

# UD AF VOLDENS SKYGGE II

Evaluering af rådgivning- og behandlingseffekt



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

Copyright© Ask Elklit

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

Forfattere: Sara Bek Eriksen, Nina Bech  
Hansen & Ask Elklit

Udgivelsesår 2014

ISBN: 978-87-93192-25-6  
EAN: 9788793192256

# UD AF VOLDENS SKYGGE II

Evaluering af rådgivning og behandlingseffekt

Sara Bek Eriksen, Nina Beck Hansen & Ask Elklit



---

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

## Indhold

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Indledning</b> .....                                  | <b>6</b>  |
| <b>Projekt 'Ud af Voldens Skygge'</b> .....              | <b>7</b>  |
| <b>Formål med rapport</b> .....                          | <b>8</b>  |
| <b>Demografiske oplysninger</b> .....                    | <b>10</b> |
| Aldersfordeling .....                                    | 10        |
| Civilstand.....  | 11        |
| Indvandret .....   | 11        |
| Forsørgelsesgrundlag.....                                | 12        |
| Uddannelse.....  | 13        |
| Henviser .....   | 13        |
| Voldsform .....  | 15        |
| Voldens varighed .....                                   | 15        |
| Voldsfrekvens .....                                      | 16        |
| Sygemelding.....   | 17        |
| Hvor søger kvinderne hjælp?.....                         | 18        |
| Afslutningsårsag.....                                    | 18        |
| Opsamling på demografiske og specifikke oplysninger..... | 19        |
| <b>Rådgivning og behandlingsindsats i UVS II</b> .....   | <b>21</b> |
| Screening af kvinder .....                               | 21        |
| Stabiliserings- og sikkerhedsfasen .....                 | 22        |
| Bearbejdning af traumatiske oplevelser.....              | 23        |
| Individuel terapi.....                                   | 23        |
| Gruppebehandling .....                                   | 24        |
| Efterværn .....  | 25        |
| Evaluerings af effekten af UVS II .....                  | 27        |
| Målepunkter og indikatorer .....                         | 27        |
| Rådgivnings- og behandlingseffekt kvinder.....           | 31        |
| PTSD-symptomer .....                                     | 32        |
| Negativ affektivitet, somatisering og dissociation ..... | 34        |
| Angst og depression .....                                | 36        |
| Selvværd .....   | 37        |

|   |           |
|---|-----------|
| Social støtte .....   | 39        |
| Psykologisk stress og bekymring .....   | 40        |
| Uafhængighed af voldelige ekspartner .....  | 41        |
| Opsamling .....   | 41        |
| Effekten af UVS-forløbets enkelte faser .....   | 42        |
| Forskel i psykologiske symptomer, stress og bekymring - før stabilisering til efter stabilisering ..... | 43        |
| PTSD .....  | 43        |
| Negativ affektivitet, somatisering og dissociation .....  | 44        |
| Angst og depression .....   | 45        |
| Selvværd .....  | 46        |
| Social støtte .....   | 46        |
| Psykologisk bekymring og stress .....   | 47        |
| Uafhængighed af voldelig ekspartner .....   | 48        |
| Opsamling .....   | 49        |
| Forskel i psykologiske symptomer, stress og bekymring - før behandling til efter behandling .....       | 49        |
| PTSD .....  | 49        |
| Negativ affektivitet, somatisering og dissociation .....  | 50        |
| Angst og depression .....   | 51        |
| Selvværd .....  | 52        |
| Social støtte .....   | 52        |
| Psykologisk bekymring og stress .....   | 53        |
| Uafhængighed af voldelig ekspartner .....   | 54        |
| Opsamling .....   | 55        |
| Forskel i psykologiske symptomer, stress og bekymring - før efterværn til slut efterværn .....          | 55        |
| PTSD .....  | 55        |
| Negativ affektivitet, somatisering og dissociation .....  | 56        |
| Angst og depression .....   | 57        |
| Selvværd .....  | 58        |
| Social støtte .....   | 58        |
| Psykologisk bekymring og stress .....   | 59        |
| Uafhængighed af voldelig ekspartner .....   | 60        |
| Opsamling .....   | 60        |
| <b>Opsamling: Rådgivnings- og behandlingseffekt for kvinderne.....</b>                                  | <b>62</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Risikofaktorer .....</b>   | <b>65</b> |
| <b>Børnene: Rådgivning og behandlingsindsats .....</b>                        | <b>67</b> |
| Indikatorer .....   | 68        |
| Barnets styrker og svagheder .....  | 69        |
| Opsamling og diskussion.....  | 70        |
| <b>Metodiske styrker og svagheder ved den kvantitative undersøgelse .....</b> | <b>72</b> |
| <b>Sammenligning af UVS I og UVS II.....</b>                                  | <b>73</b> |
| Demografi .....   | 73        |
| Behandlingseffekt.....  | 74        |
| Stabiliseringsfasen .....   | 77        |
| Behandlingsfasen.....   | 78        |
| Efterværnsfasen.....  | 79        |
| Opsamling .....   | 79        |
| <b>Sammenfatning af rapporten .....</b>                                       | <b>82</b> |
| <b>Referencer.....</b>  | <b>86</b> |

## Indledning

Interpersonel vold (IPV) er stort problem på verdensplan såvel som i Danmark.

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. Forekomsten af IPV stiger desuden markant, når psykisk vold, trusler og finansiel vold medregnes (Ramsay, Carter, Davidson, Dunne, