkraften att skydda sitt barn från en potentiellt farlig och skadlig yttre tredje part, ¹⁷⁶. I en Kanadensisk studie synliggjordes en del av de dubbla krav och förväntningar som kan ställas på mammor som utsatts för våld i sin nära relation och som hade kontakt både med socialtjänstens individ- och familjeomsorg och Familjerätten. Å ena sidan förväntades mammorna skydda sitt eller sina barn från fortsatt bevittnande av våld och å andra sidan skulle de bidra till att barnet hade kontakt och umgänge med den förälder som utövat våldet⁸⁴. Aktuell lagstiftning, och kanske i ännu högre utsträckning lagtillämpningen i familjerätter och domstolar, gör enligt vårt förmenande inte tillräcklig åtskillnad mellan vad som är barnets bästa ”i allmänhet”, när barnet har två föräldrar som båda ser till barnets behov och förmår sätta dessa framför sina egna vuxenbehov, och vad som är barnets bästa ”i synnerhet”, t ex. i situationer där den ene föräldern utövat våld mot den andre och kanske även mot barnet. Barn behöver inte automatiskt båda sina biologiska föräldrar, däremot behöver barn flera vuxna som gör sitt bästa för att ge barnet en trygg uppväxt.

Den övervägande delen av de mammor som deltog i samtliga mätningar skattade sig som otrygga i sin anknytningsstil vid ettårs-uppföljningen (64 %), och hela 30 % av mammorna uppfattade sig själva som att de hade en rädd (fearful) anknytningsstil; vilket innebär en stark längtan efter nära relationer kombinerad med ett starkt undvikande av att släppa någon nära inpå sig på grund av rädsla för att bli avvisad och inte duga. Med tanke på mammornas erfarenhet av relationen med en våldsutövande man är detta på intet sätt förvånande. Men en rädd anknytningsstil är den allvarligaste formen av otrygghet, och den har förknippats med en rad negativa föräldrabeteenden, till exempel omvänd omvårdnad eller abdikering från föräldrarollen, som i sin tur riskerar att inverka negativt på barnets relation till sin mamma och på barnets egna psykiska utveckling^{167, 168}. De mammor som skattade sig som rädda eller desorganiserat anknutna hade också en större upplevd hjälplöshet i sitt föräldraskap och en lägre känsla av kontroll och möjlighet att påverka barnets beteende och utveckling. Mammor som är allvarligt traumatiserade och har en rädd/desorganiserad anknytning skulle, om de har barn i förskoleåldern, kunna dra nytta av psykoterapeutisk behandling i form av Child Parent Psychotherapy (CPP). Det är en intensiv behandling, inriktad på att behandla dyaden mamma-barn, som pågår under cirka ett år en gång i veckan och skulle kunna erbjudas till de mest allvarligt traumatiserade mammorna och deras förskolebarn.

Med anledning av den stora andel mammor med otrygg anknytning som vi fann, är det också av intresse att studera om mammans anknytningsstil är relaterad till behandlingsutfallet. Vi fann ett positivt samband mellan graden av trygg anknytningsstil och förändring av posttraumatisk stress medan graden av rädsla däremot var negativt kopplad till förändring. En del studier har pekat mot att personer med en otrygg anknytning, och då framför allt en ambivalent anknytningsstil, har svårigheter att tillgodogöra sig behandling i grupp då de ofta tenderar att kunna bli alltför upptagna av vad behandlare och andra i gruppen tycker om dem och av att söka andras godkännande och bekräftelse¹⁷⁷ medan däremot en undvikande anknytningsstil kan påverka närvaro och engagemang i gruppbehandling negativt¹⁷⁸. Större uppmärksamhet behöver troligtvis ägnas åt en inledande bedömning som bland annat också innefattar anknytningsstil innan psykoterapi påbörjas och det är också något som har rekommenderas för traumabehandling i grupp för krigsveteraner i USA¹⁷⁷.

Våra reflektioner

Det finns ett glapp mellan de senaste forskningsresultaten om kvinnor som utsatt för våld i sin nära relation och användning av den kunskap som forskningen genererar i de praktiska kliniska verksamheterna¹⁷⁹. Detta är inte unikt för arbetsfältet våld mot kvinnor i nära relationer eller för situationen i Sverige. Hur man bäst ska omsätta forskningsresultat i praktisk klinisk verksamhet är en generell fråga som också på senare år har börjat studeras mer systematiskt¹⁷⁹. Brist på: kvalificerade utbildningsmöjligheter, kontinuerlig handledning och organisatoriskt stöd (ekonomiskt och ledning), samt bristande kulturellt stöd i att införa empiriskt baserade metoder för bedömning och behandling var några faktorer som hindrade införlivande av forskningsgenererad kunskap i praktisk verksamhet¹⁷⁹. Un-

derlättnande faktorer var exempelvis information om och riktlinjer för bästa behandling, en organisation med ett starkt ledarskap och ett gott klimat och gott samarbete mellan forskning och praktisk verksamhet ¹⁷⁹.

Att utveckla och utvärdera psykologiska behandlingsmetoder är komplicerat, dyrbart och tar lång tid. Traditionen inom svensk socialtjänst var under lång tid i mycket stor utsträckning att låta enskilda behandlare eller verksamheter fritt utveckla sina egna metoder, möjligen "inspirerade" av någon metod man läst om eller hört talas om på en studiedag eller liknande. Effekten blev att olika metoder utvecklades men väldigt få utvärderades. Vår och andras utvärdering av behandlingseffekter för kvinnor/mammor som utsatts för våld i sin nära relation, talar för att detta sätt att utveckla stödinsatser har nått vägs ände. Verksamheter som riktar sig till mammor som utsatts för våld i sin nära relation och söker stöd för att utveckla sitt arbete, bör i stället i första hand implementera metoder som redan har empiriskt stöd och helst göra detta i samarbete med forskare som kan utvärdera införandet av den nya metoden. De flesta behandlingsmetoder för mammor som utsatts för våld i sin nära relation som har empiriskt stöd är utvecklade i Nordamerika. Det finns god anledning att ifrågasätta huruvida dessa metoder utan vidare kan översättas och användas i en annorlunda kulturell kontext som den svenska, och kunskapen om hur dessa behandlingsmetoder fungerar i Sverige är än så länge mycket begränsad. Därför behövs, menar vi satsningar på implementeringsstudier. En föreslagen gång vid utprövning av behandlingsmetoder som har visat sig ha gott stöd i en annan kultur, är att allra först genomföra behandlingen med ett mindre antal personer utan att revidera, förändra eller anpassa metoden ifråga. Efter att man genomfört behandlingen "precis enligt anvisningarna" (by the book) gör man en kartläggning där man försöker fånga in åsikter och synpunkter från behandlare och de som fått behandlingen. Därefter genomförs eventuella revideringar av behandlingen och sedan jämförs den ursprungliga versionen av behandlingen med den anpassade versionen för att se vilken som ger bäst resultat och/eller accepteras bäst av dem som metoden riktar sig till ¹⁸⁰. Under arbetet med föreliggande rapport har Regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela utvecklingsmedel till kommuner och frivilligorganisationer ¹⁸¹, och det är vår förhoppning att en del av dessa medel ska komma att användas på just detta sätt.

