

# UD AF VOLDENS SKYGGE

Evaluering af rådgivning og behandlingseffekt



Videnscenter for Psykotraumatologi

Syddansk Universitet

Trykkeri: Print and Sign, Syddansk  
Universitet, Campusvej 55, 5230  
Odense M.

Copyright© Nina Beck & Ask Elklit

Videnscenter for Psykotraumatologi  
Campusvej 55  
5230 Odense M  
Tlf: 65502798  
[www.psykotraume.dk](http://www.psykotraume.dk)

Forfattere:  
Nina Beck & Ask Elklit  
Udgivelsesår 2012

ISBN:  
978-87-92646-35-4  
87-92646-35-2  
EAN:  
978879264354

# **UD AF VOLDENS SKYGGE**

**Evaluering af rådgivning og behandlingseffekt**

**Nina Beck & Ask Elklit**



---

**Videnscenter for Psykotraumatologi**  
**Syddansk Universitet**

*”Da han sagde det, der gik det op for mig, hvor galt det var, at det ikke kun var mig, det gik ud over, at det også var børnene. Der gik virkelig et lys op for mig den dag, at han stod der og skreg, fordi han troede, det var hans far.”*

*”Jeg havde ikke klaret det uden det herinde (Mødrehjælpen). Det havde jeg ikke.”*

*”Nu hørte man pludselig til, og det var ok at tænke sådan, det var ok at føle sådan. Det var ok at sidde derinde og stortude. Der var aldrig én, der sagde: Årh, hold nu op.”*

(Citat fra kvinder som har deltaget i projekt 'Ud af voldens skygge')

## Indhold

<b>Indledning</b> .....	<b>6</b>
Formål med rapporten .....	7
<b>De henvendte kvinder: Demografiske oplysninger</b> .....	<b>8</b>
Aldersfordeling .....	8
Civilstand.....	9
Indvandret .....	9
Forsørgelsesgrundlag.....	10
Henviser .....	10
Arbejdsstatus .....	11
Uddannelse .....	13
Henvendelsestemaer .....	14
<b>Specifikke oplysninger om volden</b> .....	<b>16</b>
Voldsformer .....	16
Voldens varighed .....	17
Voldsfrekvens .....	18
Sygemelding.....	19
'Kontakt med' .....	20
Rådgivning fra kontakt.....	21
Vurdering af rådgivning - læge .....	21
Vurdering af rådgivning - politiet.....	22
Vurdering af rådgivning - sagsbehandler .....	22
Vurdering af rådgivning - skadestue .....	23
Rådgivningsvurdering på tværs af forskellige kontaktinstanser.....	24
Hjælp fra socialforvaltning.....	25
Afslutningsårsag.....	26
Opsamling: Demografiske og specifikke oplysninger .....	27
<b>Kvinderne: Rådgivning og behandlingsindsats</b> .....	<b>28</b>
Screening af kvinder .....	28
Stabiliserings- og sikkerhedsfasen.....	29
Bearbejdning af traumatiske oplevelser.....	30
Individuel terapi.....	30
Gruppebehandling .....	31
Efterværn .....	32
Målepunkter og indikatorer .....	34

Rådgivnings- og behandlingseffekt kvinder.....	37
PTSD, angst, depression og social støtte .....	38
Økonomi, børns samvær med far, fysisk sikkerhed, kontrol, selvværd, tillid og forhold til voldelig ekspartner .....	50
Opsamling: Rådgivnings- og behandlingseffekt for kvinderne .....	59
<b>Børnene: Rådgivning og behandlingsindsats.....</b>	<b>62</b>
Indikatorer .....	63
Barnets styrker og svagheder .....	64
Mors relation til barnet .....	66
Metodiske styrker og svagheder ved den kvantitative undersøgelse.....	67
<b>Kvindernes oplevelse af volden og projekt UVS .....</b>	<b>68</b>
Voldens karakter.....	68
Seksuel vold .....	69
Negativt selvbillede .....	70
Frygt og angst .....	70
Kvindernes oplevelse af projekt UVS.....	71
Opsamling: Kvindernes oplevelse af volden og projekt UVS.....	73
<b>Sammenfatning af rapporten .....</b>	<b>74</b>
Evalueringsresultater .....	74
Resultater af den kvantitative undersøgelse.....	74
Resultater af den kvalitative undersøgelse .....	76
<b>Referencer .....</b>	<b>77</b>

## Indledning

The World Health Organisation (WHO) vurderer, at mellem 10-50 % af alle kvinder har været udsat for fysiske eller seksuelle overgreb af deres partner på et tidspunkt i deres liv. Når psykisk vold, trusler og finansiell vold medregnes, stiger forekomsten markant (Ramsay, Carter, Davidson, Dunne, Eldridge et al., 2009). Der er mange negative konsekvenser forbundet med at være eller at have været i et voldeligt parforhold. I et review og en metaanalyse behandles risikofaktorer ved at være voldsramt kvinde samt partnervoldens konsekvenser for voldsramte kvinder (Golding, 1999; Jones, Hughes & Unterstaller, 2001). Heraf fremgår det, at voldsramte kvinder har en langt højere forekomst af mentale helbredsproblemer så som posttraumatisk stress syndrom (PTSD), depression, angst, selvmordsforsøg og misbrug, end kvinder der ikke har været udsat for vold i parforholdet (Golding, 1999; Jones et al., 2001). Derudover synes følelser som skyld og skam at være hyppigt forekommende hos voldsramte kvinder med PTSD (Kubany et al., 2004; Short et al., 2000; Street & Arias, 2001). I den kvalitative forskningslitteratur om voldsramte kvinder på krisecentre, viser interviews også, at den voldsramte kvinde ofte føler frygt (Haj-Yahia & Cohen, 2008; Hydén, 2005), vrede (Reed & Enright, 2006) og selvbeprejelse (Enander, 2010; Rose, Alhusen, Bhandari, Soeken Marcantonio et al., 2010).

I Danmark rapporterede ca. 28.000 danske kvinder i 2010, at de havde været udsat for vold af deres nuværende eller tidligere partner (Helweg-Larsen & Frederiksen, 2007). Derudover vurderes det, at næsten 1 barn i hver skoleklasse (ca. 21.000 børn) i Danmark hvert år er vidne til vold i familien eller bliver slået selv. De mænd, der slår deres koner eller kærester, har som regel ikke deres voldelige adfærd fra fremmede. Undersøgelser viser, at et højt tal (70-80 %) af de mænd som slår, også selv er blevet slået som børn (Christensen, 2010, Dialog mod vold). Jo tidligere børnene får hjælp, des større er chancen for, at de ikke arver den voldelige adfærd.

Derfor startede Mødrehjælpen projekt 'Ud af Voldens Skygge' (UVS) med henblik på at styrke indsatsen og forbedre ambulante behandlingstilbud til

de voldsramte kvinder, som ikke benytter krisecentre. Projekt UVS er et tiltag, som henvender sig til voldsramte mødre, som har ytret ønske om at afslutte eller havde afsluttet et voldeligt forhold til en partner. I UVS defineres partnervold således: Partnervold er misbrug af magt. Der er tale om et komplekst adfærdsmønster, hvor den ene part i parforholdet dominerer over, kontrollerer, krænker og viktimiserer den anden ved brug af fysiske, seksuelle eller emotionelle midler. Kvinder, der deltager i projekt UVS, er henvist fra relevante instanser eller henvender sig selv til Mødrehjælpen. Efter screening og visitering bliver de voldsramte kvinder tilbudt et stabiliseringsforløb, der forløber i op til 12 måneder. Derefter bliver kvinderne tilbudt gruppeforløb og tre efterværnssamtaler. Formålet med gruppeforløbet for kvinderne er, at de får viden om at være voldsramte, at de voldelige oplevelser bearbejdes, og at følgevirkningerne af volden reduceres. Sideløbende med kvindernes gruppeforløb, deltager kvindernes børn i alderen 4-12 år også i gruppeforløb.

### **Formål med rapporten**

Mødrehjælpen har løbende registreret data på deltagerne i projektet. Denne dataindsamling er foregået på baggrund af en på forhånd udarbejdet forandringsteori og opstillede effektmål. Den bagvedliggende antagelse er, at Mødrehjælpen foretager en række aktiviteter, som indgår i en del af indsatsen til at hjælpe de henviste kvinder. Disse tiltag er beskrevet i afsnittet 'Rådgivning og behandlingsindsats'. Yderligere forventes Mødrehjælpens rådgivning og behandlingsindsats at have en række resultater på kort, mellem og langt sigt. Derfor er der gennem projektet blevet udarbejdet en række indikatorer og målepunkter. I denne rapport beskrives disse indikatorer og det vurderes, hvorvidt der kan ses en forandring på indikatorer gennem forløbet UVS.



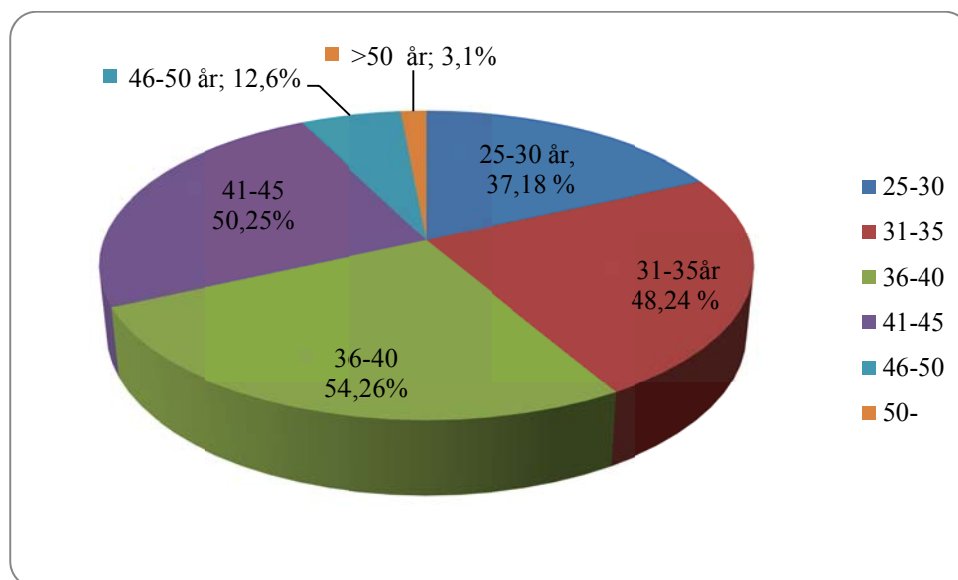
## De henvendte kvinder: Demografiske oplysninger

Mødrehjælpen har registreret en række demografiske oplysninger på de kvinder, som har henvendt sig til projekt UVS. I alt er der registreret oplysninger på 304 henvendelser til Mødrehjælpen i København og Århus. Heraf har 42,8 % af kvinderne henvendt sig til Mødrehjælpen i Århus, mens 52,6 % af henvendelserne er sket hos Mødrehjælpen i København (Der mangler dog specifikke oplysninger på 14 henvendelser).

### Aldersfordeling

Gennemsnitsalderen for de henviste kvinder er 37,27 år (SD 6,7). Den yngste kvinde er 25 år og den ældste 64 år. Størstedelen (54,26 %) af de henvendte kvinder er i alderen 36-40 år, og 75 % af henvendelserne kommer fra kvinder i alderen 31-45 år (Figur 1).

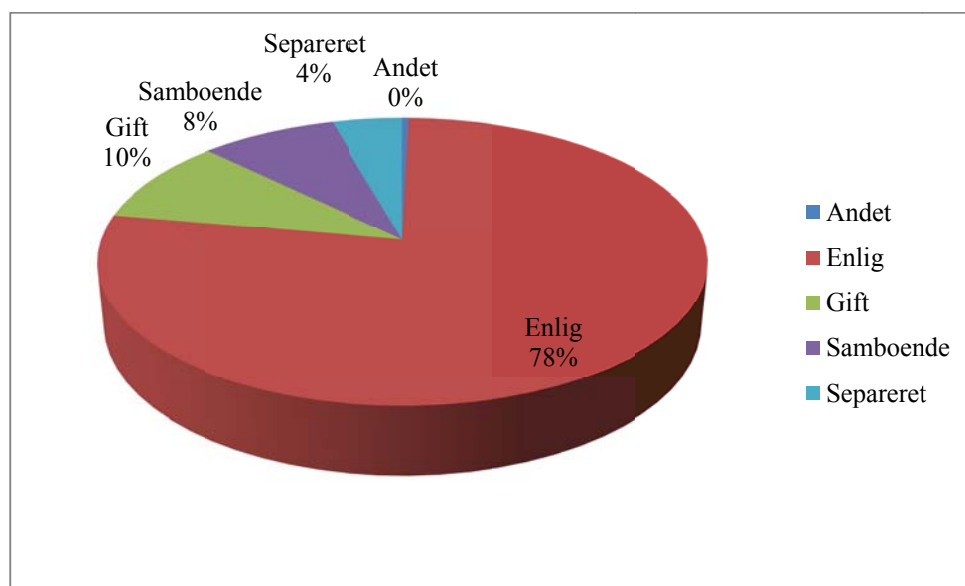
**Figur 1** Aldersfordeling (N=204)



## Civilstand

Hovedparten af kvinderne angiver, at de er enlige (78 %). 18 % af kvinderne er gift eller samboende med en partner, mens 4 % angiver, at de er separerede.

**Figur 2** Fordeling civilstand (n=251)



## Indvandret

Ud af de henviste kvinder oplyser 23,3 % af kvinderne, at de enten selv er indvandret eller har forældre, der er indvandret til Danmark. Størstedelen af kvinderne angiver, at de ikke har en indvandrerbaggrund (76,9 %). Der er dog kun oplysninger på 183 henvisninger ud af 304, og oplysningerne er derved ikke nødvendigvis repræsentative for den samlede gruppe af kvinder i Mødrehjælpen.

**Tabel 1** Indvandringsbaggrund

<b>Indvandret</b>	<b>N</b>	<b>Procent</b>
Forældre indvandret	15	8,2 %
Selv indvandret	27	14,8 %
Nej	140	76,9 %

**N=182****Forsørgelsesgrundlag**

Størstedelen af kvinderne (47,1 %) er i arbejde (35,5 %) eller modtager statens uddannelsesstøtte (11,6 %). 40,2 % af kvinderne modtager offentlig ydelse i form af: kontanthjælp (23,2 %), sygedagpenge (11,6 %), arbejdsløshedsunderstøttelse eller revalideringsydelse (2,1 %). 2,5 % af kvinderne er på førtidspension (Tabel 2).

**Tabel 2** Forsørgelsesgrundlag

<b>Forsørgelsesgrundlag</b>	<b>N</b>	<b>Procent</b>
I arbejde	86	35,5 %
Arbejdsløshedsunderstøttelse	8	3,3 %
Barseldagpenge	15	6,2 %
Førtidspension	6	2,5 %
Kontanthjælp	56	23,2 %
Revalideringsydelse	5	2,1 %
SU	28	11,6 %
Sygedagpenge	28	11,6 %
Andet	10	4,1 %

**N=242****Henviser**

Størstedelen af kvinderne bliver henvist gennem Mødrehjælpen (35,5 %), mens 19,7 % kontakter Mødrehjælpen på eget initiativ. 15 % af kvinderne bliver henvist til centret gennem venner og familie, mens 8,3 % bliver henvist gennem kommunen. Kun få kvinder henvises via egen læge (3,5 %),

sygehus/skadestue (0,9 %), sundhedsplejerske/jordemoder (1,3 %) og retshjælp (0,9 %). (Tabel 3).

**Tabel 3** Henviser

<b>Henviser</b>	<b>N</b>	<b>Procent</b>
Advokat / retshjælp	2	0,9 %
Egen læge	8	3,5 %
Kommune	19	8,3 %
Krisecenter	9	3,8 %
Mødrehjælpen	84	36,5 %
Sundhedsplejerske / jordemoder	3	1,3 %
Sygehus / skadestue	2	0,9 %
Venner / familie	36	15 %
Eget initiativ	45	19,7 %
Andet	22	9,6 %

**N=230**

### **Arbejdsstatus**

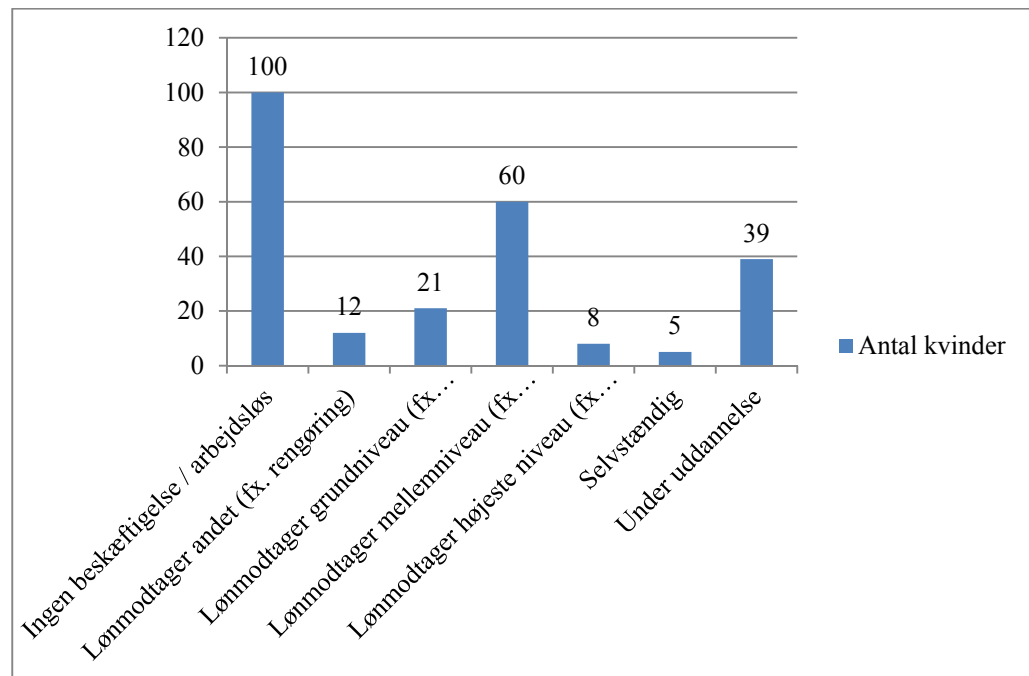
43,1 % af kvinderne er lønmodtagere (41,3%) og selvstændige (2%), 15,9% er under uddannelse, og de resterende 40,8% er ikke i beskæftigelse/arbejdsløse .

**Tabel 4** Lønniveau

Lønniveau	N	Procent
Ingen beskæftigelse / arbejdsløs	100	40,8 %
Lønmodtager andet (fx. rengøring)	12	4,9 %
Lønmodtager grundniveau (fx gartner)	21	8,6 %
Lønmodtager mellemniveau (fx sygeplejerske)	60	24,5 %
Lønmodtager højeste niveau (fx konsulent, underviser)	8	3,3 %
Selvstændig	5	2 %
Under uddannelse	39	15,9 %

**N=245**

**Figur 3** Fordeling lønniveau (N=245)



## Uddannelse

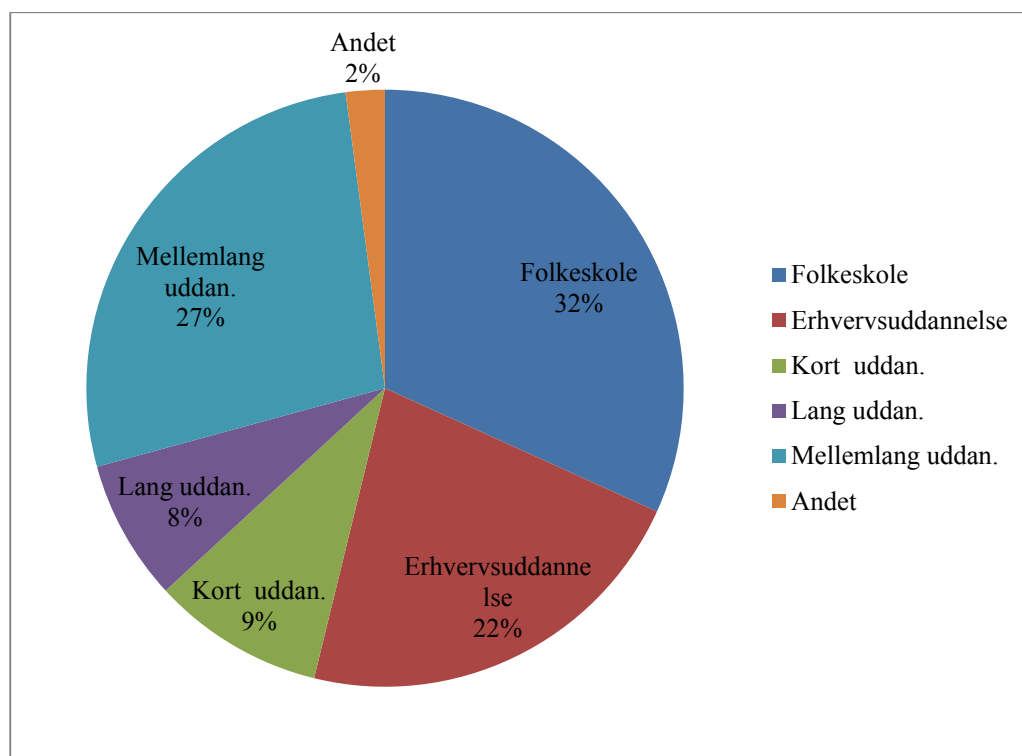
66 % af kvinderne har en uddannelse, hvoraf 22% har en erhvervsuddannelse, 9,3% har en kort uddannelse, 27,1% har en mellemlang uddannelse, og 7,6% af kvinderne har en lang videregående uddannelse.

**Tabel 5** Oprindelig uddannelse

Uddannelse	N	Procent
Ingen uddannelse ud over Folkeskolen	75	31,8 %
Erhvervsuddannelse (fx frisør, SOSU assistent)	52	22 %
Kort videregående uddannelse (fx markedsføringsøkonom)	22	9,3 %
Lang videregående uddannelse (fx læge, psykolog)	18	7,6 %
Mellemlang uddannelse (fx pædagog, lærer)	64	27,1 %
Andet	5	2,1 %

**N=236**

**Figur 4** Uddannelsesfordeling (N=236)



### **Henvendelsestemaer**

Kvinderne henvender sig til Mødrehjælpen på baggrund af en række temaer.

Disse kan grupperes i seks overordnede kategorier, der fordeler sig således:

1. Børn/familie (problemer med forælderrolle, bekymring om børns trivsel, foranstaltninger til børn/familie, samvær/forældremyndighed), 2. Parforhold (samlivsophævelse, separation, skilsmisse, parforhold), 3. Sociale problemstillinger (uddannelse/beskæftigelse, økonomi, bolig, julehjælp, feriehjælp), 4. Personlige problemer (tvivl om abort, personlige problemer), 5. Vold, 6. Andet (depression, overforbrug af alkohol, graviditet i netværk, uddannelseslegater, ønsker psykologhjælp).

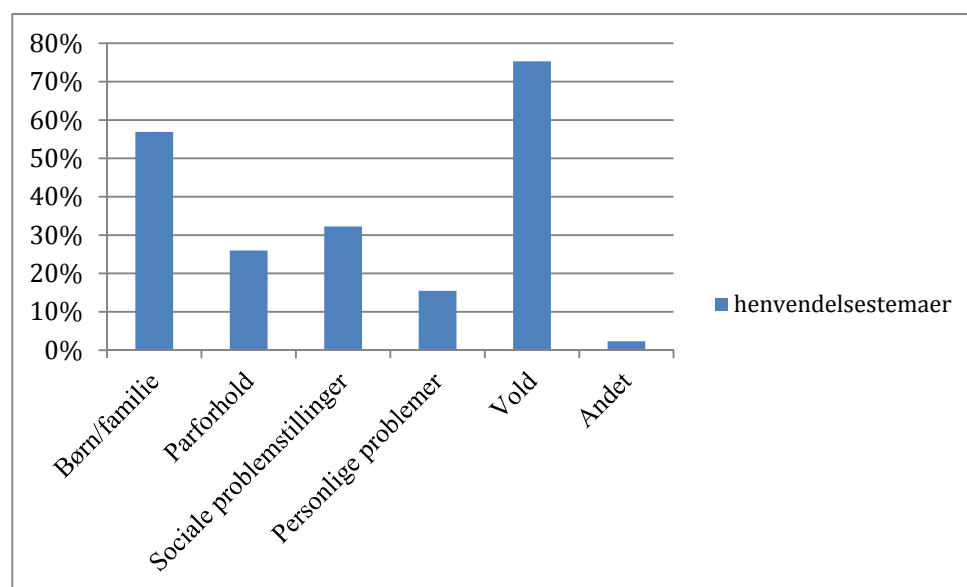
Vold og børn/familie er de to overordnede temaer, som flest kvinder henvender sig med. Herefter følger sociale problemstillinger, parforholdstemaer og personlige problemer (Tabel 6, Figur 5). De fleste kvinder henvender sig på baggrund af flere temaer.

**Tabel 6** Henvendelsestemaer

Henvendelsestemaer	N	Procent
Børn/familie	173	56,91 %
Parforhold	79	25,99 %
Sociale problemstillinger	98	32,24 %
Personlige problemer	47	15,46 %
Vold	229	75,30 %
Andet	7	2,30 %

**N=304**

**Figur 5** Henvendelsestemaer, fordeling





## **Specifikke oplysninger om volden**

Foruden de demografiske oplysninger har Mødrehjælpen også indsamlet informationer på en række specifikke faktorer relateret til den vold, som kvinderne har været udsat for. Der er i alt oplysninger på 171 kvinder. Herunder er der specifikke oplysninger om voldens karakter og hyppighed. Yderligere præsenteres oplysninger om kontaktinstanser i forbindelse med volden og vurdering af den rådgivning, som kvinden oplever at have fået fra disse instanser. Desuden indbefatter oplysningerne specifikke angivelser om hjælp fra socialforvaltning samt årsagen til afslutning af forløbet hos Mødrehjælpen.

### **Voldsformer**

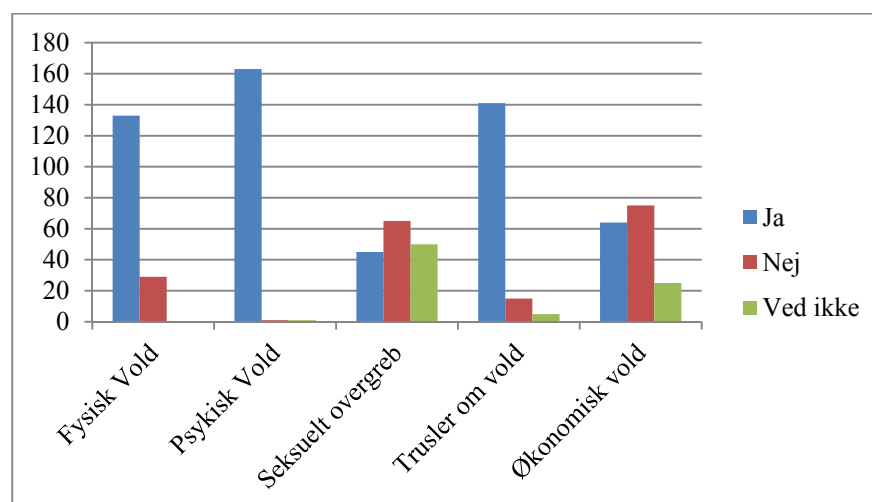
De fleste kvinder (163) rapporterer, at de har oplevet psykisk vold. 141 kvinder har angivet, at de har været udsat for trusler om vold, og 133 kvinder har været udsat for fysisk vold. 64 kvinder angiver, at de har været udsat for økonomisk vold, mens 25 kvinder er i tvivl om, hvorvidt de har oplevet økonomisk vold. Økonomisk vold defineres som, at kvinden direkte/indirekte aftvinges kontrol over økonomien. Det kan komme til udtryk ved, at kvinden ikke har råderet over fælles penge, at kvinden tvinges til at opgive ægtepagt eller optage lån for manden, eller at manden nægter at betale børnepenge. 45 kvinder svarer, at de har været udsat for seksuelle overgreb. Dog svarer 50 kvinder, at de ikke ved, om de har været udsat for seksuelle overgreb (Tabel 7, Figur 6).

**Tabel 7** Former for vold

<b>Voldsformer</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Ved ikke</b>	<b>Mangler oplysning</b>
Fysisk vold	133	29	0	9
Psykisk vold	163	1	1	6
Seksuelt overgreb	45	65	50	11
Trusler om vold	141	15	5	10
Økonomisk vold	64	75	25	7

**N=171**

**Figur 6** Voldsformer, fordeling



### **Voldens varighed**

De fleste kvinder har været i et voldspræget forhold, som strækker sig fra 3-4 år (32,1 %) eller 5-10 år (30,2 %). 13,8 % af kvinderne har været i et voldspræget forhold i over 10 år, mens 17,6 % har været i en voldsperiode på 1-2 år. 5,7 % af kvinderne angiver, at voldsperioden varede under 1 år (Tabel 8).

**Tabel 8** Voldsperiode

<b>Voldsperiode</b>	<b>N</b>	<b>Procenter</b>
1-2 år	28	17,6 %
3-4 år	51	32,1 %
5-10 år	48	30,2 %
Over 10 år	22	13,8 %
Under 1 år	9	5,7 %
Ved ikke	1	0,6 %

**N = 159****Voldsfrekvens**

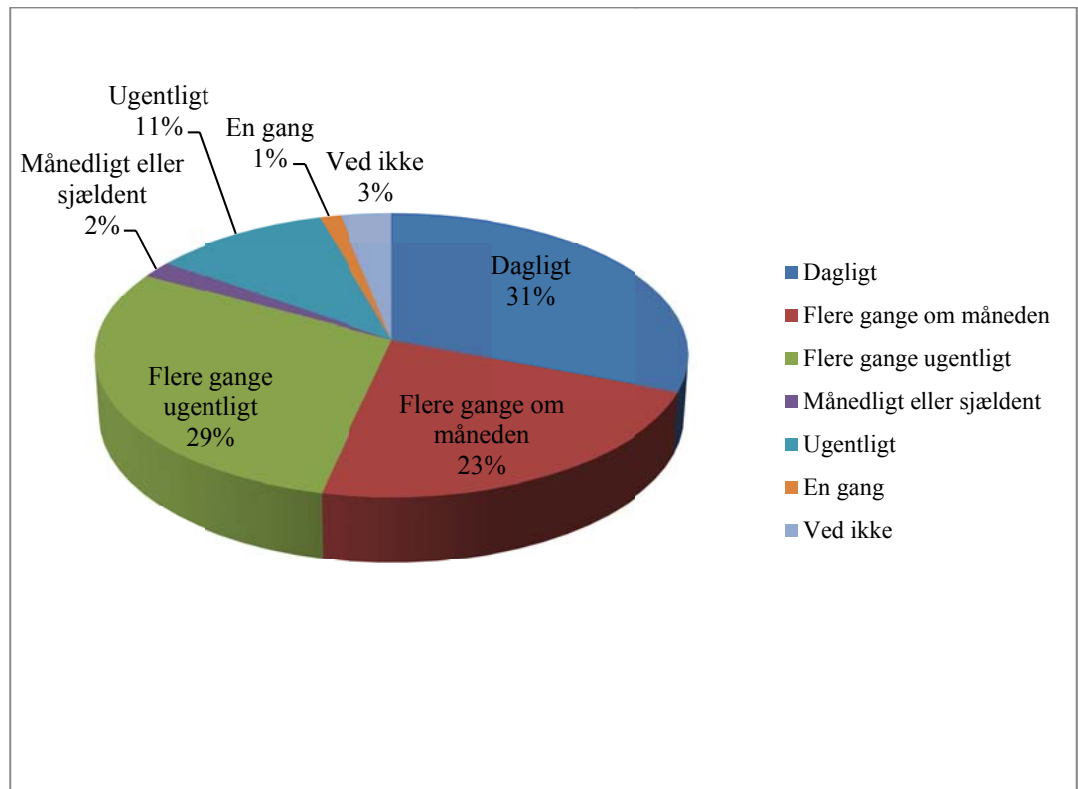
De fleste kvinder (70,7 %) angiver, at de har oplevet voldsepisoder dagligt, flere gange om ugen eller på ugebasis. Ud af de resterende kvinder angiver 22,6 % af kvinderne, at de har været udsat for voldsepisoder flere gange om måneden, mens 1,9 % af kvinderne beskriver, at voldsfrekvensen var månedligt eller sjældnere. Kun 1,3 % angiver, at de har været udsat for vold en gang (Tabel 9, Figur, 7). Størstedelen af kvinderne angiver derved, at de har været udsat for voldsepisoder dagligt, flere gange om ugen eller på ugebasis i en årrække af 3-10 år.

**Tabel 9** Voldsfrekvens

<b>Voldsfrekvens</b>	<b>N</b>	<b>Procenter</b>
Dagligt	49	30,8 %
Flere gange om måneden	36	22,6 %
Flere gange ugentligt	47	29,6 %
Månedligt eller sjældent	3	1,9 %
Ugentligt	17	10,7 %
En gang	2	1,3 %
Ved ikke	5	3,1 %

**N=159**

**Figur 7** Voldsfrekvens, fordeling (N=159)



## Sygemelding

Over halvdelen af kvinderne (62,6 %) angiver, at de har været sygemeldt på grund af vold (39,5 %), chikane (13,6 %) eller andet (9,5 %). 37,4 % af kvinderne har ikke været sygemeldt på baggrund af nogle af ovenstående faktorer.

**Tabel 10** Sygemelding

Sygemelding	N	Procenter
Ja - på grund af vold	58	39,5 %
Ja - på grund af chikane	20	13,6 %
Ja - på grund af andet	14	9,5 %
Nej - ingen af delene	55	37,4 %

**N=147**

## 'Kontakt med'

I forbindelse med voldsepisoderne har kvinderne været i kontakt med en række forskellige instanser, herunder socialforvaltning, skadestue, egen læge, krisecenter, politi og sagsbehandler. Omkring halvdelen af kvinderne angiver, at de har været i kontakt med socialforvaltning (50,3 %), egen læge (49,4 %), politi (48,7 %) eller sagsbehandler (56,4 %). 27 % af kvinderne har været i kontakt med krisecenter, og 25,6 % af kvinderne har været i kontakt med skadestue (Tabel 11). De fleste kvinder er i kontakt med flere forskellige instanser på grund af voldsepisoderne.

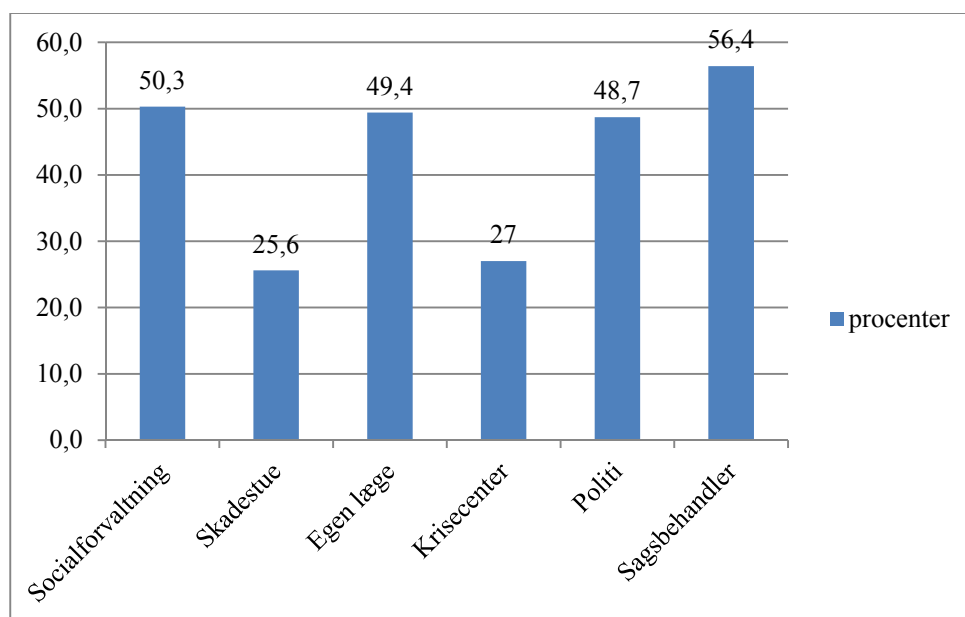
Som det fremgår af figur 8, så angives sagsbehandler (56,4 %), social forvaltning (50,3 %), egen læge (49,4 %) og politi (48,7 %) hyppigst som kontaktsted. Dog mangler der oplysninger på 93 kvinder i forhold til brugen af sagsbehandler, hvilket øger risikoen for, at oplysningerne ikke er repræsentative for den samlede gruppe af henviste kvinder.

**Tabel 11** Kontakt med

<b>Kontaktsteder</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Ved ikke</b>	<b>Mangler oplysning</b>
Socialforvaltning	80 (50,3 %)	75 (47,2 %)	4 (2,5 %)	12
Skadestue	40 (25,6 %)	111 (71,2 %)	5 (3,2 %)	15
Egen læge	76 (49,4 %)	63 (40,9)	15 (9,7 %)	17
Krisecenter	43 (27 %)	115 (72,3 %)	1 (0,7 %)	12
Politi	77 (48,7 %)	78 (49,4 %)	3 (1,9 %)	13
Sagsbehandler	44 (56,4 %)	30 (38,5 %)	4 (5,1 %)	93

**N= 171**

**Figur 8** Kontakt, fordeling (N=171)



### **Rådgivning fra kontakt**

De henviste kvinder har angivet deres oplevelse af, i hvor høj grad de forskellige kontaktinstanser har forsøgt at rådgive i forhold til voldsoplevelserne.

#### **Vurdering af rådgivning - læge**

Ud af 78 kvinder, som har talt med egen læge om volden, angiver 44 kvinder (56 %), at de har oplevet, at egen læge 'i nogen grad' til 'i meget høj grad' har forsøgt at rådgive i forhold til voldsepisoderne. 18 kvinder (23 %) angiver, at egen læge har forsøgt at rådgive 'i ringe grad' til 'slet ikke'. 16 kvinder (20,5 %) svarer, at de ikke ved det (Tabel 12).

**Tabel 12** Vurdering af lægerådgivning

<b>Rådgivning</b>	<b>N</b>	<b>Procent</b>
I meget høj grad	6	(7,6 %)
I høj grad	16	(20,5 %)
I nogen grad	22	(28,2 %)
I ringe grad	6	(7,6 %)
Slet ikke	12	(15,4 %)
Ved ikke	16	(20,5 %)

**N=78****Vurdering af rådgivning - politiet**

Ud af 78 kvinder angiver 48 (61 %), at de har oplevet, at politiet har forsøgt at rådgive i 'nogen grad' til 'i meget høj grad'. 27 kvinder (35 %) vurderer, at politiet 'i ringe grad' til 'slet ikke' har forsøgt at rådgive, og 3 kvinder (3,9 %) angiver, at de ikke ved det (Tabel 13).

**Tabel 13** Vurdering af politiets rådgivning

<b>Rådgivning</b>	<b>N</b>	<b>Procenter</b>
I meget høj grad	4	5,1 %
I høj grad	13	16,7 %
I nogen grad	31	39,8 %
I ringe grad	15	19,2 %
Slet ikke	12	15,4 %
Ved ikke	3	3,9 %

**N=78****Vurdering af rådgivning - sagsbehandler**

Ud af 55 kvinder, vurderer 26 kvinder (47 %), at sagsbehandler 'i nogen grad' til 'i meget høj grad' har forsøgt at rådgive. 22 kvinder (40 %) angiver, at sagsbehandler 'i ringe grad' til 'slet ikke' har forsøgt at rådgive. 7 kvinder (12,7 %) angiver, at de ikke ved det (Tabel 14).

**Tabel 14** Vurdering af sagsbehandlers rådgivning

<b>Rådgivning</b>	<b>N</b>	<b>Procenter</b>
I meget høj grad	2	3,6 %
I høj grad	12	21,8
I nogen grad	12	21,8
I ringe grad	14	25,5
Slet ikke	8	14,5
Ved ikke	7	12,7

**N=55**

#### **Vurdering af rådgivning - skadestue**

Ud af 43 kvinder, angiver 13 kvinder (30 %), at skadestuen har forsøgt at rådgive 'i nogen grad' til 'i meget høj'. 18 kvinder (42 %) oplever, at skadestuen 'i ringe grad' til 'slet ikke' har forsøgt at rådgive. 12 kvinder (27,9 %) ved det ikke (Tabel 15). Dette synes at være i overensstemmelse med en rapport fra 2011 om skadestuernes møde med voldsramte kvinder fra Statens Institut for Folkesundhed (Volsing, Johannesson, Andersen, Helweg-Larsen & Madsen, 2011). Heri konkluderes det, at skadestuernes behandling af voldsramte kvinder er af varierende karakter. På nogle skadestuer er der gode fysiske rammer samt registrering af voldsskader, mens voldsramte kvinder ikke tilgodeses på andre skadestuer. Desuden er der ikke oplæring af sygepersonale i forhold til voldsproblematik hos kvinder. I stedet har oplæringen en karakter af 'learning by doing'.



**Tabel 15** Vurdering af skadestuens rådgivning

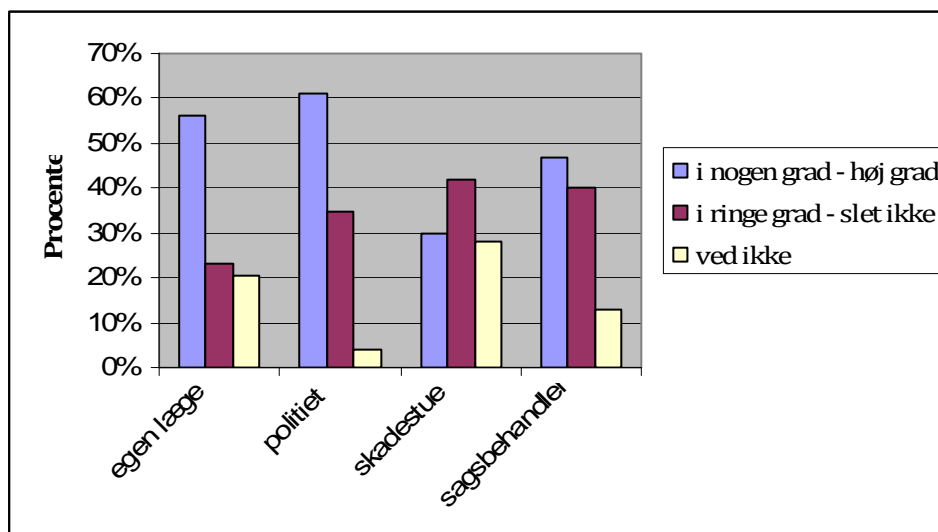
Rådgivning	N	Procent
I meget høj grad	2	4,7 %
I høj grad	3	7 %
I nogen grad	8	18,6 %
I ringe grad	10	23,3 %
Slet ikke	8	18,6 %
Ved ikke	12	27,9 %

**N=43**

### Rådgivningsvurdering på tværs af forskellige kontaktinstanser

Figur 9 viser kvindernes oplevelse af rådgivning på tværs af forskellige kontaktinstanser. Heraf fremgår det, at den procentvise angivelse af rådgivning 'i nogen grad' til 'i høj grad' er højest for egen læge og politiet. Mens den procentvise vurdering af rådgivning 'i ringe grad' til 'slet ikke' er højest for skadestue og sagsbehandler.

**Figur 9** Vurdering af rådgivning fordelt på forskellige kontaktinstanser



## Hjælp fra socialforvaltning

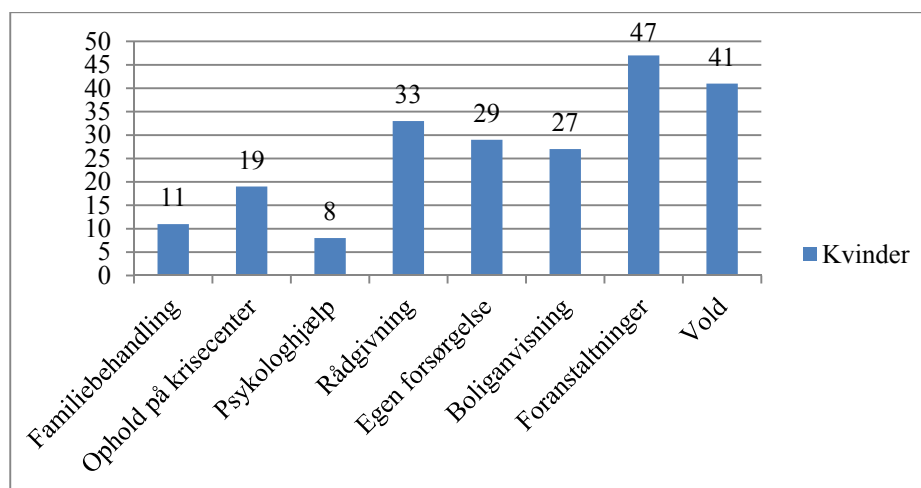
De kvinder, som har henvendt sig til socialforvaltningen, angiver, at de har modtaget hjælp til temaerne: Familiebehandling, krisecenter, psykologhjælp, rådgivning, egen forsørgelse, boliganvisning, foranstaltninger og vold (Tabel 16). Med foranstaltninger menes undersøgelser som fx efter Serviceloven. Det kan være at man henvises til undersøgelse, eller får aflastnings- eller støttetilbud som fx aflastningsfamilie. Af figur 10 fremgår det, at de hyppigste temaer er hjælp til foranstaltninger (27,7 %), hjælp i forbindelse med oplevelse af vold (24,1 %) og hjælp med generel rådgivning (19,4 %).

**Tabel 16** Hjælp fra socialforvaltning

<b>Temaer</b>	<b>N</b>	<b>Procent</b>
Familiebehandling	11	6,5 %
Ophold på krisecenter	19	11,2 %
Psykologhjælp	8	4,7 %
Rådgivning	33	19,4 %
Egen forsørgelse	29	17,1 %
Boliganvisning	27	15,9 %
Foranstaltninger	47	27,7 %
Vold	41	24,1 %

**N=170**

**Figur 10** Fordeling af hjælp fra socialforvaltning (N=170)



### Afslutningsårsag

Ved 93 af kvinderne er årsagen til afslutning hos Mødrehjælpen angivet. Ud fra disse kvinder fremgår det, at 32,3 % gennemfører et behandlingsforløb, mens 35,5 % udebliver under behandlingsforløbet eller ikke ønsker at fortsætte i forløbet. 21,5 % af kvinderne afsluttes, fordi de ikke er målgruppe for projektet. Der er dog kun oplysninger på 93 kvinder, og det er derfor ikke sikkert, at oplysningerne er repræsentative for den samlede gruppe af henviste kvinder hos mødrehjælpen.

**Tabel 17** Afslutningsårsag

Årsag	N	Procent
Klienten har gennemført forløbet	30	32,3 %
Klienten er udeblevet / svarer ikke på henvendelser	21	22,6 %
Klienten ikke målgruppe for projekt	20	21,5 %
Klienten ønsker ikke at fortsætte i forløb	12	12,9 %
Andet	10	10,8 %

**N=93**

## **Opsamling: Demografiske og specifikke oplysninger**

På baggrund af de indsamlede oplysninger tegner der sig et generelt billede af de henviste kvinder. De kvinder, der henvender sig til projekt UVS er oftest i alderen 31-45 år og enlige. Selvom en del kvinder forsørger sig selv via offentlige ydelser, er størstedelen af kvinderne i arbejde eller under uddannelse. Størstedelen af kvinderne har en uddannelse i form af en erhvervsuddannelse eller en mellemlang uddannelse.

Problemer med vold og bekymringer for børn samt forælderrolle er de hyppigste årsager til, at kvinden henvender sig til projektet. De henvendte kvinder er oftest udsat for psykisk vold og fysisk vold, men mange kvinder er tvivl om, hvorvidt de har været udsat for seksuel vold. Kvinderne har oftest levet i det voldsprægede forhold i 3-10 år og oplevet volden dagligt eller ugentligt. De fleste kvinder har været sygemeldt pga. volden.

De hyppigste kontaktinstanser, hvor kvinderne henvender sig i forbindelse med volden, er socialforvaltning, egen læge, politi og sagsbehandler. Kvinderne synes især at vurdere, at skadestue og sagsbehandler i for ringe grad forsøger at rådgive i forhold til volden. Ca. halvdelen af de kvinder, som indgår i UVS, gennemfører rådgivnings- og behandlingsforløbet.

Der mangler dog oplysninger på flere kvinder, og disse oplysninger er derfor ikke nødvendigvis repræsentative for den samlede gruppe af kvinder, som deltager i projekt UVS.

## **Kvinderne: Rådgivning og behandlingsindsats**

Mødrehjælpens rådgivnings- og behandlingsindsats er nedskrevet i manualer. Her følger en beskrivelse af den rådgivnings- og behandlingsindsats, som bliver udøvet under projektet rettet mod at hjælpe kvinder udsat for vold.

### **Screening af kvinder**

Alle de kvinder, som henvender sig til Mødrehjælpen under projektet, gennemgår en screening i forhold til at afklare, hvorvidt kvinden tilhører målgruppen.

*Målgruppen* er afgrænset til mødre:

- Som har levet i et voldeligt forhold
- Som har forladt den voldelige partner (fysisk eller har besluttet sig herfor)
- Som vurderes at kunne profitere af et korttidsterapeutisk forløb
- Som behersker dansk på samtaleniveau
- Som ikke aktuelt er i et andet konkurrerende forløb
- Som har børn mellem 0 og 12 år (med mulighed for inddragelse af ældre søskende)
- Som er motiverede for og udtrykker ønske om at deltage i projektet – både for hende selv og hendes barn

Hvis kvinden ikke tilhører målgruppen bliver det undersøgt, hvorvidt kvinden kan henvises til andre tilbud. Screeningen foregår pr. telefon, og bliver foretaget af rådgivere tilknyttet stabiliseringsfasen (se nedenfor). Screeningen varer højst en halv time, og det bliver tilstræbt, at hver rådgiver afsætter 1 time pr. dag til at foretage screeningsamtaler.

## **Rådgivning og behandlingstilbuddet til mødrene er opdelt i tre faser**

- 1. fase:** De første samtaler har som formål at afdække behovet for hjælp. I samarbejde med kvinden bliver konkrete planer for behandlingen planlagt, og der tilsigtes en stabilisering af psykiske symptomer, sikkerhed, økonomi, boligspørgsmål, samvær og retshjælp.
- 2. fase:** Når kvinden bliver vurderet til at være parat til at indgå i et mere intensivt behandlingsforløb, starter kvinden i et gruppebaseret eller individuelt behandlingsforløb. Her bliver der arbejdet ud fra de tre overordnede temaer: 1) volden, 2) følgevirkninger af volden og 3) fremtiden.
- 3. fase:** Efter endt behandlingsforløb bliver der tilbudt efterværnssamtaler i gruppen eller individuelt inden for 6 måneder efter afslutning af fase 2.

## **Stabiliserings- og sikkerhedsfasen**

Alle de henvendte kvinder bliver tilbudt at indgå i et indledende stabiliseringsforløb. Formålet med forløbet er:

- at give kvinden kontrol over sin psykiske, sociale og sikkerhedsmæssige situation, så kvinden i højere grad kan have gavn af de efterfølgende behandlingstiltag.

Specifikke indsatser under forløbet kan være:

- At henvise kvinden til egen læge/skadestue ved fysiske skader efter volden.
- Psykoedukation i forhold til invaliderende, psykiske symptomer og støtte til at genopbygge en normal hverdagsrytme bliver også givet.
- Udarbejdelse af en risikovurdering af mandens farlighed for kvinden.
- Sikring af bolig og evt. behov for flugtplan.
- Konkrete muligheder for håndtering af forfølgelse og psykisk chikane. Der kan iværksættes tiltag rettet mod at hjælpe kvinden

med at flytte og etablere ny bolig, skabe overblik over økonomisk situation samt forældremyndighed.

- Vurdering af kvindens egnethed til gruppesamtale eller individuelt behandlingsforløb.
- Forløbet varierer i omfang fra 1-12 samtaler afhængig af kvindens behov.

## **Bearbejdning af traumatiske oplevelser**

### **Individuel terapi**

De kvinder, som ikke ønsker eller vurderes som værende uegnede til gruppebehandling, bliver tilbudt individuelle samtaler med en psykolog.

Formålet med forløbet er:

- At få bearbejdet de voldelige oplevelser og reduceret følgevirkningerne, herunder forbedring i forhold til depression, traumatisering, oplevelse af kontrol og selvværd.
- At genetablere et socialt netværk og en stabilisering af økonomi og sikkerhed.
- At kvinden opnår en større forståelse for barnets situation og evne til at tale med barnet om volden.

Generelt for terapien er, at den:

- Tager udgangspunkt i den traumebehandling, som den amerikanske forsker Judith Herman har udviklet og beskrevet i sin bog 'I voldens kølvand' (Herman, 1995). Endvidere arbejdes der med tilknytningsteoretiske aspekter, da det er erfaringen, at voldsramte kvinder, som følge af voldsepisoderne, har mistet tilliden til andre mennesker og evnen til at turde knytte og bryde følelsesmæssige bånd. Endvidere anvendes elementer fra kognitiv terapi, assertionstræning og tegneterapi.
- Der bliver inddraget kropsbevidsthedsøvelser med henblik på at styrke kvindens fornemmelse af egen krop.

- Den individuelle behandling varierer fra 1-12 sessioner alt afhængig af kvindens behov.
- Kvinden har som udgangspunkt samtale hver 14. dag, men samtalen kan ved særlige behov tilbydes med kortere tidsinterval.

## **Gruppebehandling**

Deltagerne i gruppebehandling er kvinder, som vurderes egnet til gruppebehandling. Formålet med gruppeterapien er:

- At reducere følelser af skyld, skam, fordømmelse og fremmedfølelse
- At bearbejde de traumatiske oplevelser
- Bearbejde personlighedsmæssige ændringer, som er opstået på baggrund af volden.

Der forventes en psykologisk forbedring inden for:

- Depression
- Traumatisering
- Oplevelse af kontrol
- Selvværd
  
- Socialt netværk
- Bedre mor/barn relation
  
- Økonomi
- Sikkerhed
- Samvær

Centralt for gruppeterapien er:

- At den strækker sig over 15 mødegange af 3 timers varighed og med 1 ugentlig samling.
- Den foregår i grupper, som er stærkt strukturerede med klart definerede opgaver og mål.
- Grupperne er endvidere lukkede og tidsbegrænsede.
- Gruppemedlemmerne forpligter sig til at komme hver gang, og



deltagerne skal være parate til at indgå i et afdækningsarbejde.

- Gruppen styres af en psykolog og en socialrådgiver.
- Gruppens ledere skal være aktive, engagerede og velforberejede.
- Gruppelederne har ansvaret for at sikre, at alle medlemmer får lejlighed til at blive hørt, og fremme udveksling af erfaringer og reducere konflikter til et minimum.
- Hver mødegang følger en plan, hvor der indledningsvist opsamles fra sidst, derefter behandles dagens tema og sessionen afsluttes med en afrunding. Der lægges tid og omhu i afslutningsritualerne, hvor deltagerne skal skrive om, hvad vedkommende har opnået i gruppearbejdet.

### **Efterværn**

Efterværnet består af to former for opfølgning: Fastlagte møder og enkelte individuelle støttende samtaler efter behov.

Efterværnet har til formål:

- At konsolidere den positive fremgang
- Styrke den psykologiske løsrivelse fra den voldelige ekspartner
- Forebygge, at kvinden kommer ind i et nyt voldeligt forhold.

Opfølgningsmøderne består af:

- 3 møder for de kvinder, som har gået i gruppeforløb.
- Møderne finder sted inden for de første 6 måneder efter afslutningen af det intensive gruppeforløb. For kvinder, der har gået i et individuelt behandlingsforløb, bliver der planlagt to til fire opfølgningssamtaler, som kan planlægges som de to afsluttende samtaler i kvindens individuelle samtaleforløb.
- Indholdet i opfølgningssamtalerne er kvindens psykiske tilstand og relation til ekspartner og børn.
- Endvidere følges der op på de mål og delmål, som kvinden har sat sig under det intensive behandlingsforløb, og der udarbejdes et til to nye arbejds punkter.

De individuelt støttende samtaler planlægges efter behov. Det er erfaringen, at enkelte kvinder tilkendegiver en forværring af symptomerne ved opfølgningssamtalerne. I disse tilfælde bliver kvinden tilbudt et kortvarigt støtteforløb i Mødrehjælpen. Indholdet i de individuelle samtaleforløb er:

- Støtte til kvinden og afklaring af behov for yderligere hjælp
- Evt. viderehenvisning til andet behandlingsregi.

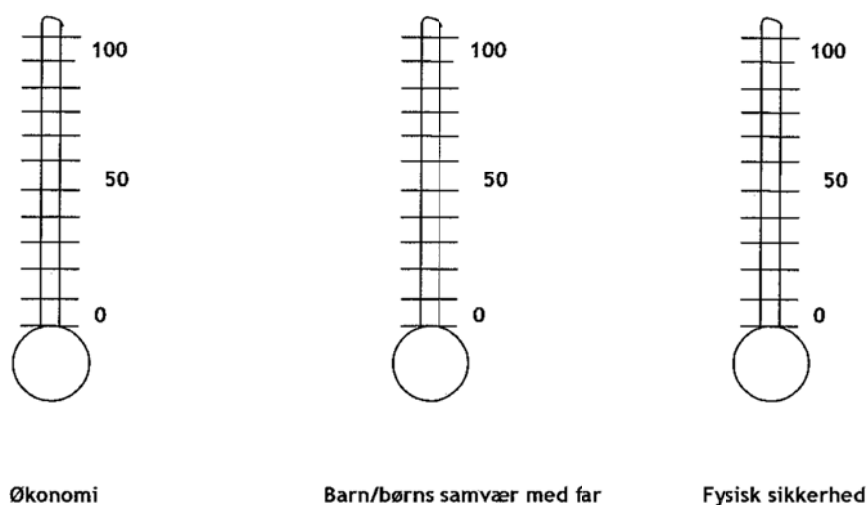
## Målepunkter og indikatorer

Som led i vurderingen af rådgivningens og behandlingens effekt er der udarbejdet en række indikatorer, som tilstræber at gøre effekten målbar og dokumenterbar.

Indikatorer er fastsat både i form af udarbejdede spørgsmål til formålet samt validerede skalaer. Mere specifikt har de udarbejdede spørgsmål til hensigt at måle:

- Økonomi
- Barn/børns samvær med far
- Fysisk sikkerhed
- Forholdet til voldelig ekspartner
- Selvværd, kontrol og tillid
- Posttraumatisk stress, angst, depression og social støtte
- Mor og barn relation

*Stress forbundet med økonomi, barn/børns samvær med far og fysisk sikkerhed* angives på et termometer (fig 11). Termometret har den fordel, at det er visuelt let at forstå. Jo højere scoren er på termometret, jo højere er graden af oplevelse af stress i forbindelse med hhv. økonomi, barn/børns samvær med far samt fysisk sikkerhed.



**Fig. 11** Termometer

**Forholdet til voldelig ekspartner** vurderes gennem 4 spørgsmål, hvor deltageren bedes vurdere hvor enig eller uenig, personen er i hvert udsagn. Svarkategorierne strækker sig fra 'meget enig' til 'meget uenig' (Tabel 18).

**Tabel 18** Forhold til voldelig ekspartner

	Meget enig	Enig	Hverken eller	Uenig	Meget uenig	Ved ikke
Jeg føler, at min voldelige ekspartner kan styre mit liv og mine tanker						
Jeg har behov for at kontakte min voldelige ekspartner						
Jeg kan håndtere kontakten til min voldelige ekspartner						
Min voldelige ekspartner kan få mig til at tvivle på min dømmekraft						

Spørgsmålene blev kodet, så en højere score indikerer en større uafhængighed fra voldelig ekspartner.

**Kontrol, selvværd og tillid** til andre mennesker måles ved, at kvinden vurderer, hvor enig eller uenig hun er i en række udsagn. Igen strækker svarkategorierne sig fra 'meget enig' til 'meget uenig'.

Kontrol vurderes ud fra udsagnene: '*Jeg føler, at jeg har kontrol over i hvilken retning mit liv går*' og '*Jeg kan tale med familie eller nære venner/veninder om volden*'.

Selvværd vurderes ud fra udsagnene: '*Jeg synes, jeg har en del gode egenskaber*' og '*Jeg ville ønske, jeg kunne have mere respekt for mig selv*'.

Tillid til andre mennesker vurderes ud fra udsagnene: '*Jeg har svært ved at stole på andre mennesker*' og '*Jeg er bange for at finde en ny voldelig kæreste*'.

Alle spørgsmål er kodet, så en højere score indikerer henholdsvis mere kontrol, selvværd og tillid.

**Til at måle symptomer på PTSD** anvendes *Harvard Trauma Questionnaire (HTQ-18 i Mollica et al., 1992)* og *Trauma Symptom Checklist (TSC-26 i Briere & Runtz, 1989)*. HTQ er et enkelt og reliabelt screeningsinstrument med god indre og ydre validitet. Skemaet vedrører tre primære dimensioner ved PTSD: 1) genoplevelse, 2) undgåelse samt 3) forhøjet vagtsomhed. Den danske version af skemaet er valideret af Bach (Bach, 2003). I denne undersøgelse udviser HTQ en god reliabilitet for den totale skala ( $\alpha=.85$ ). TSC er et valideret spørgeskema (Krog & Duel, 2003) anvendt til måling af traumeeftervirkninger. TSC vedrører tre primære dimensioner: 1) negativ affektivitet, 2) dissociation og 3) somatisering. Den mulige totalscore spænder fra 26-104, hvor de højeste scores på underskalerne er NA (52), dissociation (12) og somatisering (40). I denne undersøgelse har TSC udvist en god reliabilitet for den totale skala ( $\alpha=.90$ ).

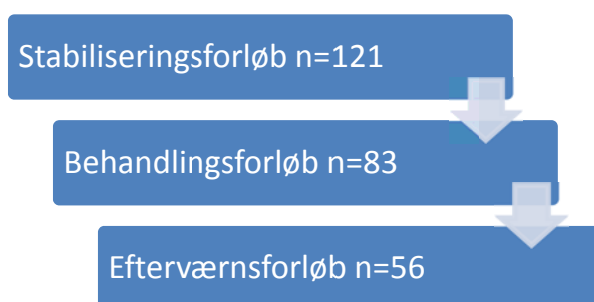
**Til at måle symptomer på angst og depression** anvendes *Hopkins symptoms checklist (HSCL i Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974)*. HSCL består af 25 items, som har til hensigt at måle symptomer på angst og depression. Der er 10 items for angst og 15 items for depression. HSCL har udvist en god reliabilitet og validitet (Briere & Runtz, 1989; Nettelbladt, Hansson, Stefansson, Borgquist, & Nordström, 1993). I herværende undersøgelse udviser HSCL en god reliabilitet for den totale skala ( $\alpha=.92$ ).

**Social støtte måles med Crisis Support Scale (CSS i Joseph, Andrews, Williams & Yule, 1992)**. CSS består af 7 items, der måler kvindens oplevelse af social støtte. De første 6 items relaterer sig til oplevelsen af social støtte, mens det sidste spørgsmål relaterer sig til graden af tilfredshed med den sociale støtte. Den mulige totalscore spænder fra 7-49 med en mulig scoring på 1-7 på hvert item. CSS synes at have gode psykometriske egenskaber med en god indre konsistens og diskriminationsevne. I herværende undersøgelse udviser CSS en acceptabel reliabilitet for den totale skala ( $\alpha=.73$ ).

Målingspunkterne under forløbet er fastsat som nedenfor:

1. Start stabilisering
2. Slut stabilisering
3. Behandling (minus HTQ, TSC, CSS, HSCL, økonomi, barn/børns samvær med far og fysisk sikkerhed)
4. Slut behandling
5. Efterværn (minus HTQ/TSC, CSS, HSCL, økonomi, barn/børns samvær med far og fysisk sikkerhed)
6. Slut efterværn

Antallet af kvinder, som har deltaget i de forskellige målepunkter ved undersøgelsestidspunktet, er angivet nedenfor.



## Rådgivnings- og behandlingseffekt kvinder

Som led i dokumenteringen af effekten af projekt UVS behandles det indsamlede datamateriale. Indledningsvis fremstilles udviklingen i kvindernes psykologiske faktorer, herunder PTSD, angst, depression og social støtte. Dernæst undersøges udviklingen i kvindernes vurdering af en række indikatorer såsom stress forbundet med økonomi, selvværd og uafhængighed fra ekspartner. Endvidere undersøges effekten af de tre forskellige rådgivnings- og behandlingstiltag 1) stabilisering, 2) behandling og 3) efterværn på udviklingen i ovennævnte psykologiske faktorer.

## **PTSD, angst, depression og social støtte**

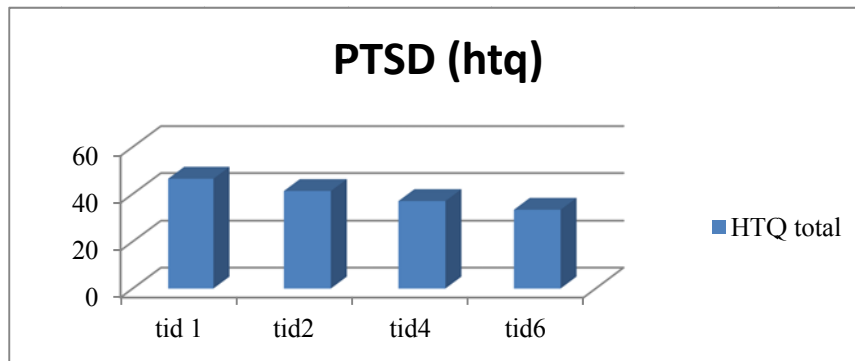
I tabel 19 er angivet en oversigt over den gennemsnitlige score samt standardafvigelse for de inkluderede skalaer for samtlige måletidspunkter. Ligeledes illustrerer figur 12-15 udviklingen i den gennemsnitlige score over tid. Som det fremgår af figurerne, udviser den gennemsnitlige score et fald i symptomerne på PTSD (TSC,HTQ) samt angst og depression (HSCL), mens oplevelsen af social støtte (CSS) udviser en mindre stigning (fig. 15).