De höga nivåer av psykisk ohälsa och posttraumatisk stress som många av mammorna uppvisade och det faktum att cirka hälften av mammorna även ett år senare hade fortsatt lika höga nivåer av traumasymtom och allmän psykisk ohälsa, betyder att de sannolikt behöver identifieras och fångas upp tidigt och erbjudas en mer psykoterapeut inriktad behandling som har empiriskt stöd. Vi rekommenderar därför att en första bedömning av mammors och barns symtomnivåer och mammornas föräldraförmåga genomförs innan behandling eller stödinsats påbörjas. Många av de insatser som ingick i vår utvärdering var generella, pedagogiska och riktade till alla mammor med erfarenheter av våld i sin nära relation. Insatserna var inte primärt psykoterapeutiska, och de gavs inte heller inom hälso- och sjukvården. Samtidigt pekar mammornas symtomnivåer och självskattade föräldraförmåga på att cirka hälften av dem var i behov av mer specialiserade insatser som

inriktas både på mammans mående och på hennes föräldraförmåga och uppfostringsstrategier. Precis som vi föreslog i rapporten där vi redovisade vår utvärdering av stödinsatser för barnen som bevittnat våld mot mamma, så finns det även när det gäller mammorna själva anledning utveckla någon form av "insatstrappa" där mamman kan få hjälp anpassad till hennes aktuella livssituation och psykologiska behov.

Studiens begränsningar

Studien hade ett stort bortfall (37 %), vilket i ju för sig inte är något ovanligt när det gäller studier med kvinnor utsatta för våld i sin nära relation¹¹³. Det som är mer bekymmersamt är att det var mammor som hade en högre belastning i form av att ha levt längre med våld och ha högre psykisk ohälsa och posttraumatisk stress som inte deltog i alla mätningar. Huruvida dessa mammor också hoppade av eller endast deltog sporadiskt i stödinsatsen vet vi inte. Studien är kvasiexperimentell och saknar en obehandlad kontrollgrupp. Den tänkta obehandlade jämförelsegruppen som skulle utgöras av mammor i kontakt med Familjerätten blev alltför liten då det visade sig att många av dessa mammor hade fått stöd i form av egen betald psykoterapi, kontakt med psykolog eller kurator på vårdcentral eller andra vårdkontakter. Vi kan därför inte uttala oss om de generella effekter som kunde ses beror på tiden i sig och spontan självläkning eller på faktorer som vi inte undersökt, eller inte kunnat kontrollera för på grund av för små undersökningsgrupper.

Det hade absolut varit önskvärt att ha upplevd föräldrakontroll, föräldraförmåga och anknytningsstil som effektmått av erbjuden insats. Vid starten av studien gjordes dock bedömningen att det skulle bli alltför arbetsamt och tungt för många mammor att fylla i ytterligare formulär.

Sammanfattning, slutsatser och rekommendationer

SAMMANFATTNING AV RESULTATEN

De allra flesta mammorna hade avslutat sin nära relation till förövaren, som i 86 % av fallen var barnens biologiska pappa. Men gemensam vårdnad eller regelbundet umgänge med barnet/barnen gav honom möjligheter till fortsatt psykiskt, och i värsta fall även fysiskt, våld. En fjärdedel av mammorna hade en pågående umgänces- eller vårdnadstvist.

Så gott som alla mammor hade varit utsatta för både psykiskt och fysiskt/sexuellt våld innan studien påbörjades, men den övervägande majoriteten av mammorna (90 %) rapporterade att det fysiska/sexuella våldet *inte* fortsatt under det år studien pågick.

En stor andel av mammorna uppvisade höga (kliniska) nivåer av psykisk ohälsa, posttraumatisk stress och låg känsla av sammanhang i tillvaron vid T1. Många av dessa mammor fortsatte att ha lika höga symtomnivåer även vid T3.

På gruppnivå förbättrades mammornas psykiska ohälsa, posttraumatis-
ka stress och känsla av sammanhang från T1 till T3, men vi kunde inte
relatera dessa effekter på psykisk ohälsa, posttraumatisk stress och känsla
av sammanhang till vilken mängd eller vilken typ av stöd som mammorna
hade fått.

De mammor som var fortsatt utsatta för fysiskt och/eller sexuellt våld mel-
lan T1 och T3 uppvisade inte en lika stor förbättring i känsla av samman-
hang jämfört med de mammor där våldet var daterat till året före T1.

Närmare hälften av mammorna rapporterade vid T3 att de hade använt
fysiskt våld mot barnet under det senaste året. Knappt hälften av mam-
morna (45 %) uppgav att de aldrig använt fysiskt våld mot barnet.

Två tredjedelar av mammorna (64 %) uppfattade sig vid T3 som otryggt
anknutna och en tredjedel (30 %) hade en rädd eller desorganiserad an-
knytningsstil. Mammor som hade en rädd anknytningsstil rapporterade
att de använde mer psykiskt och fysiskt våld mot sina barn och upplevde
en högre grad av hjälplöshet i sitt föräldraskap och låg kontroll jämfört
med de mammor som hade andra anknytningsstilar.

SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER

Resultatet pekar på vikten av att våldet upphör för att stödinsatser ska ha effekt. Sam-
hällets stödinsatser till mammor som utsatts för våld i sin nära relation bör därför först
inriktas på att mamman får hjälp att hantera sin aktuella livssituation, stöd som möj-
liggör att våldet mot henne och barnet upphör, och stöd för mamman att utöva ett gott
föräldraskap.

Verksamheter som har kontakt med mammor som utsatts för våld i sin
nära relation bör, innan behandling eller stödinsats påbörjas, göra en
preliminär bedömning av mammors symtomnivåer, aktuella anknytnings-
stil och föräldraförmåga så att insatser kan erbjudas som svarar mot den
enskilda mammans behov.

Precis som vi föreslog i rapporten där vi redovisade vår utvärdering av stö-
dinsatser för barnen som bevittnat våld mot mamma, så finns det även när
det gäller mammorna anledning utveckla någon form av ”insatstrappa”
där mamman kan få hjälp anpassad till hennes aktuella livssituation och
psykologiska behov.

Många mammor som utsatts för våld i sin nära relation och kommer i kontakt med olika stödverksamheter behöver specifik traumabehandling för att deras psykiska hälsa ska förbättras. Det är i första hand vuxenpsykiatriens ansvar att erbjuda sådan behandling, men om så inte sker måste samhället ge ansvaret, och resurserna, för behandlingen, till någon annan aktör.

Utlandsfödda mammor hade fler symtom på allmän psykisk ohälsa, högre nivåer av posttraumatisk stress och mindre socialt stöd än mammor födda i Sverige, vilket pekar på en ytterligare utsatthet som behöver uppmärksammas.

Föräldraaspekter behöver lyftas in i en effektiv behandling för mammor som levt med våld i sin relation. Resultaten pekar på att många barn är tredubbelt utsatta, dels för att bevittna våldet mot mamma från hennes nuvarande eller tidigare partner, dels för våld riktat direkt mot barnet från samme man, och dels också för våld utövat av mamman.

Mammans föräldraförmåga påverkas ofta negativt i de fall då hon har gemensamma minderåriga barn med den man som utövat våld mot henne och barnet, om föräldrarna har gemensam vårdnad eller pappan regelbundet umgänge med barnet. Mamman riskerar att försättas i en omöjlig position där hon förväntas skydda sitt barn, som av rädsla för pappan inte vill umgås med honom, samtidigt som hon känner sig tvingad att understödja och underlätta för umgänge mellan barnet och pappa, av risk för att det annars uppfattas som att hon obstruerar mot fattade beslut om umgänge.

Verksamheter som riktar sig till mammor som utsatts för våld i sin nära relation bör i stället för att utveckla egna metoder i första hand pröva metoder som redan har empiriskt stöd, och göra detta i samarbete med forskare som kan utvärdera införandet av de nya metoderna.

Avslutningsvis vill vi poängtera att knappt 40 % av mammor som påbörjade av olika anledningar föll bort och inte fullföljde studien. Mammor som föll bort hade vid för-mätningen i genomsnitt fler barn, var yngre, hade lägre socioekonomisk status (SES) och hade levt längre med våld i sin relation. De hade också högre förekomst av psykisk, fysiskt och sexuellt våld, fler symtom på allmän psykisk ohälsa och posttraumatisk stress och en lägre känsla av sammanhang i tillvaron, jämfört med de mammor som fullföljde studien. Det finns anledning anta att den beskrivning av situationen för mammor som utsatts för våld som vi ger i föreliggande rapport inte är representativ för utlandsfödda kvinnor som ej talar svenska, och inte heller för mer utsatta svenskfödda kvinnor. Vår bedömning är att situationen för dessa grupper är sämre snarare än bättre jämfört med vad som redovisas i rapporten.

REFERENSER

1. Broberg A.G, Almqvist K, Almqvist L, et al. Stöd till barn som upplevt våld mot mamma [Support service to children exposed to intimate partner violence]. Gothenburg University, Department of Psychology, 2011.
2. Ryding M. Utvecklingen av dödligt våld mot kvinnor i nära relationer, 2007.
3. Hradilova Selin K. Våld mot kvinnor och män i nära relationer. Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet, 2009.
4. BRÅ. Kriminalstatistik 2010. Rapport 2011:11. Stockholm Fritzes, 2011.
5. Jegerby UMJ, Strantz H. Socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och deras barn. Utveckling och prövning av standardiserade bedömningsinstrument. Slutrapport till regeringen. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
6. Straus MA. Gender symmetry and mutuality in perpetration of clinical-level partner violence: Empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Aggress Violent Behav* 2011; 16(4): 279-88.
7. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2000; 126(5): 651-80.
8. Caldwell JE, Swan SC, Woodbrown DV. Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychology of Violence* 2012; 2(1): 42-57.
9. Phelan MB, Hamberger L, Guse C, Edwards S, Walczak S, Zozel A. Domestic violence among male and female patients seeking emergency services. *Violence and Victims* 2005; 20: 187-206.
10. Anderson DK, Saunders DG. Leaving an abusive partner: an empirical review of predictors, the process of leaving , and psychological well-being. *Trauma Violence and Abuse* 2003; 4(2): 163-91.
11. Rhatigan DL, Street AE, Axsom DK. A critical review of theories to explain violent relationship termination: Implications for research and intervention. *Clin Psychol Rev* 2006; 26(3): 321-45.
12. Edwards KM, Gidycz CA, Murphy MJ. College Women's Stay/Leave Decisions in Abusive Dating Relationships: A Prospective Analysis of an Expanded Investment Model. *J Interpers Violence* 2011; 26(7): 1446-62.
13. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 360(9339): 1083-8.
14. Moe AM. Battered Women, Children, and the End of Abusive Relationships. *Affil J Women Soc Work* 2009; 24(3): 244-56.
15. Meyer S. 'Acting in the Children's Best Interest?': Examining Victims' Responses to Intimate Partner Violence. *J Child Fam Stud* 2011; 20(4): 436-43.
16. Almqvist K, Broberg A. Barn som bevittnat våld mot mamma - en studie om kvinnor och barns som vistas på kvinnojourer i Göteborg: Lundby Stadsdelsförvaltning, Göteborgs stad, 2004.
17. Anderson SA, Cramer-Benjamin DB. The impact of couple violence on parenting and children: An overview and clinical implications. *American Journal of Family Therapy* 1999; 27(1): 1-19.
18. Brownridge DA. Violence against women post-separation. *Aggress Violent Behav* 2006; 11(5): 514-30.
19. Stanley N, Miller P, Foster HR. Engaging with children's and parents' perspectives on domestic violence. *Child Fam Soc Work* 2012; 17(2): 192-201.
20. Meltzer H, Doos L, Vostanis P, Ford T, Goodman R. The mental health of children who witness domestic violence. *Child Fam Soc Work* 2009; 14(4): 491-501.
21. Povey D, Coleman K, Kaiza P, Roes S. Homicides, firearm offenses and intimate violence 2007/08. : Home Office London, 2009.
22. Bair-Merritt MH, Holmes WC, Holmes JH, Feinstein J, Feudtner C. 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* 2008; 23: 325-32.

23. Tjaden P, Thoennes N. Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the national violence against women survey. *Violence against women* 2000; 6(2): 142-61.
24. Eliasson M, Ellgrim B. Mäns våld mot kvinnor i nära relationer: en kunskapsöversikt. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/jamstalldhet/publikationer_1/mans-vald-mot-kvinnor-i-nara-relationer-en-kunskapsoversikt: Sveriges kommuner och landsting, 2006.
25. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol Med* 2010; 40(6): 881-93.
26. Howard LM, Trevillion K, Agnew-Davies R. Domestic violence and mental health. *Int Rev Psych* 2010; 22(5): 525-34.
27. Fernbrant C, Essen B, Ostergren PO, Cantor-Graae E. Perceived Threat of Violence and Exposure to Physical Violence Against Foreign-Born Women: A Swedish Population-Based Study. *Womens Health Issues* 2011; 21(3): 206-13.
28. Harway M, O'Neil JM. What causes men's violence against women? USA: Sage Publications; 1999.
29. Armelius B-Å, Armelius K. Våldsutsatthet och misshandel hos missbrukande kvinnor – resultat från ASI-intervjuer med 4290 kvinnor. En rapport till Socialstyrelsens utredning om våldsutsatta kvinnor med missbruk: Institutet för Klinisk Psykologi i Umeå AB, 2010.
30. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Bmc Public Health* 2011; 11.
31. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2008; 28(7): 1222-34.
32. Miller E, Breslau J, Petukhova M, et al. Premarital mental disorders and physical violence in marriage: cross-national study of married couples. *Br J Psychiatry* 2011; 199(4): 330-7.
33. Ehrensaft MK, Moffitt TE, Caspi A. Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *Am J Psychiat* 2006; 163(5): 885-92.
34. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002; 359(9315): 1423-9.
35. Stockl H, Heise L, Watts C. Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. *Sociology of Health & Illness* 2011; 33(5): 694-709.
36. Ehrensaft M, Cohen P, Smailes E, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(4): 741-53.
37. Coid J, Fetruckevitch A, Feder G, Chung W, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet* 2001; 358: 450-54.
38. Desai S, Arias I, Thompson MP, Basile KC. Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence and Victims* 2002; 17(6): 639-53.
39. Whitfield CL, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ. Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults - Assessment in a large health maintenance organization. *J Interpers Violence* 2003; 18(2): 166-85.
40. Krishnan SP, Hilbert JC, Pase M. An examination of intimate partner violence in rural communities: Results from a hospital emergency department study from Southwest United States. *Family & Community Health* 2001; 24(1): 1-14.
41. Bybee D, Sullivan CM. Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *American Journal of Community Psychology* 2005; 36(1-2): 85-96.
42. Cole J, Logan TK, Shannon L. Women's Risk for Revictimization by a New Abusive Partner: For What Should We Be Looking? *Violence and Victims* 2008; 23(3): 315-30.
43. Kuijpers KF, van der Knaap LM, Lodewijks IAJ. Victims' Influence on Intimate Partner Violence Revictimization: A Systematic Review of Prospective Evidence. *Trauma Violence Abus* 2011; 12(4): 198-219.