**Tabel 19** Udvikling i psykiatriske symptomer og social støtte gennem projektet

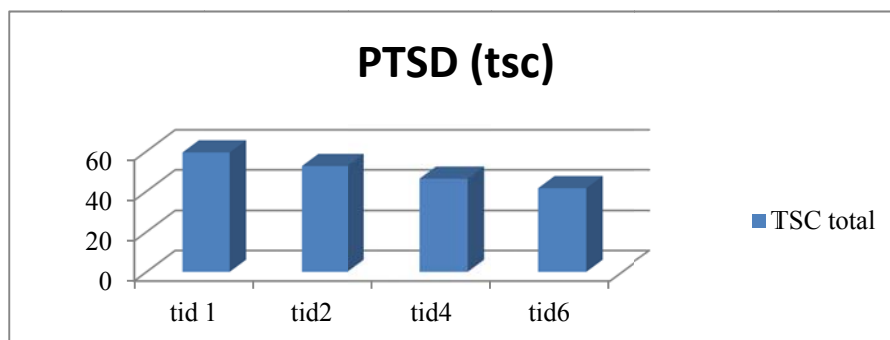
	<b>Tid1</b>		<b>Tid2</b>		<b>Tid4</b>		<b>Tid6</b>	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
<b>HTQ Total</b>	46,49 n=103	(8,86)	41,27 n=112	(10,71)	36,99 n=74	(11,68)	33,27 n=56	(10,02)
<b>HTQ Vagtsom.</b>	15,33 n=108	(2,79)	13,64 n=117	(3,48)	10,93 n=74	(3,98)	10,71 n=56	(3,65)
<b>HTQ Genople.</b>	13,76 n=108	(3,31)	12,01 n=116	(3,60)	10,96 n=75	(3,51)	10,08 n=56	(3,12)
<b>HTQ Undgåelse</b>	17,29 n=104	(4,30)	15,83 n=116	(5,05)	14,22 n=75	(5,18)	12,46 n=56	(4,46)
<b>TSC Total</b>	59,37 n=99	(13,50)	52,57 n=105	(13,66)	46,25 n=71	(13,05)	41,50 n=54	(10,07)
<b>TSC Neg. affekt</b>	23,03 n=103	(5,28)	20,05 n=112	(5,37)	17,35 n=73	(4,95)	15,85 n=55	(4,12)
<b>TSC Somatis.</b>	26,60 n=107	(7,18)	24,27 n=116	(7,59)	21,08 n=74	(6,69)	18,69 n=55	(5,33)
<b>TSC Dissociation</b>	10,13 n=104	(3,39)	8,97 n=115	(2,73)	7,72 n=74	(2,44)	6,69 n=56	(1,82)
<b>HSCL Total</b>	56,80 n=99	(13,41)	49,06 n=109	(14,15)	40,80 n=68	(11,40)	36,01 n=52	(9,22)
<b>HSCL Angst</b>	23,40 n=101	(6,66)	20,67 n=115	(6,66)	17,76 n=72	(5,88)	15,49 n=53	(4,00)
<b>HSCL Depr.</b>	33,52 n=106	(8,18)	28,70 n=114	(8,33)	23,66 n=72	(6,54)	20,66 n=54	(5,82)
<b>CSS Total</b>	31,95 n=107	(7,59)	33,06 n=114	(8,57)	34,01 n=71	(7,30)	35,29 n=55	(7,68)



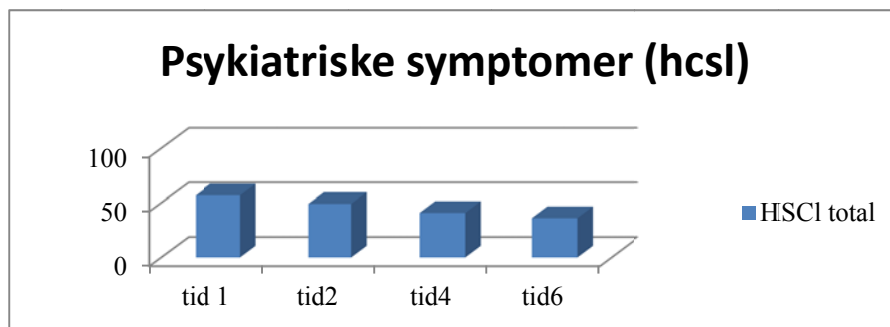
**Figur 12** Udvikling i scores på HTQ total



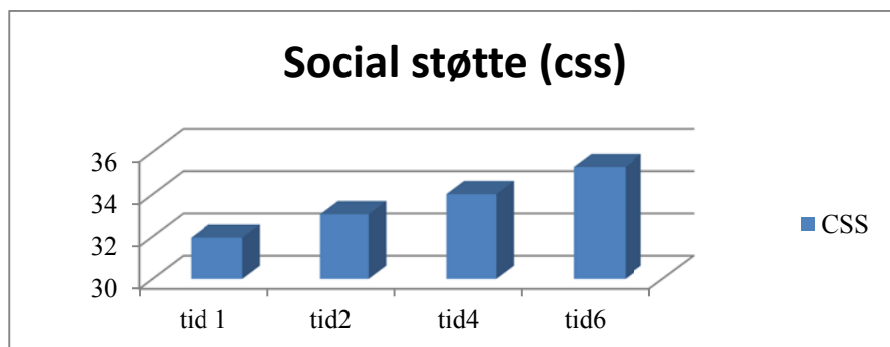
**Figur 13** Udvikling i scores på TSC total



**Figur 14** Udvikling i scores HSCL total



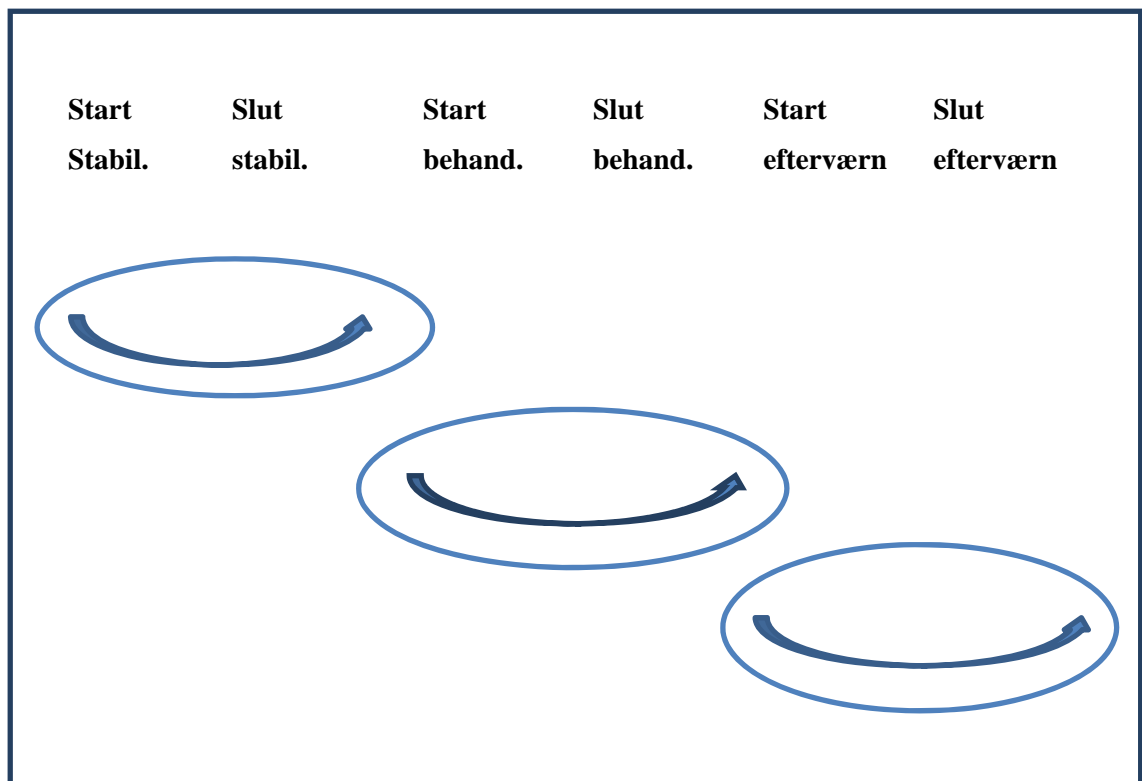
**Figur 15** Udvikling i scores CSS



### Effekt af rådgivnings- og behandlingsindsatsen

For at måle en mulig effekt af projekt UVS inddeles datamaterialet i 3 kategorier, hvorved det undersøges, hvorvidt der 1) er en effekt af stabiliseringsforløbet, 2) er en effekt af behandlingen og 3) er en effekt af efterværnsbehandlingen (fig.16).

**Figur 16** Kategorier af rådgivnings- og behandlingsindsatser



21

### Forskel i psykologiske symptomer fra før stabilisering til efter stabilisering

#### PTSD

Der kan konstateres et statistisk signifikant fald i totalscoren på TSC fra tid1 (M=59,03 SD=12,53) til tid2 (M=51,64 SD=13,67),  $t(83)=6,44$ ;  $p<0,01$ .

Ligeledes falder scoren signifikant på negativ affektivitet fra tid1 (M=23,08 SD=5,06) til tid2 (M=19,83 SD=5,52),  $t(91)=5,92$ ;  $p<0,01$ . Samme signifikante fald ses i somatisering fra tid1 (M=26,92 SD=7,02) til tid2 (M=

24,23 SD=7,60),  $t(99)=5,09$ ;  $p<0,01$ , samt dissociation fra tid1 (M=10,14 SD=3,38) til tid2 (M= 8,86 SD=2.76),  $t(95)=4,43$ ;  $p<0,01$ .

**Tabel 20** Score på TSC fra før stabilisering til efter stabilisering

	Tid 1		Tid 2	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
TSC total (n=96)	59,03	12,53	51,64	13,67
Negativ affektivitet (n=92)	23,08	5,06	19,83	5,52
Dissociation (n=96)	10,14	3,38	8,86	2,76
Somatisering (n=100)	26,92	7,02	24,23	7,60

Der ses et statistik signifikant fald i totalscoren på HTQ fra tid1 (M=46,16 SD=8,63) til tid2 (M=40,82 SD=10,57),  $t(92)=6,88$ ;  $p<0,01$ . Scores på genoplevelse falder signifikant fra tid1 (M=13,71 SD=3,27) til tid 2 (M=11,74 SD=3,58),  $t(100)=7,18$ ;  $p<0,01$ , ligesom scores på vagtsomhed falder signifikant fra tid1 (M=15,32 SD=3,72) til tid 2 (M=13,56 SD=3,45),  $t(101)=6,23$ ;  $p<0,01$ . Samme udvikling ses i scores på undgåelse, som falder signifikant fra tid1 (M=17,23 SD=4,23) til tid 2 (M=15,68 SD=5,20),  $t(96)=4,03$ ;  $p<0,01$ .

**Tabel 21** Score på HTQ fra før stabilisering til efter stabilisering

	Tid 1		Tid 2	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
HTQ total (n=96)	46,16	8,63	40,82	10,57
Undgåelse (n=97)	17,23	4,23	15,68	5,20
Genoplevelse (n=101)	13,71	3,27	11,74	3,58
Vagtsomhed (n=102)	15,32	3,72	13,56	3,45

**Angst og depression**

Totalscoren på HSCL falder signifikant fra tid1 (M=56,43 SD=13,18) til tid2 (M= 48,51 SD=14,46),  $t(88)=6,17$ ;  $p<0,01$ . Der ses et signifikant fald i antallet af angstsymptomer fra tid1 (M=23,51 SD=6,68) til tid2 (M= 20,35 SD=7,04),  $t(96)=5,35$ ;  $p<0,01$  og depressionssymptomer fra tid1 (M=33,43 SD=8,11) til tid2 (M=28,48 SD=8,49),  $t(96)=6,42$ ;  $p<0,01$ .

**Tabel 22** Score på HSCL fra før stabilisering til efter stabilisering

	Tid 1		Tid 2	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
HSCL total (n=89)	56,43	13,18	48,51	14,46
Angst (n=97)	23,51	6,68	20,35	7,04
Depression (n=96)	33,43	8,11	28,48	8,49

## Social støtte

Totalscoren på CSS stiger signifikant fra tid1 (M=31,66, SD=7,74) til tid2 (M=33,31 SD=8.69),  $t(98)=-2,23$ ;  $p<0,05$ .

**Tabel 23** Score på CSS fra før stabilisering til efter stabilisering

	Tid 1		Tid 2	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
CSS total (n=99)	31,66	7,74	33,31	8,69

## Opsamling: Før og efter stabiliseringsforløbet

Overordnet set kan der konstateres et signifikant fald i symptomerne på PTSD fra før kvinderne påbegynder stabiliseringsfasen til efter stabiliseringsfasen. Dette gør sig gældende både for totalscoren på TSC og HTQ. Ligeledes sker der et fald i symptomgrupperne negativ affektivitet, somatisering, dissociation, undgåelse, vagtsomhed og genoplevelse. Der kan ligeledes konstateres et signifikant fald i graden af psykiatriske symptomer, mens oplevelsen af social støtte fra før til efter stabilitetsforløbet stiger signifikant.

## Forskel i psykologiske symptomer fra før behandling til efter behandling

### PTSD

Der kan konstateres et signifikant fald i totalscoren på TSC fra tid2 (M=54,98 SD=13,65) til tid4 (M= 46,98 SD=13,38),  $t(65)=4,97$ ;  $p<0,01$ . Ligeledes falder scoren signifikant på negativ affektivitet fra tid2 (M=21,17

SD=5,63) til tid4 (M= 17,40 SD=5,02),  $t(68)=5,73$ ;  $p<0,01$ . Der ses et signifikant fald i somatisering fra tid2 (M=24,34 SD=6,74) til tid4 (M= 24,86 SD=6,93),  $t(71)=4,48$ ;  $p<0,01$  samt dissociation fra tid2 (M=9,18 SD=2,74) til tid4 (M= 7,64 SD=2,42),  $t(70)=4,53$ ;  $p<0,01$ .

**Tabel 24** Score på TSC fra før behandling til efter behandling

	Tid 2		Tid 4	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
TSC total (n=66)	54,98	13,65	46,98	13,38
Negativ affektivitet (n=69)	21,17	5,02	17,40	5,02
Dissociation (n=71)	9,18	2,74	7,64	2,42
Somatisering (n=72)	24,86	6,93	21,19	6,74

Der ses et statistisk signifikant fald i totalscoren på HTQ fra tid2 (M=42,83 SD=10,21) til tid4 (M= 36,85 SD=11,73),  $t(67)=4,90$ ;  $p<0,01$ . Scores på vagtsomhed falder fra tid2 (M=14,15 SD=3,17) til tid4 (M=12,05 SD=3,97),  $t(69)=4,55$ ;  $p<0,01$ . Ligeledes falder scores på genoplevelse signifikant fra tid2 (M=12,45 SD=3,56) til tid 4 (M=10,91 SD=3,56),  $t(70)=3,82$ ;  $p<0,01$ , og samme udvikling viser sig for scores på undgåelse, som falder signifikant fra tid2 (M=16,47 SD=5,07) til tid4 (M=14,10 SD=5,18),  $t(69)=4,65$ ;  $p<0,01$ .

**Table 25** Score på HTQ fra før behandling til efter behandling

	Tid 2		Tid 4	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
HTQ total (n=68)	42,83	10,21	36,85	11,73
Undgåelse (n=70)	16,47	5,07	14,10	5,18
Genoplevelse (n=71)	12,45	3,56	10,91	3,56
Vagtsomhed (n=70)	14,15	3,17	12,05	3,97

**Angst og depression**

Totalscoren på HSCL falder signifikant fra tid2 (M=49,93 SD=12,66) til tid4 (M= 41,06 SD=11,42),  $t(61)=4,94$ ;  $p<0,01$ . Der ses et signifikant fald i angstsymptomer fra tid2 (M=21,22 SD=6,21) til tid4 (M=17,95 SD=6,00),  $t(66)=3,74$ ;  $p<0,01$  samt i depressionssymptomer fra tid2 (M=29,50 SD=8,21) til tid4 (M= 23,69 SD=6,55),  $t(67)=5,67$ ;  $p<0,01$ .

**Table 26** Score på HSCL fra før behandling til efter behandling

	Tid 2		Tid 4	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
HSCL total (n=62)	49,93	12,66	41,06	11,42
Angst (n=66)	17,95	6,00	17,65	6,00
Depression (n=67)	29,50	8,21	23,69	6,55

## Social støtte

Totalscoren på CSS udviser en ikke-signifikant stigning fra tid2 (M=33,15 SD=8,50) til tid4 (M= 34,15 SD=7,38),  $t(64)=-1,09$ .

**Tablet 27** Score på CSS fra før behandling til efter behandling

	Tid 2		Tid 4	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
CSS total (n=65)	33,15	8,50	34,15	7,38

## Opsamling: Før og efter behandlingsforløbet

Der kan konstateres et signifikant fald i antallet af PTSD symptomer fra før kvinderne påbegynder behandlingsforløbet til efter forløbet. Dette gør sig gældende både for totalscoren på TSC og HTQ. Ligeledes sker der et fald i symptomgrupperne negativ affektivitet, somatisering, dissociation, undgåelse, vagtsomhed og genoplevelse. Desuden kan der konstateres et signifikant fald i graden af psykiatriske symptomer fra før til efter behandlingsforløbet, hvor antallet af angst- og depressionssymptomer falder signifikant.

Der ses en lille, ikke statistisk signifikant stigning i scoren på oplevelsen af social støtte fra før midtvejsforløbet til efter forløbet.

## Forskel i psykologiske symptomer fra før efterværn til slut efterværn

### PTSD

Der kan konstateres et signifikant fald i totalscoren på TSC fra tid4 (M=45,35 SD=12,88) til tid6 (M= 41,68 SD=20,30),  $t(50)=2,55$ ;  $p<0,05$ . Ligeledes falder scoren signifikant på negativ affektivitet fra tid4 (M=17,25



SD=5,03) til tid6 (M=15,92 SD=4,12),  $t(53)=2,08$ ;  $p<0,05$ . Der ses et signifikant fald i somatisering fra tid4 (M=20,18 SD=6,37) til tid6 (M=18,68 SD=5,38),  $t(53)=2,35$ ;  $p<0,05$  samt i dissociation fra tid4 (M=7,63 SD=2,49) til tid6 (M=6,87 SD=1,83),  $t(54)=2,56$ ;  $p<0,05$ .

**Tabel 28** Score på TSC fra før efterværn til slut efterværn

	Tid 4		Tid 6	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
TSC total (n=51)	45,35	12,88	41,68	10,30
Negativ affektivitet (n=54)	17,25	5,03	15,92	4,12
Dissociation (n=55)	7,63	2,49	6,87	1,83
Somatisering (n=54)	20,18	6,37	18,68	5,38

Der ses et ikke-signifikant fald i totalscoren på HTQ fra tid4 (M=35,18 SD=11,68) til tid6 (M=33,00 SD=9,90),  $t(54)=1,92$ . Scores på vagtsomhed falder ikke-signifikant fra tid4 (M=11,23 SD=3,94) til tid6 (M=10,56 SD=3,51),  $t(54)=1,68$ . Ligeledes falder scores på genoplevelse ikke-signifikant fra tid4 (M=10,60 SD=3,61) til tid 6 (M=10,08 SD=3,12),  $t(55)=1,35$ , hvorimod scores på undgåelse falder signifikant fra tid4 (M=13,53 SD=5,15) til tid6 (M=12,46 SD=4,46),  $t(55)=2,06$ ;  $p<0,05$ .

**Tabel 29** Score på HTQ fra før efterværn til slut efterværn

	Tid 4		Tid 6	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
HTQ total (n=55)	35,18	11,68	33,00	9,90
Undgåelse (n=56)	13,53	5,15	12,46	4,46
Genoplevelse (n=56)	10,60	3,61	10,08	3,12
Vagtsomhed (n=55)	11,23	3,94	10,56	3,51

**Angst og depression**

Totalscore på HSCL falder signifikant fra tid4 (M=40,27 SD=12,21) til tid6 (M=36,19 SD=9,22),  $t(50)=2,99$ ;  $p<0,05$ . Der ses et signifikant fald i antallet af angstsymptomer fra tid4 (M=17,32 SD=6,21) til tid6 (M=15,55 SD=4,01),  $t(52)=2,41$ ;  $p<0,05$ , og i symptomerne på depression fra tid4 (M=23,20 SD=6,78) til tid6 (M=20,50 SD=5,76),  $t(52)=3,50$ ;  $p<0,05$ .

**Tabel 30** Score på HSCL fra før efterværn til slut efterværn

	Tid 4		Tid 6	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
HSCL total (n=51)	40,27	12,21	36,19	9,22
Angst (n=52)	17,32	6,21	15,55	4,01
Depression (n=53)	23,20	6,78	20,50	5,76

## Social støtte

Totalscoren på CSS udviser en lille, ikke-signifikant stigning fra tid4 (M=34,09 SD=7,05) til tid6 (M=35,46 SD=7,64),  $t(53) = -1,64$ .

**Tabel 31** Score på CSS fra før efterværn til slut efterværn

	Tid 4		Tid 6	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
CSS total (n=54)	34,09	7,05	35,46	7,64

### Opsamling: Før efterværn til slut efterværn

Overordnet kan der konstateres et signifikant fald i symptomerne på PTSD fra før kvinderne påbegynder efterværnsforløbet og ved afslutning af forløbet målt ved TSC. Scores på HTQ falder ikke statistisk signifikant med undtagelse af scores på undgåelse. Ligeledes falder antallet af psykiatriske symptomer, hvor symptomer på angst og depression falder signifikant fra før efterværn til efter efterværn. Som ved evalueringen af behandlingen, ses der en lille, ikke signifikant stigning i scoren på oplevelsen af social støtte.

### Økonomi, børns samvær med far, fysisk sikkerhed, kontrol, selvværd, tillid og forhold til voldelig ekspartner

Ud over de ovenstående symptomforandringer er der som led i dokumenteringen af Mødrehjælpens rådgivnings- og behandlingsindsats også indsamlet data på en række andre indikatorer, herunder kvindens oplevelse af stress forbundet med økonomi, barn/børns samvær med far samt egen fysisk sikkerhed. Derudover er det undersøgt, hvorvidt kvinden gennem projektet oplever mere kontrol over eget liv, et større selvværd og

mere tillid til andre mennesker. Endeligt er det også undersøgt, hvorvidt kvinden føler en større uafhængighed fra den voldelige ekspartner.

I tabel 32 er angivet en oversigt over kvindernes gennemsnitlige oplevelse af stress forbundet med økonomi, børns samvær med eksparter samt fysisk sikkerhed. Som det fremgår af tabellen, falder den gennemsnitlige score på oplevelsen af stress over tid, hvilket indikerer, at kvinderne gennemsnitligt opnår en reducere af stress og bekymring forbundet med økonomi, barn/børns samvær med far og egen fysisk sikkerhed gennem forløbet.

**Tabel 32** Økonomi, børns samvær med far og fysisk sikkerhed

	Tid 1		Tid 2		Tid 4		Tid 6	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Økonomi	67,71	28,06	58,17	31,11	56,57	29,90	51,52	34,24
	n=107		n=112		n=75		n=56	
Barn/Børns samvær med far	72,12	33,79	52,70	33,79	44,47	34,25	40,36	34,12
	n=106		n=111		n=75		n=54	
Fysisk sikkerhed	52,17	32,33	34,11	30,59	27,73	30,56	25,36	31,37
	n=106		n=111		n=75		n=55	

I tabel 33 er angivet en oversigt over kvindernes gennemsnitlige oplevelse af kontrol over eget liv, selvværd og tillid til andre mennesker. Gennem forløbet ses en generel stigning i scores i forhold til selvværd, følelsen af kontrol og tilliden til andre mennesker. Dette indikerer, at kvinderne gennem rådgivnings- og behandlingsforløbet opnår en større selvfølelse, kontrol og tillid til andre mennesker.

**Tabel 33** Kontrol, tillid og selvværd

	Tid 1		Tid 2		Tid 4		Tid 6	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Kontrol	6,62	1,68	7,23	1,65	8,16	1,47	8,34	1,51
	n=107		n=113		n=75		n=55	
Tillid	4,37	2,05	4,83	1,90	5,98	2,10	6,12	2,38
	n=100		n=104		n=74		n=55	
Selvværd	6,02	1,54	6,39	1,48	7,31	1,66	7,48	1,66
	n=104		n=113		n=74		n=54	

I tabel 34 er angivet en oversigt over kvindernes gennemsnitlige vurdering af uafhængigheden af den voldelige ekspartner over tid. Som det fremgår af tabellen stiger kvindernes scores, hvilket indikerer, at kvinderne oplever en større uafhængighed af den voldelig ekspartner og opnår en løsrivelse fra det voldelige forhold gennem rådgivnings- og behandlingsforløbet.

**Tabel 34** Uafhængighed fra voldelig ekspartner

	Tid 1		Tid 2		Tid 4		Tid 6	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Uafhængighed fra voldelig ekspartner	10,19	2,76	12,15	3,01	15,56	2,64	15,88	2,79
	n=100		n=102		n=74		n=54	

For at måle en mulig statistisk signifikant effekt af Mødrehjælpens individuelle rådgivnings- og behandlingstiltag inddeles datamaterialet igen i 3 kategorier, hvorved det undersøges, hvorvidt der 1) er en effekt af stabiliseringsforløbet, 2) er en effekt af behandlingen, og 3) er en effekt af efterværnsbehandlingen i forhold til ovennævnte faktorer (jf. fig. 16 ).

### **Forskel fra før stabilisering til efter stabilisering**

Der ses et signifikant fald i oplevelsen af stress forbundet med økonomien fra tid1 (M=68,19 SD=28,22) til tid2 (M=57,62 SD=31,46),  $t(100)= 3,47$ ;  $p<0,05$ . Der ses et signifikant fald i oplevelsen af stress forbundet med barn/børns samvær med deres far fra tid1 (M=73,61 SD=32,23) til tid2 (M=51,98 SD=33,40),  $t(100)= 5,55$ ;  $p<0,05$ . Der ses et signifikant fald i oplevelsen af stress forbundet med fysisk sikkerhed tid1 (M=52,47 SD=32,47) til tid2 (M=32,53 SD=30,01),  $t(98)= 5,21$ ;  $p<0,05$ .

**Tabel 35** Økonomi, samvær og sikkerhed fra før stabilisering til efter

	Tid 1		Tid 2	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Økonomi (n=101)	68,76	28,22	57,62	31,46
Børns samvær med far (n=101)	73,61	32,23	51,98	33,40
Fysisk sikkerhed (n=99)	52,47	32,47	32,53	30,01

Der ses en signifikant stigning i kontrol fra tid 1 (M=6,59 SD 1,68) til tid2 (M=7,20 SD=1,67),  $t(102)= -3,26$ ;  $p<0,01$ . Der ses en signifikant forbedring

i kvindens selvværd fra tid1 (M=5,98 SD=1,52) til tid2 (M=6,41 SD=1,51),  $t(100)=-2,85$ ;  $p<0,05$ . Der ses en signifikant større grad af tillid fra tid1 (M=4,35 SD=2,05) til tid2 (M=4,83 SD=1,91),  $t(95)= - 2,79$ ;  $p<0,05$ .

**Tabel 36** Kontrol, selvværd, tillid fra før stabilisering til efter

	Tid 1		Tid 2	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Kontrol (n=103)	6,59	1,68	7,20	1,67
Selvværd (n=101)	5,98	1,52	6,41	1,51
Tillid (n=96)	4,35	2,05	4,83	1,91

Der ses en signifikant stigning i scoren på uafhængighed fra ekspartner fra tid 1 (M=10,22 SD 2,75) til tid2 (M=12,26 SD=2,92),  $t(92)= -5,96$ ;  $p<0,01$ .

**Tabel 37** Uafhængighed af partner fra før stabilisering til efter

	Tid 1		Tid 2	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Uafhængighed eksparter (n=92)	10,22	2,75	12,26	2,92

### **Opsamling: Før og efter stabiliseringsforløbet**

Fra før til efter stabiliseringsforløbet ses et signifikant fald i oplevelsen af stress forbundet med økonomi, børns samvær med partner og kvindens fysiske sikkerhed. Ligeledes stiger kvindens følelse af selvværd, kontrol og

tillid signifikant, og hun angiver en større uafhængighed fra den voldelige ekspartner.

### Forskel fra før behandling til efter behandling

Der ses et ikke-signifikant fald i oplevelsen af stress forbundet med økonomien fra tid2 (M=57,27 SD=31,92) til tid4 (M=55,30 SD=30,69),  $t(65)= 5,10$ . Der ses et signifikant fald i oplevelsen af stress forbundet med barn/børns samvær med far fra tid2 (M=57,50 SD=33,67) til tid4 (M= 46,59 SD=34,18),  $t(65)= 2,27$ ;  $p<0,05$ . Der ses et ikke-signifikant fald i oplevelsen af stress forbundet med fysisk sikkerhed fra tid2 (M=33,15 SD=29,06) til tid4 (M=27,54 SD=30,87),  $t(64)= 1,12$ .

**Tabel 38** Økonomi, samvær og sikkerhed fra før behandling til efter

	Tid 2		Tid 4	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Økonomi (n=66)	57,27	31,92	55,30	30,69
Børns samvær med far (n=66)	57,50	33,67	46,59	34,18
Fysisk sikkerhed (n=65)	33,15	29,06	27,54	30,87

Der ses en signifikant stigning i scoren på kontrol fra tid2 (M=7,08 SD 1,71) til tid4 (M=8,19 SD=1,45),  $t(66)=-5,53$ ;  $p<0,01$ . Der ses en signifikant forbedring af kvindens selvværd fra tid2 (M=6,16 SD=1,47) til tid4 (M= 7,41 SD=1,69),  $t(54)=- 4,83$ ;  $p<0,01$ . Der ses en signifikant større grad af tillid fra tid2 (M=4,61 SD=2,09) til tid4 (M= 6,13 SD=2,17),  $t(58)= - 5,25$ ,  $p<0,01$ .



**Tabel 39** Kontrol, selvværd og tillid fra før behandling til efter

	Tid 2		Tid 4	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Kontrol (n=67)	7,08	1,71	8,19	1,45
Selvværd (n=65)	6,16	1,47	7,41	1,69
Tillid (n=59)	4,61	2,09	6,13	2,17

Der ses en signifikant stigning i scoren på uafhængighed af ekspartner fra Tid 2 (M=11,86 SD 2,74) til tid 4 (M=15,67 SD=2,74),  $t(57) = -8,65$ ;  $p < 0,01$ .

**Tabel 40** Uafhængighed af partner fra før behandling til efter

	Tid 2		Tid 4	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Uafhængighed ekspartner (n= 58)	11,86	2,89	15,67	2,74

### Opsamling: Før behandling til efter behandling

Overordnet kan der ikke konstateres en signifikant reduktion af stress forbundet med økonomi og fysisk sikkerhed fra før behandling til efter. Der ses dog en signifikant forbedring af kvindens selvværd samt kontrol, og tilliden til andre mennesker stiger også signifikant. Ligeledes beskriver kvinderne en signifikant forøget uafhængighed fra den voldelige ekspartner og reduceret stress i forhold til barns/børns samvær med far.

## Forskel fra før efterværn til slut efterværn

Der ses et ikke-signifikant fald i oplevelsen af stress forbundet med økonomien fra tid4 (M=54,46 SD=28,34) til tid6 (M=51,52 SD=34,24),  $t(55)=0,60$ . Der ses et ikke-signifikant fald i oplevelsen af stress forbundet med barn/børns samvær med deres far fra tid4 (M=49,44 SD=34,72) til tid6 (M=40,35 SD=34,12),  $t(53)=1,81$ . Der ses et ikke-signifikant fald i oplevelsen af stress forbundet med fysisk sikkerhed fra tid4 (M=28,00 SD=31,99) til tid6 (M=25,35 SD=31,99),  $t(54)=0,56$ .

**Tabel 41** Økonomi, samvær og sikkerhed fra før efterværn til slut

	Tid 4		Tid 6	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Økonomi (56)	54,46	28,34	51,52	34,24
Børns samvær med far (n=54)	49,44	34,72	40,35	34,12
Fysisk sikkerhed (n=55)	28,00	31,37	25,36	31,37

Der ses en ikke-signifikant stigning i scoren på kontrol fra tid4 (M=8,25 SD=1,46) til tid6 (M=8,34 SD=1,51),  $t(54)=-0,48$ . Der ses en ikke signifikant stigning i kvindens selvværd fra tid4 (M=7,33 SD=1,71) til tid6 (M=7,48 SD=1,79),  $t(53)=-0,68$ . Der ses en ikke-signifikant stigning i scores på tillid fra tid4 (M=5,94 SD=2,07) til tid6 (M=6,12 SD=2,38),  $t(54)=-0,79$ .

**Tabel 42** Kontrol, selvværd, tillid fra før efterværn til slut

	Tid 4		Tid 6	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Kontrol (n=55)	8,25	1,46	8,34	1,51
Selvværd (n=54)	7,33	1,71	7,48	1,79
Tillid (n=54)	5,94	2,07	6,12	2,38

Der er en ikke-signifikant stigning i scoren på uafhængighed fra ekspartner fra tid 4 (M=15,53 SD 2,79) til tid 6 (M=15,88 SD=2,79),  $t(53) = -1,02$ .

**Tabel 43** Uafhængighed af partner fra før efterværn til slut

	Tid 4		Tid 6	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Uafhængighed ekspartner (n=31)	15,53	2,79	15,88	2,79

### Opsamling: Før efterværn til slut efterværn

I forhold til ovenstående faktorer synes der at være fortsat forbedring, men der opnås ikke en statistisk signifikant forandring fra før efterværn til efter efterværn.