44. Kuijpers KF, van der Knaap LM, Winkel FW. PTSD symptoms as risk factors for intimate partner violence revictimization and the mediating role of victims' violent behavior. *J Trauma Stress* 2012; 25(2): 179-86.
45. Briere J, Jordan CE. Violence against women - Outcome complexity and implications for assessment and treatment. *J Interpers Violence* 2004; 19(11): 1252-76.
46. Riggs DS, Caulfield MB, Street AE. Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *J Clin Psychol* 2000; 56(10): 1289-316.
47. Courtois CA. Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy* 2004; 41(4): 412-25.
48. Charuvastra A, Cloitre M. Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol* 2008; 59: 301-28.
49. Keane TM, Marshall AD, Taft CT. Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology* 2006; 2: 161-97.
50. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin* 2006; 132(6): 959-92.
51. Frans O, Rimmo PA, Aberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 111(4): 291-9.
52. Van der Kolk BA, Courtois CA. Editorial comments: Complex developmental trauma. *J Trauma Stress* 2005; 18(5): 385-8.
53. Coker AL, Weston R, Creson DL, Justice B, Blakeney P. PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: The role of risk and protective factors. *Violence and Victims* 2005; 20(6): 625-43.
54. Lindgren MS, Renck B. 'It is still so deep-seated, the fear': psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008; 15(3): 219-28.
55. Jones L, Hughes M, Unterstaller U. Post-Traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: a review of the research. 2001; 2(2): 99-119.
56. DeJonghe ES, Bogat GA, Levendosky AA, von Eye A. Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: Prediction and prevention. *J Postgrad Med* 2008; 54(4): 294-300.
57. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *J Fam Violence* 1999; 14(2): 99-132.
58. Renner LM, Markward MJ. Factors Associated with Suicidal Ideation Among Women Abused in Intimate Partner Relationships. *Smith College Studies in Social Work* 2009; 79(2): 139-54.
59. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, Health WMSW. 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* 2008; 371(9619): 1165-72.
60. Devries K, Watts C, Yoshihama M, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine* 2011; 73(1): 79-86.
61. McLaughlin J, O'Carroll RE, O'Connor RC. Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2012; 32(8): 677-89.
62. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *Journal of Womens Health* 2007; 16(7): 987-97.
63. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med* 2006; 30(6): 458-66.
64. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine* 2002; 162(10): 1157-63.
65. Woods SJ, Hall RJ, Campbell JC, Angott DM. Physical Health and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery & Womens Health* 2008; 53(6): 538-46.

66. Ford-Gilboe M, Wuest J, Varcoe C, et al. 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* 2009; 68(6): 1021-9.
67. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health Care Utilization and Costs Associated with Physical and Nonphysical-Only Intimate Partner Violence. *Health Serv Res* 2009; 44(3): 1052-67.
68. Helweg-Larsen K, Kjoller A, Davidsen M, Rasmussen NK. The Danish National Cohort Study (DANCOS) - Registry-based follow-up study of the Danish Health Interview Surveys, 1987, 1991 and 1994. *Danish Medical Bulletin* 2003; 50(2): 177-80.
69. Sheridan DJ, Nash KR. Acute injury patterns of intimate partner violence victims. *Trauma Violence Abus* 2007; 8(3): 281-9.
70. Kwako LE, Glass N, Campbell J, Melvin KC, Barr T, Gill JM. Traumatic Brain Injury in Intimate Partner Violence: A Critical Review of Outcomes and Mechanisms. *Trauma Violence Abus* 2011; 12(3): 115-26.
71. Jackson H, Philp E, Nuttall RL, Diller L. Traumatic brain injury: A hidden consequence for battered women. *Professional Psychology-Research and Practice* 2002; 33(1): 39-45.
72. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52(3): 511-24.
73. Weston R. Insecure attachment mediates effects of partners' emotional abuse and violence on women's relationship quality. *J Fam Violence* 2008; 23(6): 483-93.
74. Declercq F, Willemsen J. Distress and post-traumatic stress disorders in high risk professionals: Adult attachment style and the dimensions of anxiety and avoidance. *Clin Psychol Psychother* 2006; 13(4): 256-63.
75. Fraley RC, Fazzari DA, Bonanno GA, Dekel S. Attachment and psychological adaptation in high exposure survivors of the September 11th attack on the World Trade Center. *Pers Soc Psychol Bull* 2006; 32(4): 538-51.
76. Casanueva C, Martin SL, Runyan DK. Repeated reports for child maltreatment among intimate partner violence victims: Findings from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being. *Child Abuse Negl* 2009; 33(2): 84-93.
77. Stenson K, Claesson I, Heimer G. Våldsutsatta kvinnors hälsa och livssituation – en longitudinell deskriptiv studie, 2006.
78. Edleson. Children's Witnessing of Adult Domestic Violence. *J Interpers Violence* 1999; 14: 839.
79. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL. Violence, Abuse, and Crime Exposure in a National Sample of Children and Youth. *Pediatrics* 2009; 124(5): 1411-23.
80. Salisbury EJ, Henning K, Holdford R. Fathering by Partner-Abusive Men Attitudes on Children's Exposure to Interparental Conflict and Risk Factors for Child Abuse. *Child Maltreatment* 2009; 14(3): 232-42.
81. Beeble M, Bybee D, Sullivan CM. Abusive men's use of children to control their partners and ex-partners. *European Psychologist* 2007; 12(1).
82. Grip K, Almqvist K, Broberg AG. Psyisk hälsa och mående hos mammor som utsatts för våld av sin partner - före och efter deltagande i Bojens grupprogram: Rapport Allmänna Barnhuset, 2010.
83. Grip K, Almqvist K, Broberg AG. Maternal report on child outcome after a community-based program following intimate partner violence. *Nord J Psychiatr* 2012; 66(4): 239-47.
84. Hughes J, Chau S. Children's best interests and intimate partner violence in the Canadian family law and child protection systems. *Critical Social Policy* 2012; 32(4): 677-95.
85. Jaffe PG, Crooks CV, Poisson SE. Common misconceptions in addressing domestic violence in child custody disputes. *Juvenile and Family Court Journal* 2003; 54(4): 57-67.
86. Eriksson M. I skuggan av pappa familjerätten och hanteringen av faders våld: Uppsala; 2003.
87. Kalil A, Tolman R, Rosen D, Gruber G. Domestic violence and Children's behavior in low- income families. *Journal of emotional abuse* 2003; 3(1-2): 75-101.