## **Opsamling: Rådgivnings- og behandlingseffekt for kvinderne**

Overordnet viser ovenstående resultater, at kvinderne gennemsnitligt, over det samlede rådgivnings- og behandlingsforløb angiver:

- Reducering af symptomer på PTSD
- Reducering af symptomer på angst og depression
- Reducering af stress forbundet med økonomi
- Reducering af stress forbundet med barn/børns samvær med far
- Reducering af stress forbundet med egen fysisk sikkerhed
- Forbedret selvværd
- Større følelse af kontrol
- Større tillid til andre mennesker
- En større følelse af social støtte
- Større uafhængighed fra voldelig ekspartner

Det er endvidere blevet undersøgt, hvorvidt der er en statistisk signifikant forandring i ovennævnte indikatorer i forhold til de forskellige behandlingstiltag: 1) stabiliseringsforløbet, 2) behandlingsforløbet og 3) efterværnsforløbet.

### **Stabiliseringsforløbet**

Fra før til efter stabiliseringsforløbet, angiver kvinderne:

- En signifikant reducere af symptomer på PTSD
- En signifikant reducere af symptomer på angst og depression
- En signifikant større følelse af social støtte
- En signifikant reducere af stress forbundet med økonomi
- En signifikant reducere af stress forbundet med barn/børns samvær med far
- En signifikant reducere af stress forbundet med fysisk sikkerhed
- Et signifikant forbedret selvværd
- En signifikant større følelse af kontrol
- En signifikant større tillid til andre mennesker
- En signifikant større uafhængighed fra voldelig ekspartner

Disse psykiske og sociale forandringer synes at være i overensstemmelse med de mål, som Mødrehjælpen har opsat for stabiliseringsforløbet, hvor der tilstræbes en stabilisering af psykiske symptomer, sikkerhed, økonomi, boligspørgsmål, samvær og retshjælp.

### **Behandlingsforløbet**

Fra før til efter behandlingen angiver kvinderne,

- En signifikant reducere af symptomer på PTSD
- En signifikant reducere af symptomer på angst og depression
- Et signifikant større selvværd
- Signifikant mere tillid til andre
- En signifikant større følelse af kontrol
- En signifikant større uafhængighed fra voldelig ekspartner
- Signifikant mindre stress forbundet med barns samvær med far

Disse forandringer synes at være i overensstemmelse med de opsatte mål for forløbet, hvor det er ønsket, at kvinden gennem forløbet får reduceret følgevirkninger, herunder forbedring i forhold til depression, traumatisering, oplevelse af kontrol og selvværd. Endvidere er det ønsket, at kvinden genetablerer et socialt netværk og en stabilisering af økonomi og sikkerhed.

### **Efterværnsforløbet**

Fra før til efter efterværnsforløbet angiver kvinderne,

- En signifikant reducere af negative eftervirkninger efter et traume
- En signifikant reducere af symptomer på angst og depression

Fra før til efter efterværnsforløbet er der færre indikatorer, som udviser signifikante forandringer end ved de to ovenstående behandlingstiltag. Dette kan være forbundet med, at antallet af kvinder, som har indgået i disse målinger, er færre end ved de to andre forløb, hvilket påvirker den statistiske power. Dog kan dette også ses som at være i overensstemmelse med målene for efterværnsforløbet. Formålet med efterværnsforløbet er

beskrevet som at konsolidere den positive fremgang, styrke kvindens psykologiske løsrivelse fra den voldelige ekspartner og forebygge, at kvinden kommer ind i et nyt voldeligt forhold. Derved er det ikke formålet med forløbet at skabe en psykologisk forbedring, men at konsolidere den positive fremgang, som kvinderne har opnået gennem det tidligere rådgivnings- og behandlingsforløb. På baggrund af herværende datamateriale indikerer de nuværende resultater, at kvindernes psykologiske forbedring gennem projektet fastholdes gennem efterværnsforløbet og altså op til et halvt år efter afslutningen på det egentlige rådgivnings- og behandlingsforløb.

## **Børnene: Rådgivning og behandlingsindsats**

En vigtig del af projekt UVS er, at både kvinden og barn/børn er en del af projektet. Derfor bliver børn i alderen 0-12 år tilbudt at deltage i et gruppebehandlingsforløb. Formålet med forløbet er at starte bearbejdningen af voldsoplevelserne ved at bryde tabuet og sætte ord på barnets oplevelser.

Fælles for målgruppen er, at børnene har oplevet forskellige grader af psykisk belastning. Eksempler på symptomer hos børnene er:

- Angst
- Skylds- og skamfølelse
- Psykosomatiske reaktioner (såsom hovedpine og mavepine)
- Vanskeligheder ved affektregulering (i særdeleshed aggression)
- Mareridt
- Magtesløshed

Gruppeforløbet varer over 10 sessioner af 1½ til 2 timers varighed. Centralt for gruppeterapien er:

- Gruppen består af 3-6 børn
- Børnene bliver sat sammen i grupper vurderet ud fra børnenes alder og udviklingsmæssige niveau.
- Gruppesamtalerne finder sted i lokaler med adgang til tegneudstyr, legetøj og papir.
- Hvert barn har sin egen kasse til opbevaring af tegninger, breve og gaver.

Gruppeforløbet tager udgangspunkt i følgende terapeutiske teknikker indenfor den kognitive og narrative metode:

- Den narrative tilgang anvendes med det formål at give børnene støtte til at skabe en alternativ fortælling. Herved gives der nye handlemuligheder og skal fungere som en tryk base.
- Derudover tager gruppeterapien udgangspunkt i leg og eventyr. Det er antagelsen, at eventyr og fortællinger, der indeholder elementer, som kan relateres til barnets hverdag, kan være medvirkende til at skabe en bearbejdende samtale.
- Endvidere inddrages kroppen i behandlingen. En del børn udviser psykosomatiske reaktioner så som anspændthed, søvnproblemer og mavepine. Fysisk leg/dans og afspændingsøvelser anvendes som metoder til at fremme barnets psykosomatiske trivsel.

### **Indikatorer**

Til at måle en forbedring på barnets/børnenes tilstand gennem projektet er der ligeledes på forhånd blevet udarbejdet en række måleindikatorer.

Målinger er blevet foretaget ved starten af forløbet, efter behandlingsforløbet og ved slutningen af efterværnsforløbet.

***Barnets styrker og vanskeligheder*** er blevet målt med The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ i Goodman, 1997). SDQ består af 25 spørgsmål og anvendes til at screene for psykopatologi hos børn og unge i alderen 3-16 år. Skemaet dækker fire problemområder og et styrkeområde: 1) Hyperaktivitet/uopmærksomhed, fx hvor barnet har svært ved at sidde stille, 2) emotionelle problemer, fx fysiske klager og udtryk af bekymringer, 3) adfærdsproblemer, som fx temperamentsudbrud, 4) problemer i forhold til jævnaldrende, fx hvor barnet leger alene, samt 5) prosociale færdigheder, fx hvor barnet er opmærksomt på andres følelser. Spørgsmålene er konstruerede på basis af en kombination af klinisk praksis og faktoranalyse, og SDQ vurderes at have en god reliabilitet (Bourdon, Goodman, Simpson, & Koretz, 2005).



Barnets score på testen kan vurderes i forhold til et normalområde, grænseområde og unormalt område.

	<b>Normal</b>	<b>Grænseområde</b>	<b>Unormal</b>
Hyperaktivitet	0-5	6	7-10
Emotionelle problemer	0-3	4	5-10
Adfærdsproblemer	0-2	3	4-10
Problemer med jævnaldrende	0-2	3	4-10
Prosocial adfærdsscore	6-10	5	0-4
Total vanskelighedsscore	0-13	14-16	17-40

**Mors forhold til barnet** er vurderet ud fra seks spørgsmål udarbejdet til formålet. Spørgsmålene forsøger at måle mors oplevelse af, hvordan hun forstår sit barn og kan tale med barnet om volden og den voldelige far. Spørgsmålene er ikke en valideret skala, men en reliabilitetsanalyse viser, at spørgsmålene anvendt som en samlet skala udviser en acceptabel reliabilitet ( $\alpha=6.60$ ).

### **Barnets styrker og svagheder**

Som det fremgår af tabel 44 er børnenes score på følelsesproblemer i starten af forløbet i det unormale område (5-10), mens det ved afslutningen af forløbet er faldet til normalområdet (0-3). Børnenes adfærdsmæssige problemer falder også gennem forløbet men den gennemsnitslige score befinder sig hele tiden indenfor normalområdet (0-2). Børnenes score på hyperaktivitet er ved startforløbet inden for normalområdet, og det er også tilfældet ved afslutningen af forløbet (0-5). Børnenes score på problemer med jævnaldrene er ved starten af forløbet unormalt (4-10), og selvom den gennemsnitslige score falder gennem forløbet, indikerer scoren ved afslutning, at barnet stadig oplever problemer i forhold til jævnaldrende.

Børnenes score på prosocial adfærd er indenfor normalområdet både ved start og afslutning af forløbet (6-10). Den totale vanskelighedsscore er ved starten af forløbet unormal (0-13), men falder gennem forløbet til grænseområdet (14-16).

**Tabel 44** SDQ scores

	Tid 1		Tid 2		Tid 4	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Emotionelle/følelses problemer	5,14	2,32	3,18	2,18	3,63	2,85
	n=34		n=33		n=33	
Adfærdsproblemer	2,91	1,40	2,57	1,29	2,43	1,26
	n=34		n=33		n=32	
Hyperaktivitet	4,70	1,58	4,11	1,57	4,48	1,30
	n=34		n=34		n=1,30	
Problemer i forhold til jævnaldrende	4,64	1,27	4,29	1,21	4,15	1,13
	n=43		n=34		n=32	
Prosocial adfærd	8,05	1,73	8,47	1,72	8,15	3,78
	n=34		n=34		n=33	
Totale vanskeligheder	17,41	4,11	14,25	3,85	14,29	3,78
	n=4,11		n=32		n=31	

## Mors relation til barnet

Som det fremgår af tabel 45 stiger scoren på mor og barn relation, hvilket indikerer, at mor og barn opnår en bedre relation gennem forløbet målt i forhold til parametrene, hvor meget barn og mor snakker om volden, i hvor høj grad mor forstår barnet og mors støtte til barnet

**Tabel 45** Mors relation til barnet

	Tid 1		Tid 2		Tid 4	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Mor/barn relation	22,11	3,17	24,46	2,97	25,92	3,34
	n=26		n=28		n=28	

Statistiske analyser viser, at scoren stiger signifikant både fra før behandling (M=22,11 SD 3,17) til efter behandling (M=24,46 SD 3,06),  $t(25)=-3,35$ ,  $p<0,01$  og fra efter behandling (M=24,50 SD 3,07) til slutningen af efterværnsforløbet (M= 25,76 SD 3,42),  $t(25)=-2,10$ ,  $p<0,05$ .

## Opsamling: Børnenes behandling og behandlingseffekt

Ovenstående resultater indikerer, at mor og barn opnår en signifikant bedre relation til hinanden gennem børnenes behandlingsforløb, målt i forhold til mors opfattelse af at kunne give barnet mere støtte og forståelse. Desuden viser resultaterne, at mange af børnene i projekt UVS har følelsesmæssige problemer, som forbedres gennem behandlingsforløbet. Ligeledes kendetegner herværende børnegruppe sig ved at have flere vanskeligheder sammenlignet med normen. Gennem behandlingsforløbet falder graden af barnets vanskeligheder til grænseområdet mellem normalt og unormalt. Børnene synes dog også at have kammeratlige problemer, og resultaterne viser ikke, at barnets opnår færre problemer med jævnaldrende gennem forløbet.

## **Metodiske styrker og svagheder ved den kvantitative undersøgelse**

Resultaterne af den kvantitative undersøgelse af kvinderne og børnene må ses i lyset af en række metodiske styrker og svagheder ved dataindsamlingen. I forhold til kvindernes mål på PTSD, angst, depression og social støtte, så er disse oplysninger blevet evalueret ved brug af validerede og anerkendte psykologiske tests, hvilket understøtter pålideligheden af de fundne resultater. Stress i forhold til økonomi, sikkerhed og børns samvær med far, selvværd, følelse af kontrol og en større løsrivelse fra den voldelige ekspartner må vurderes med forbehold for, at disse indikatorer er vurderet ud fra selvudviklede spørgsmål, som ikke er validerede psykologiske tests. Derudover falder en del kvinder fra gennem projektet, hvorfor undersøgelsens resultater ikke nødvendigvis er repræsentative for den samlede gruppe af kvinder.

Barnets styrker og svagheder er målt med en anerkendt og valideret psykologisk test, hvilket styrker resultaternes pålidelighed. Mors relation til barnet er vurderet ud fra selvavede spørgsmål, men en reliabilitetsanalyse indikerer en acceptabel reliabilitet for den samlede skala. Imidlertid er antallet af deltagende børn i undersøgelsen lavt, hvilket påvirker den statistiske power og muligheden for at finde signifikante forandringer i de målte faktorer.

## **Kvindernes oplevelse af volden og projekt UVS**

På baggrund af 18 kvalitative interviews er det desuden blevet undersøgt, hvorledes de deltagende kvinder oplever at være voldsramte samt deres erfaringer med behandlingen i projekt 'UVS'. 22 kvinder, der hhv. er steget mest eller fastholdt i graden af deres PTSD, samt de kvinder, der er faldet mest i graden af PTSD er blevet udvalgt. Af de 22 adspurgte kvinder har to kvinder sagt fra pga. manglende overskud til at tale om deres situation, og to deltagere er faldet fra af ukendte årsager, umiddelbart inden interviewet fandt sted. Den endelige interviewgruppe er derved endt med at bestå af 18 voldsramte kvinder. Alle 18 interview har fundet sted i Mødrehjælpens lokaler i hhv. Aarhus og København i perioden 7/10 2011 – 22/11 2011. Alle interview er blevet foretaget af de to psykologistuderende.

### **Voldens karakter**

På baggrund af de kvalitative interviews fremgår det, at mange af kvinderne fortæller, at de har været udsat for psykisk vold, og at den psykiske vold indebærer mindst lige så omfattende konsekvenser for den voldsramte kvinde som fysisk vold. Et yderligere fund er, at seksuel vold er hyppigt forekommende hos målgruppen.

*(”Jeg ville hellere have haft så mange tæsk”, citat fra kvinde)*

Næsten alle de voldsramte kvinder oplever psykisk vold som den mest invaliderende voldstype. Samtidigt er det den type vold, som kvinderne oplever, at de får mindst anerkendelse for fra omverdenen. Den manglende anerkendelse kommer bl.a. til udtryk ved, at det ofte kun er muligt at bevise den fysiske vold, som kvinderne har oplevet. I og med, at den psykiske og den seksuelle vold ofte ikke kan bevises, oplever kvinderne at have begrænsede muligheder for fx at modtage erstatning og behandling, hvilket fysisk voldsramte kvinder i højere grad har mulighed for. Ifølge kvindernes udsagn er der således en uoverensstemmelse mellem deres oplevelser af

psykisk vold og omverdenens opfattelse af psykisk vold. Denne uoverensstemmelse indebærer en underkendelse af kvindernes oplevelser af den psykiske vold, hvilket kan være medvirkende i at fastholde kvinderne i deres skamfølelse.

*(’De sagde: ”Er det ikke også fordi, du ikke har været sød ved ham” og man tænker om sig selv; er du en oversensitiv hysterisk kvinde med problemer og også er sådan... er lidt svag. Og sådan har jeg det da stadigvæk’, citat kvinde)*

I projekt UVS søger man at gøre op med stigmatiseringen af de voldsramte kvinder, og behandlerne er i høj grad opmærksomme på at anerkende alvoren af kvindernes oplevelser.

## **Seksuel vold**

Da kvinderne udfyldte spørgeskemaer ved behandlingsstart i projektet, tilkendegav fem af kvinderne, at de havde oplevet seksuel vold. Adspurgt om voldens karakter i interviewet tilkendegav 11 kvinder, der blev spurgt om dette, at de havde været udsat for seksuel vold. Denne uoverensstemmelse kan skyldes, at seksuel vold er et tabuiseret emne, og at kvinderne måske føler sig for skamfyldte til at angive, at de har været udsat for seksuel vold. En anden mulig årsag er, at kvinderne har brugt sex som konfliktløsning, selvom de ikke har haft lyst til sex. Der forelå ikke nødvendigvis en eksplicit trussel om, hvad der ville ske, hvis kvinden sagde nej, men kvinderne turde evt. ikke sige nej af frygt for at gøre manden vred. Kvinderne kan således have følt sig presset eller implicit truet til sex, uden at de vidste, om det kunne opfattes som seksuel vold. Efter endt behandling kan kvinderne have fået lettere ved at tale om seksuel vold i interviewene og være blevet klar over, at de havde været udsat for seksuel vold.

Når forekomsten af seksuel vold tages i betragtning, har dette tema ikke haft meget fokus i behandlingen. Da seksuel vold ofte er tabubelagt, og da flere kvinder i dette studie har udtrykt behov for, at emnet i højere grad blev taget op i behandling, vurderes det vigtigt, at behandling i fremtiden retter fokus mod området.