88. Renner LM. Intimate Partner Violence Victimization and Parenting Stress: Assessing the Mediating Role of Depressive Symptoms. *Violence against Women* 2009; 15(11): 1380-401.
89. Taylor CA, Guterman NB, Lee SJ, Rathouz PJ. Intimate Partner Violence, Maternal Stress, Nativity, and Risk for Maternal Maltreatment of Young Children. *Am J Public Health* 2009; 99(1): 175-83.
90. Kubany ES, Hill EE, Owens JA, et al. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(1): 3-18.
91. Appleyard K, Osofsky JD. Parenting after trauma: Supporting parents and caregivers in the treatment of children impacted by violence. *Infant Ment Health J* 2003; 24(2): 111-25.
92. Cohen, Hien DA, Batchelder S. The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreatment* 2008; 13(1): 27-38.
93. Gewirtz A, Forgatch M, Wieling E. Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy* 2008; 34(2): 177-92.
94. Almqvist K, Broberg AG. Young children traumatized by organized violence together with their mothers – The critical effects of damaged internal representations *Attach Hum Dev* 2003; 5(4): 367-80.
95. AACAP. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(37:10 supplement): 997-1001.
96. English DJ, Marshall DB, Stewart AJ. Effects of family violence on child behavior and health during early childhood. *J Fam Violence* 2003; 18(1): 43-57.
97. Kelleher KJ, Hazen AL, Coben JH, et al. Self-reported disciplinary practices among women in the child welfare system: Association with domestic violence victimization. *Child Abuse Negl* 2008; 32(8): 811-8.
98. Rossman BBR, Rea JG. The relation of parenting styles and inconsistencies to adaptive functioning for children in conflictual and violent families. *J Fam Violence* 2005; 20(5): 261-77.
99. Mahoney A, Donnelly WO, Boxer P, Lewis T. Marital and severe parent-to-adolescent physical aggression in clinic-referred families: Mother and adolescent reports on co-occurrence and links to child behavior problems. *J Fam Psychol* 2003; 17(1): 3-19.
100. Timmer SG, Thompson D, Culver MA, Urquiza AJ, Alenhofen S. Mothers' physical abusiveness in a context of violence: Effects on the mother-child relationship. *Dev Psychopathol* 2012; 24(1): 79-92.
101. Gustafsson HC, Cox MJ, Blair C, Family Life Project K. Maternal Parenting as a Mediator of the Relationship Between Intimate Partner Violence and Effortful Control. *J Fam Psychol* 2012; 26(1): 115-23.
102. Murray KW, Bair-Merritt MH, Roche K, Cheng TL. The Impact of Intimate Partner Violence on Mothers' Parenting Practices for Urban, Low-Income Adolescents. *J Fam Violence* 2012; 27(6): 573-83.
103. Edleson JL. Parenting in the context of domestic violence: Judicial council of California administrative office of the courts Center for families, children and the courts, 2003.
104. Casanueva C, Martin S, Runyan D, Barth R, Bradley R. Quality of Maternal Parenting among Intimate-Partner Violence Victims Involved with the Child Welfare System. *J Fam Violence* 2008; 23: 413-27.
105. Letourneau NL, Fedick CB, Willms JD. Mothering and domestic violence: A longitudinal analysis. *J Fam Violence* 2007; 22(8): 649-59.
106. Socialstyrelsen. Kostnader för våld mot kvinnor - En samhällsekonomisk analys, 2006.
107. Glenngård Häger A, Carlsson Sten K, Berglund A. Ekonomiska konsekvenser av våld mot kvinnor - En kunskapsöversikt samt kostnadsberäkningar utifrån tre typfall. <http://www.ihe.se/vald-mot-kvinnor.aspx>, 2011.
108. Weinehall K, Änggård A, Blom K, Ekelund B, Finndal K. Räkna med kostnader - en fallstudie om mäns våld mot kvinnor. Umeå Universitet: Juridiska institutionen, 2006.

109. Varcoe C, Hankivsky O, Ford-Gilboe M, et al. Attributing Selected Costs to Intimate Partner Violence in a Sample of Women Who Have Left Abusive Partners: A Social Determinants of Health Approach. *Canadian Public Policy-Analyse De Politiques* 2011; 37(3): 359-80.
110. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, et al. Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *Am J Prev Med* 2007; 32(2): 89-96.
111. Adams AE, Sullivan CM, Bybee D, Greeson MR. Development of the Scale of Economic Abuse. *Violence Against Women* 2008; 14 (5): 563-88.
112. Gewirtz A, Edleson J. Young Children's Exposure to Intimate Partner Violence: Towards a Developmental Risk and Resilience Framework for Research and Intervention *J Fam Viol* 2007; 22: 151-63.
113. Rizo CF, Macy RJ, Ermentrout DM, Johns NB. A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component. *Aggress Violent Behav* 2011; 16(2): 144-66.
114. Peled E, Davidson-Arad B, Perel G. The Mothering of Women Abused by Their Partner: An Outcome Evaluation of a Group Intervention. *Res Soc Work Pract* 2010; 20(4): 391-402.
115. Graham-Bermann SA, Lynch S, Banyard V, Devoe ER, Halabu H. Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence: An efficacy trial. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75(2): 199-209.
116. Graham-Bermann, Howell KH, Lilly M, DeVoe E. Mediators and Moderators of Change in Adjustment Following Intervention for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence* 2011; 26(9): 1815-33.
117. McDonald R, Jouriles EN, Skopp NA. Reducing conduct problems among children brought to women's shelters: Intervention effects 24 months following termination of services. *J Fam Psychol* 2006; 20(1): 127-36.
118. Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D, Stephens N, Corbitt-Shindler D, Miller PC. Reducing Conduct Problems Among Children Exposed to Intimate Partner Violence: A Randomized Clinical Trial Examining Effects of Project Support. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77(4): 705-17.
119. Lieberman AF, Ippen CG, Van Horn P. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45(8): 913-8.
120. Lieberman, Van Horn P, Gosh Ippen C. Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of American Academy of Child Adolescence Psychiatry* 2005; 44 (12).
121. Toth SL, Gravener J. Bridging research and practice: relational interventions for maltreated children. *Child Adolesc Ment Health* 2012; 17(3): 131-8.
122. Osofsky JD, Kronenberg M, Hammer JH, et al. The development and evaluation of the intervention model for the Florida Infant Mental Health Pilot Program. *Infant Ment Health J* 2007; 28(3): 259-80.
123. Weiner DA, Schneider A, Lyons JS. Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Child Youth Serv Rev* 2009; 31(11): 1199-205.
124. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Dev Psychopathol* 2006; 18(3): 623-49.
125. Abel EM. Psychosocial treatments for battered women: A review of empirical research. *Res Soc Work Pract* 2000; 10(1): 55-77.
126. Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women - Scientific review. *Jama-Journal of the American Medical Association* 2003; 289(5): 589-600.
127. Ramsay J, Carter Y, Davidson L, et al. 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 of Systematic Reviews* 2009; (3).
128. Anttila S, Ericson C, Glad J, et al. Utfall och effekter av sociala metoder för kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. En systematisk översikt.; 2006.

129. Stover CS, Meadows AL, Kaufman J. Interventions for Intimate Partner Violence: Review and Implications for Evidence-Based Practice. *Professional Psychology-Research and Practice* 2009; 40(3): 223-33.
130. Tengström A. Utvärdering av socialtjänstens och ideella kvinnojourers insatser för våldsutsatta kvinnor: Karolinska Institutet & Forskningscentrum för psykosocial hälsa FORUM, 2011.
131. Hollingshead AB. The four factor index of social position. Unpublished manuscript available from the department of Sociology, Yale university New Haven, CT. Swedish translation and adaption Broberg, A. G. (1984/1992), Department of Psychology, Gothenborg.; 1975.
132. Eriksson M, Biller H, Balkmar D. Men's violence against women and children's experiences: interventions, knowledge, and issues for future development: Fritzes Stockholm 2006.
133. Arnell A, Ekblom I. ...Och han sparkade mamma - möte med barn som bevittnad våld i sina familjer. Malmö: Rädda Barnen; 2006.
134. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury H, Norton I, Lowenstein S, Abbott J. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department *JAMA* 1997; (277): 1357-61.
135. Little RJA. A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association* 1988; 83(404): 1198-202.
136. Strauss M, Hamby S, Boney-McCoy S, Sugarman D. The Revised Conflict tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data., *Journal of Family Issues* 1996; 17(2).
137. Cantril H. Pattern human concerns. New Brunswick: Rutgers University Press; 1965.
138. Fridell M, Cesarec Z, Johansson M, Malling Thorsen S. SCL-90 Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan, 2002.
139. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9: 13-28.
140. Weiss DS, Marmar CR, editors. The Impact of Event Scale-Revised. New York: The Guilford Press; 1997.
141. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale –Revised. *Behav Res Ther* 2003; 41(12): 1489-96.
142. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale *Social Science & Medicine* 1993; 36(6): 725-33.
143. Hendriks T, Nilsson M, Westman G. Sense of coherence in three cross-sectional studies in Northern Sweden 1994, 1999 and 2004 - patterns among men and women. *Scand J Public Health* 2008; 36(4): 340-5.
144. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(5): 376-81.
145. Lindmark U, Stenstrom U, Gerdin EW, Hugoson A. The distribution of "sense of coherence" among Swedish adults: A quantitative cross-sectional population study. *Scand J Public Health* 2010; 38(1): 1-8.
146. Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of child maltreatment with the parent-child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Negl* 1998; 22(4): 249-70.
147. Straus MA. Scoring the CTS2 and CTSPC: Durham, NH: University of New Hampshire, Family Research Laboratory, 2001.
148. Hagekull B, Bohlin G, Hammarberg A. The role of parental perceived control in child development: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development* 2001; 25(5): 429-37.
149. Campis LK, Lyman RD, Prenticedunn S. The parental locus of control scale - development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology* 1986; 15(3): 260-7.
150. Solomon J, George C. Disorganized attachment and caregiving. New York: Guilford Publications Inc; 2011.
151. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults - at test of a 4-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61(2): 226-44.

152. Broberg AG, Hjalpers I, Nevonen L. Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18-to 24-year-old patients and normal controls. *Eur Eat Disord Rev* 2001; 9(6): 381-96.
153. Backstrom M, Holmes BM. Measuring adult attachment: A construct validation of two self-report instruments. *Scand J Psychol* 2001; 42(1): 79-86.
154. Cumming G, Finch S. A primer on the understanding, use, and calculation of confidence intervals that are based on central and noncentral distributions. *Educational and Psychological Measurement* 2001; 61(4): 532-74.
155. Jacobson NS, Truax P. Clinical-significance - a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(1): 12-9.
156. Lambert MJ, Ogles BM. Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy Research* 2009; 19(4-5): 493-501.
157. Ein-Dor T, Mikulincer M, Doron G, Shaver PR. The Attachment Paradox: How Can So Many of Us (the Insecure Ones) Have No Adaptive Advantages? *Perspect Psychol Sci* 2010; 5(2): 123-41.
158. Broberg AG, Almqvist L, Axberg U, Almqvist K, Cater ÅK, Eriksson M. Stöd till barn som upplevt våld mot mamma. In: Psychology Do, editor.; 2010.
159. Hansen NB, Lambert MJ, Forman EM. The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology-Science and Practice* 2002; 9(3): 329-43.
160. Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW. Enhancing Treatment Outcome of Patients at Risk of Treatment Failure: Meta-Analytic and Mega-Analytic Review of a Psychotherapy Quality Assurance System. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78(3): 298-311.
161. Cloitre M. Effective Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Review and Critique. *Cns Spectrums* 2009; 14(1): 32-43.
162. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Library* 2009; (1): 1-110.
163. Kubany ES, Hill EE, Owens JA. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *J Trauma Stress* 2003; 16(1): 81-91.
164. Iverson KM, Resick PA, Suvak MK, Walling S, Taft CT. Intimate Partner Violence Exposure Predicts PTSD Treatment Engagement and Outcome in Cognitive Processing Therapy. *Behavior Therapy* 2011; 42(2): 236-48.
165. Iverson KM, Shenk C, Fruzzetti AE. Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study. *Professional Psychology-Research and Practice* 2009; 40(3): 242-8.
166. Fortin A, Doucet M, Damant D. Children's Appraisals as Mediators of the Relationship Between Domestic Violence and Child Adjustment. *Violence and Victims* 2011; 26(3): 377-92.
167. Macfie J, Houts RM, Pressel AS, Cox MJ. Pathways from infant exposure to marital conflict to parent-toddler role reversal. *Infant Ment Health J* 2008; 29(4): 297-319.
168. Macfie J, Fitzpatrick KL, Rivas EM, Cox MJ. Independent influences upon mother-toddler role reversal: infant-mother attachment disorganization and role reversal in mother's childhood. *Attach Hum Dev* 2008; 10(1): 29-39.
169. Viana AG, Ebesutani C, Young J, Tull MT, Gratz KL. Childhood Exposure to Parental Threatening Behaviors and Anxiety Symptoms in a Community Sample of Young Adults: The Mediating Role of Cognitive Biases. *Cogn Ther Res* 2012; 36(6): 670-80.
170. Kobak R, Cassidy J, Lyons-Ruth K, Ziv Y, editors. Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model. Hoboken: NJ: Wiley; 2006.
171. Knickerbocker L, Heyman R, Smith A, Jouriles E, McDonald R. Co-Occurrence of Child and Partner Maltreatment *European Psychologist* 2007; 12(1): 36-44.
172. Janson S, Jernbro C, Långberg B. Kroppslig bestraffning och annan kränkning a barn i Sverige - en nationell kartläggning 2011. Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2011.
173. Hart AS. Children's needs compromised in the construction of their 'best interests'. *Womens Studies International Forum* 2010; 33(3): 196-205.