### **Negativt selvbillede**

Resultaterne viser også, at de voldsramte kvinders selvbillede er negativt, når de har været i det voldelige forhold. Derudover viser det sig, at en del af kvinderne stadig har et negativt selvbillede lang tid efter, at de har afsluttet det voldelige forhold. Identificerede negative følelser er selvbebrejdelse, skyld og skam.

*(”Jeg blev en skygge af mig selv”, citat kvinde)*

En del kvinder beskriver spontant, at de i høj grad stadig lider under at have et negativt selvbillede lang tid efter bruddet med manden og efter afslutningen af behandlingen. Disse resultater indikerer, at det kan være en langvarig proces at komme sig efter at have oplevet vold i parforholdet.

### **Frygt og angst**

Frygt og angst er de følelser, flest kvinder har oplevet i det voldelige forhold, idet 17 ud af 18 kvinder beretter at have oplevet frygt og angst. Angsten kommer til udtryk i kvindernes udsagn på forskellige måder: Som symptomer på generaliseret angst, fx med tanker omkring, hvad der skulle ske for dem og deres børn i fremtiden, som fysiske symptomer, som fx hjertebanken, åndenød og ondt i maven samt i deres beskrivelser af panikangst. Frygten kommer til udtryk i kvindernes beskrivelser af de specifikke situationer, de har frygtet, fx når en ekspartner er mødt op og har truet en af kvinderne med at slå hende ihjel, samt i andre situationer som kvinderne og deres børn har oplevet.

*(’Når det lykkedes mig at lægge mig til at hvile mig, det skete jo først efter jeg havde haft angstanfald og panikanfald, jamen så havde jeg jo mareridt, og det var mareridt omkring, at han slog mine børn ihjel, og han slog mig ihjel, øhh, jamen bare alt det mest ondsksfulde man overhovedet kunne forestille sig, der var. Mine tanker fløj simpelthen bare derud af og øhh, jeg var simpelthen så bange for... han fik mig overbevist om, at jeg var en dårlig mor.’ citat kvinde)*

Som det fremgår af den kvantitative databehandling, ses en reducereing af angstsymptomerne gennem rådgivnings- og behandlingsforløbet. På trods af at niveauerne af angst synes at falde, viser den kvalitative undersøgelse dog, at en del kvinder oplever angst og frygt i deres hverdag efter behandlingsforløbets afslutning, lang tid efter bruddet med deres voldelige partner. Frygt og angst er således vilkår, kvinderne ofte må leve under grundet den fortsatte kontakt til faren pga. deres fælles børn.

## **Kvindernes oplevelse af projekt UVS**

*(’Jeg havde ikke klaret det uden det herinde (Mødrehjælpen). Det havde jeg ikke”, citat kvinde)*

Alle de interviewede kvinder svarer, at de overvejende har haft en positiv oplevelse af projektet, og mange kvinder udtrykker stor taknemmelighed overfor Mødrehjælpen. Særligt giver kvinderne udtryk for, at da de først var kommet sig over den grænseoverskridende oplevelse, det var at åbne sig op overfor fremmede mennesker, var de yderst tilfredse med den anerkendelse af deres oplevelser, de mødte i gruppeterapien. Mange af kvinderne har også en følelse af samhørighed med de andre voldsramte kvinder, de har været i gruppeterapi med. Dette har haft den positive effekt at bryde med den ensomhed, de ofte har følt. At projektet har været helhedsorienteret, er ligeledes noget, mange kvinder udtrykker tilfredshed med, og flere af



kvinderne har foruden gruppeterapi også modtaget juridisk rådgivning, økonomisk bistand og samtaler med forskellige relevante fagfolk.

Nogle af de mere problematiske aspekter ved rådgivnings og behandlingsforløbet er, ifølge nogle kvinder, at gruppeterapien har været for kortvarig til, at de følte, at behandlingen kom i dybden. De kvinder, der har været i langvarige voldelige forhold, eller hvor volden har været massiv, føler, at deres problemer har grebet for omfattende ind i deres personlighed til at gruppebehandlingen har været tilstrækkelig. Nogle af de kvinder, der har været udsat for seksuel vold, savner, at dette tema har større fokus i rådgivningen og behandlingen. De kvinder, der savner et større fokus på seksuel vold i behandlingen, har følgende forslag til, hvordan der kunne sættes mere fokus på seksuel vold fremover: Mere information om hvad seksuel vold er, både i de individuelle samtaler og i gruppesessionerne, og mere taletid og åbenhed om seksuel vold i grupperne. Herunder har to kvinder savnet mere information om, hvordan man kommer videre i et nyt parforhold, når man har været udsat for seksuel vold i sit tidligere parforhold.

For flere kvinder har afslutningen på projektet været et hårdt følelsesmæssigt slag.

*(‘Det er som om, det er en navlestreng der bare kører rundt, der bliver ført rundt mellem mor og barn og det hele, og så lige pludselig skal den lige klippes over, og det er altså en stor navlestreng at klippe over (...) Jeg tror nok, jeg følte lidt en sorg i, at vi ikke kunne mødes herinde, fordi jeg havde ikke L.O. længere og jeg havde ikke D.E. længere. Jeg synes, det var for tidligt at give slip (...) Jeg kunne godt have tænkt mig, at der havde været noget mere tid.’, citat kvinde)*

Andre kvinder, der efter projektet, fortsat har været udsat for eksmandens psykiske vold i form af chikane og trusler, oplever stadig at have behov for hjælp. For nogle af disse kvinder følte det således som et stort tab at

afslutte behandlingen og kontakten til det sted, hvor mange for første gang åbnede op om deres voldelige parforhold.

### **Opsamling: Kvindernes oplevelse af volden og projekt UVS**

Kvinderne har generelt udtrykt en stor tilfredshed med projekt UVS, hvor kvinderne har fået mulighed for at tale ud om deres oplevelser, opnå en anerkendelse fra deres omgivelser og følelse af samhørighed med andre. Kvinderne finder det desuden positivt, at behandlingen er helhedsorienteret. Ud fra de kvalitative interviews fremgår det også, at én type vold sjældent forekommer alene, og at psykisk vold oplevedes som den værste form for vold. Herudover viser det sig, at kvinderne oplever det problematisk, at psykisk vold ikke anerkendes af kvindernes sociale netværk og samfundet generelt. Den høje forekomst af seksuel vold taget i betragtning er det problematisk, at seksuel vold ikke i højere grad er blevet taget op under forløbet. Forslag til optimering af rådgivning og behandlingsforløbet er at bekræfte kvinderne i deres oplevelse af seksuelle overgreb for derved at undgå at forstærke tabuisering. Et negativt selvbillede, skyld, skam, frygt og angst er dominerende følelser for kvinderne, når de beskriver, hvordan de har haft det i parforholdet. Det ses desuden, at kvinderne i høj grad fortsat er påvirket af et negativt selvbillede, frygt og angst i tiden efter, at behandlingen er afsluttet, men disse resultater understreger, at følgevirkninger efter voldsoplevelserne er langvarige, og mere langsigtede behandlingstiltag er efterspurgt.

## **Sammenfatning af rapporten**

Denne rapport udgør en evaluering af projekt UVS og det indsamlede datamateriale, som Mødrehjælpen i Århus og København løbende har foretaget gennem projektet.

### **Evalueringens resultater**

Oplysninger på kvinderne i den kvantitative del såvel som den kvalitative del indikerer, at kvinderne er tilfredse med rådgivnings- og behandlingsforløbet og har haft et positivt udbytte af projektet. Derved synes kvinderne generelt at opnå et positivt udbytte af behandlingen, hvor psykiske følgevirkninger reduceres, og kvinderne opnår en større kontrol over deres liv. De positive effekter synes desuden at være fastholdt op til et halvt år efter afsluttet behandling.

### **Resultater af den kvantitative undersøgelse**

Kvinderne, som henvender sig til projektet, er oftest i alderen 31-45 år og enlige. Selvom en del kvinder forsørger sig selv via offentlige ydelser, er størstedelen af kvinderne i arbejde eller under uddannelse.

Uddannelsesmæssigt deler gruppen sig mellem kvinder, som har en mellemlang uddannelse eller en erhvervsuddannelse, og kvinder som ikke har en uddannelse. Problemer med vold og bekymringer for børn samt forældrerolle er de hyppigst angivne årsager til, at kvinden henvender sig til projektet. Hyppigste voldsoplevelser er psykisk vold og fysisk vold. Dog er mange kvinder i tvivl om, hvorvidt de har været udsat for seksuel vold. Seksuel vold kunne derfor være et fremtidigt tema i forbindelse med rådgivningen og behandlingen af voldsramte kvinder. Kvinderne har oftest levet i det voldsprægede forhold i 3-10 år og oplevet volden dagligt eller ugentligt.

De hyppigste kontaktsteder, hvor kvinderne henvender sig i forbindelse med volden, er socialforvaltning, egen læge, politi og sagsbehandler. Kvinderne

synes især at vurdere, at skadestue og sagsbehandler i for ringe grad forsøger at rådgive i forhold til volden. På baggrund af omfanget og varigheden af den vold, som kvinderne rapporterer, taget i betragtning, vurderes det, at de kontaktsteder, som kvinderne henvender sig til med volden, må være bedre til at rådgive voldsramte kvinder i fremtiden. Der mangler dog oplysninger på flere kvinder, og disse data er derfor ikke nødvendigvis repræsentative for den samlede gruppe af kvinder, som henvender sig til projekt UVS.

Samlet set viser de bearbejdede resultater i den kvantitative del af rådgivningen og behandlingen, at indsatsen har en reducerende virkning på symptomer på PTSD, angst og depression. Ligeledes synes kvinderne at opnå en større følelse af social støtte gennem forløbet. Ud fra en række selvudviklede spørgsmål viser resultaterne også, at kvinderne oplever mindre stress i forhold til økonomi, sikkerhed og børns samvær med far. De opnår et forbedret selvværd, følelse af kontrol og en større løsrivelse fra den voldelige ekspartner.

Da andre undersøgelser har vist, at vold går i arv gennem generationer (Christensen, 2010; Dialog mod vold), vurderes behandling af børnene at være en vigtig del i det fremtidige rådgivnings- og behandlingstilbud. I forhold til de deltagende børn i projekt UVS indikerer resultaterne, at mor og barn opnår en signifikant bedre relation til hinanden gennem børnenes rådgivnings- og behandlingsforløb. Desuden viser resultaterne, at mange af børnene i projekt UVS har følelsesmæssige problemer, som forbedres gennem forløbet. Ligeledes falder graden af barnets totale vanskeligheder fra at være unormalt høje til grænseområdet mellem normalt og unormalt. Børnene synes dog også at have en del kammeratlige problemer, og resultaterne viser ikke, at barnets opnår færre problemer med jævnaldrende gennem forløbet. Kammeratlige problemer kunne måske have større fokus i den fremtidige indsats.

Resultaterne af den kvantitative undersøgelse må tolkes i lyset af de metodiske styrker og svagheder af undersøgelsen beskrevet på side 64.

## **Resultater af den kvalitative undersøgelse**

Generelt udtrykker kvinderne en stor tilfredshed og gavn af rådgivnings- og behandlingsforløbet, hvor de oplever at blive hørt og forstået af behandlerne og de andre kvinder. At behandlingen er helhedsorienteret, er ligeledes noget, mange kvinder udtrykker tilfredshed med, og flere af kvinderne har foruden gruppeterapi også modtaget juridisk rådgivning, økonomisk bistand og samtaler med forskellige relevante fagfolk.

Ud fra de kvalitative interviews af voldsramte kvinders oplevelser af vold i parforholdet fremgår det, at én type vold sjældent forekommer alene, og at psykisk vold oplevedes som den værste form for vold. Dette er i overensstemmelse med specifikke oplysninger om volden, som ligeledes viste, at langt de fleste kvinder oplever psykisk vold. Herudover viser det sig, at kvinderne oplever det problematisk, at psykisk vold ikke anerkendes af kvindernes sociale netværk og samfundet generelt. Det vurderes derfor at være væsentligt, at en central del af projekt UVS er at arbejde med stigmatisering af kvinder udsat for vold.

Resultaterne viser desuden, at seksuel vold er et emne hos mange kvinder, og at en del kvinder er i tvivl om, hvorvidt de har oplevet seksuel vold. Derfor kunne et forslag til optimering af forløbet være at inddrage seksuel vold mere og evt. bekræfte kvinderne i deres oplevelse af seksuelle overgreb. Resultaterne af den kvalitative del viser desuden, at selvom de kvantitative data viser en reducere af følgevirkninger under forløbet, så oplever mange kvinder, at de fortsat er påvirkede af et negativt selvbillede, frygt og angst i tiden efter, at behandlingen er afsluttet. Disse resultater understreger, at følgevirkninger efter voldsoplevelserne er langvarige.

## Referencer

- Bach, M. E. (2003). En empirisk belysning og analyse af 'Emotional Numbing' som eventuel selvstændig faktor i PTSD [An empirical analysis of lighting and Emotional numbing as possible selvstandig factor in PTSD]. *Psykologisk Studieskriftserie*, 6(1), 1–199.
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33). *Journal of Interpersonal Violence*, 4(2), 151-163. doi: 10.1177/088626089004002002
- Bourdon, K.H., Goodman, R., Rae, D.S., Simpson, G., & Koretz, D.S. (2005) The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties. *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 44, 557-564.
- Christensen, E. (2010). Alkoholproblemer og partnervold. Det nationale forskningscenter for velfærd. Hentet fra: [http://www.lokk.dk/\\_files/Dokumenter/rapporterogpublikationer/voldinrelationer/alkoholproblemer\\_og\\_partnervold.pdf](http://www.lokk.dk/_files/Dokumenter/rapporterogpublikationer/voldinrelationer/alkoholproblemer_og_partnervold.pdf)
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1-15.
- Enander, V. (2010). "A Fool to Keep Staying": Battered women labeling themselves stupid as an expression of gendered shame. *Violence Against Women*, 16:1, 5-31.
- Gleason, W., J. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study, *Violence and Victims*, 8:1, 53-68.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14:2, 99-132.

- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 581-6.
- Haj-Yahia, M. & Cohen, H. C. (2008). On the lived experience of battered women residing in shelters. *Journal of Family Violence*, 24, 95-109.
- Herman, J. (1995). *I voldens kølvand*: Hans Reitzel.
- Helweg-Larsen, K. & Frederiksen, M.L. (2007). Mænds vold mod kvinder. Omfang-karakter og indsats mod vold - 2007. Minister for ligestilling og Statens Institut for Folkesundhed.
- Hydén, M. (2005). "I must have been an idiot to let it go on": Agency and positioning in battered women's narratives of leaving. *Feminism & Psychology*, 15:2, 169-188.
- Jones, L., Hughes, M. & Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence & Abuse*, 2:2, 99-119.
- Joseph, S., Andrews, B., Williams, R. & Yule, W. (1992). Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter Cruise Ship Disaster. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 63-73.
- Krog, T., & Duel, M. (2003). Traume symptom checkliste (TSC): en validering og revidering/ Tina Krog og Mette Duel. *Psykologisk Studie Skriftserie*, 6, 1-164.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A. & Tremayna, K. J. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:1, 3-18.

- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*(2), 111-116.
- Nettelbladt, P., Hansson, L., Stefansson, C. G., Borgquist, L., & Nordström, G. (1993). Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28*(3), 130-133.
- Ramsay J., Carter Y., Davidson L., Dunne D., Eldridge S., Feder G., Hegarty K., Rivas C., Taft A., Warburton A. (2009). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Campbell Systematic Reviews, 5*.
- Reed, G. L. & Enright, R. D. (2006). The Effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*:5, 920-929.
- Rose, L., Alhusen, J., Bhandari, S., Soeken, K., Marcantonio, K., Bullock, L. & Sharps, P. (2010). Impact of intimate partner violence on pregnant women's mental health: Mental distress and mental strength. *Issues in Mental Health Nursing, 31*, 103-111.
- Short, L. M., McMahon, P. M., Chervin, D. D., Shelley, G. A., Lezin, N., Sloop, K. S. & Dawkins, N. (2000). Survivors' identification of protective factors and early warning signs for intimate partner violence. *Violence Against Women, 6*:3, 272-285.



Volsing, M., Johannesson, L., Andersen, S., Helweg-Larsen, K. & Madsen, K.S. (2011). Vold gør sårbar. Skadestuers møde med voldsudsatte kvinder. Statens Institut for Folkesundhed, hentet fra: [http://www.sifolkesundhed.dk/upload/vold\\_g%C3%B8r\\_s%C3%A5rbar.pdf](http://www.sifolkesundhed.dk/upload/vold_g%C3%B8r_s%C3%A5rbar.pdf)

Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims*, 16:1, 65-78.

ISBN 978-87-92646-35-4	87-92646-35-2	EAN 9788792646354
------------------------	---------------	-------------------