174. Hart AS. Child Safety in Australian Family Law: Responsibilities and Challenges for Social Science Experts in Domestic Violence Cases. *Australian Psychologist* 2011; 46(1): 31-40.
175. McIntosh JE, Bryant D, Murray K. Evidence of a different nature: the child-responsive and less adversarial initiatives of the family court of Australia. *Family ciurt review* 2008; 46(1): 125-36.
176. Dozier DM, Grasso D, Lindheim O, Lewis E. The role of caregiver commitment in foster care: insight from This is my baby interview. In Attachment theory in clinical work with children. Bridging the gap between research and practice. In: Oppenheim D, Goldsmith DF, eds. New York: Guilford Press; 2007: 90-108.
177. Forbes D, Parslow R, Fletcher S, McHugh T, Creamer M. Attachment Style in the Prediction of Recovery Following Group Treatment of Combat Veterans With Post-Traumatic Stress Disorder. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198(12): 881-4.
178. Jenkins COE, Tonigan JS. Attachment Avoidance and Anxiety as Predictors of 12-Step Group Engagement. *J Stud Alcohol Drugs* 2011; 72(5): 854-63.
179. Larrivee MC, Hamelin-Brabant L, Lessard G. Knowledge translation in the field of violence against women and children: An assessment of the state of knowledge. *Child Youth Serv Rev* 2012; 34(12): 2381-91.
180. Sundell K, Ferrer-Wreder L, editors. The globalization of empirically-supported interventions: Under negotiation; In press.
181. Socialstyrelsen (2012 5.2-201/2012). Uppdrag att fördela utvecklingsmedel och skapa nationellt och regionalt kunskaps-och metodstöd för att kvalitetsutveckla arbetet med våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnat våld och våldsutövare.

APPENDIX

Tabell 1a. Test av beroende mellan utsatthet för våld under barndomen och erfarenheter av fler förövande partners i vuxen ålder. ($\chi^2(1) = .11, p = \text{n.s.}$).

Erfarenheter av fler förövande partners i vuxen ålder				
		Nej	Ja	
Våld under barndomen från mamma eller pappa	Nej	114	25	139
	Ja	50	19	69
		164	44	208

Tabell 1b. Medelvärden och standardavvikelser psykisk ohälsa GSI (SCL-90) förgruppen mammor som deltog i alla mätningar (Completer) respektive för gruppen där även mammor som hade missade data ingick (Multiple imputations).

Instrument	Måttillfälle	Completer	Multiple imputations
		M (SD) n=140	M (SD) n=214
SCL-90	T1	1.37 (0.85)	1.51 (0.88)
SCL-90	T2	1.31 (0.90)	1.38 (0.89)
SCL-90	T3	0.95 (0.75)	1.03 (0.79)

Tabell 2. Medelvärden och standardavvikelser känsla av sammanhang (KASAM) för gruppen mammor som deltog i alla mätningar (Completer) respektive för gruppen där även mammor som hade missade data ingick (Multiple imputations).

Instrument	Måttillfälle	Completer	Multiple imputations
		M (SD) n=139	M (SD) n=214
KASAM	T1	56.81 (13.34)	55.40 (12.99)
KASAM	T2	56.65 (13.70)	55.47 (13.94)
KASAM	T3	59.54 (12.67)	58.55 (13.69)

Tabell 3a. Medelvärden och standardavvikelser livsstegen just nu (LoL nu) för gruppen mammor som deltog i alla mätningar (Completer) respektive för gruppen där även mammor som hade missade data ingick (Multiple imputations).

Instrument	Måttillfälle	Completer	Multiple imputations
		M (SD) n=139	M (SD) n=214
LoL nu	T1	5.48 (2.23)	5.34 (2.21)
LoL nu	T2	6.21 (2.06)	6.00 (2.02)
LoL nu	T3	6.78 (2.05)	6.60 (2.24)

Tabell 3b. Medelvärden och standardavvikelser livsstegen ett år framåt i tiden (LoL framtid) för gruppen mammor som deltog i alla mätningar (Completer) respektive för gruppen där även mammor som hade missade data ingick (Multiple imputations).

Instrument	Måttillfälle	Completer	Multiple imputations
		M (SD) n=133	M (SD) n=214
LoL framtid	T1	7.96 (2.12)	7.83 (2.18)
LoL framtid	T2	7.97 (2.05)	7.89 (2.15)
LoL framtid	T3	8.19 (1.89)	8.10 (1.96)

Tabell 4. Medelvärden och standardavvikelser för effektmåttet differensen GSI måttet för SCL-90 T1-T3 beroende på typ av och mängd stöd som mamman fått mellan förmätning (T1) och ettårs-uppföljning (T3).

Typ av erhållet stöd mellan T1 och T3	Diff SCL-90 T1-T3	n
	(M, SD)	
Inget kontinuerligt eget stöd 1 - 3 ggr	0.45 (0.59)	18
Visst eget stöd ≤ 5 ggr	0.34 (0.87)	48
Kvalificerat individuellt stöd ≥ 6 ggr	0.62 (0.89)	30
Gruppstöd ≥ 6 ggr med eventuellt individuellt stöd	0.28 (0.87)	44

Tabell 5. Medelvärden och standardavvikelser för effektmåttet differensen IES-R T1-T3 beroende på typ av och mängd stöd som mamman fått mellan förmätning (T1) och ettårs-uppföljning (T3).

Typ av erhållet stöd mellan T1 och T3	Diff IES-R T1-T3 (M, SD)	n
Inget kontinuerligt eget stöd 1 - 3 ggr	11.44 (18.44)	18
Visst eget stöd ≤ 5 ggr	10.33 (18.77)	47
Kvalificerat individuellt stöd ≥ 6 ggr	11.18 (19.42)	29
Gruppstöd ≥ 6 ggr med eventuellt individuellt stöd	8.44 (20.18)	43

Tabell 6. Medelvärden och standardavvikelser för effektmåttet differensen KASAM T1-T3 beroende på typ av och mängd stöd som mamman fått mellan förmätning (T1) och ettårs-uppföljning (T3).

Typ av erhållet stöd mellan T1 och T3	Diff KASAM T1-T3 (M, SD)	n
Inget kontinuerligt eget stöd 1 - 3 ggr	- 0.83 (10.90)	18
Visst eget stöd ≤ 5 ggr	1.77 (11.25)	48
Kvalificerat individuellt stöd ≥ 6 ggr	7.07 (13.93)	30
Gruppstöd ≥ 6 ggr med eventuellt individuellt stöd	2.65 (12.94)	44

Tabell 7a. Medelvärden och standardavvikelser för effektmåttet differensen GSI (SCL-90) T1-T3 beroende på när i tid mamman varit utsatt för psykiskt våld.

När i tid våld förekommit	Diff SCL-90 T1-T3 (M, SD)	n
Psykiskt våld > 1 år tillbaka vid T1	0.31 (0.86)	51
Psykiskt våld under året vid T1	0.45 (0.89)	48
Psykiskt våld mellan T1 och T3	0.42 (0.79)	37

Tabell 7b. Medelvärden och standardavvikelser för effektmåttet differensen GSI (SCL-90) T1-T3 beroende på om och när i tid mamman varit utsatt för fysiskt och/eller sexuellt våld.

När i tid våld förekommit	Diff SCL-90 T1-T3 (M, SD)	n
Aldrig fysiskt våld resp. fysiskt våld > 1 år tillbaka vid T1	0.31 (0.83)	82
Fysiskt våld under året vid T1	0.65 (0.88)	39
Fysiskt våld mellan T1 och T3	0.12 (0.79)	14

Tabell 8a. Medelvärden och standardavvikelser för effektmåttet differensen IER-R T1-T3 beroende på när i tid mamman varit utsatt för psykiskt våld.

När i tid våld förekommit	Diff IER-R T1-T3 (M, SD)	n
Psykiskt våld > 1 år tillbaka vid T1	13.09 (19.62)	51
Psykiskt våld under året vid T1	9.46 (19.84)	48
Psykiskt våld mellan T1 och T3	10.92 (19.31)	36

Tabell 8b. Medelvärden och standardavvikelser för effektmåttet differensen IES-R T1-T3 beroende på om och när i tid mamman varit utsatt för fysiskt och/eller sexuellt våld.

När i tid våld förekommit	Diff IES-R T1-T3 (M, SD)	n
Aldrig fysiskt våld resp. fysiskt våld > 1 år tillbaka vid T1	11.89 (18.84)	82
Fysiskt våld under året vid T1	14.18 (20.88)	38
Fysiskt våld mellan T1 och T3	- 0.27 (17.57)	14

Tabell 9a. Medelvärden och standardavvikelser för effektmåttet differensen KASAM T1-T3 beroende på när i tid mamman varit utsatt för psykiskt våld.

När i tid våld förekommit	Diff KASAM T1-T3 (M, SD)	n
Psykiskt våld > 1 år tillbaka vid T1	2.61 (14.50)	51
Psykiskt våld under året vid T1	1.60 (12.83)	47
Psykiskt våld mellan T1 och T3	3.57 (10.40)	37

Tabell 9b. Medelvärden och standardavvikelser för effektmåttet differensen KASAM T1-T3 beroende på om och när i tid mamman varit utsatt för fysiskt och/eller sexuellt våld.

När i tid våld förekommit	Diff KASAM T1-T3 (M, SD)	n
Aldrig fysiskt våld resp. fysiskt våld > 1 år tillbaka vid T1	1.76 (13.17)	82
Fysiskt våld under året vid T1	5.76 (10.78)	38
Fysiskt våld mellan T1 och T3	- 2.79 (14.42)	14

Tabell 10. Frekvenser av positiva strategier, psykisk aggression och fysiskt våld mot barnet under det senaste året vid eftermätningen (T2) (n=173), samt om det skett tidigare eller aldrig har förekommit.

CTSPC - När jag tillrättavisar mitt barn								
	1 g	2 ggr	3 -5 ggr	6 -10 ggr	≥ 11-20 ggr	> 20ggr	Hänt tidigare men ej senaste året	Aldrig hänt
Positiva strategier senaste året								
Talat om för honom/henne att "det var dumt gjort" och förklarat varför.	1	4	14	19	30	100	3	2
Gett henne/honom "tankepaus" (time-out) eller skickat in honom/henne på sitt rum.	12	19	29	29	12	34	7	31
Gett honom/henne något annat att göra i stället för det han/hon höll på med.	12	6	19	29	30	59	5	13
Dragit in förmåner (ex. se på TV, fickpengar) eller gett utgångsförbud.	7	26	28	18	10	16	5	63
Psykisk aggression senaste året								
Gapat, skriket eller skällt på honom/henne.	10	14	30	24	25	47	7	16
Svurit åt eller förbannat henne/honom.	13	19	14	8	5	6	6	102
Sagt till honom/henne att du skulle skicka bort honom/henne eller kasta ut honom/henne ur huset.	8	12	9	4	2	3	3	135
Hotat honom/henne med stryk, men utan att ge stryk.	6	2	2	-	2	1	5	155
Kallat henne/honom dum, lat eller andra liknande saker.	9	8	9	5	4	2	3	133
Fysiskt våld senaste året								
Tagit "hårt" i honom/henne eller "ruskat om" honom/henne.	18	24	18	3	3	7	12	88
Smällt honom/henne på stjärten med ett skärp, en hårborste, eller annat hårt föremål.	1	-	-	1	-	-	2	169
Slagit till honom/henne med knytnäven eller sparkat till honom/henne.	-	-	-	1	-	-	1	171
Gett henne/honom smisk på stjärten med handflatan.	2	2	-	1	-	-	6	162
Smällt till henne/honom på handen, armen eller benet.	6	4	5	3	6	-	6	149
Nypt henne/honom.	2	1	1	2	-	-	4	163
Kastat eller knuffat ner honom/henne på golvet.	1	2	1	-	-	1	2	166
Gett honom/henne en örfil.	-	-	-	-	1	-	3	169

Tabell 11. Medelvärden och standardavvikelser för Caregiving Helplessness Questionnaire (CHQ) för completersamplet vid T3 respektive en amerikansk jämförelsegrupp med mammor (Solomon & George, 2011) samt test av skillnader mellan grupperna.

CHQ	Completersamplet	Jämförelsegrupp	t	p
	M (SD)	M (SD) n=208		
CHQ Hjälploshet	12.04 (5.22)	9.69 (4.20)	4.60	.01**
CHQ Rädsla	9.93 (3.65)	8.77 (3.04)	3.20	.01**
CHQ Omvänd omvårdnad	21.07 (4.52)	18.59 (4.30)	5.12	.01**
CHQ total	43.03 (9.15)	37.04 (3.85)	8.38	.01**

Tabell 12. Associationer mellan PLOC föräldrakontroll och Caregiving Helplessness Questionnaire (CHQ) för completersamplet vid T3.

Korrelationer	
	PLOC
CHQ Hjälploshet	- 0.76**
CHQ Rädsla	- 0.72**
CHQ Omvänd omvårdnad	0.22**
CHQ total	- 0.61**

Tabell 13. Medelvärden och standardavvikelser för Relationship Questionnaire (RQ) för completersamplet vid T3 respektive en svensk jämförelsegrupp (Bäckström & Holmes, 2001) samt test av skillnader mellan grupperna.

RQ	Completersamplet	Jämförelsegrupp	t	p
	M (SD)	M (SD)		
RQ Trygghet	4.30 (1.80)	4.60 (1.57)	1.96	.05*
RQ Undvikande	4.15 (2.03)	3.40 (1.80)	4.22	.01**
RQ Ambivalens	2.87 (1.72)	3.05 (1.77)	1.08	n.s.
RQ Desorganisering	4.00 (2.19)	3.10 (1.94)	4.71	.01**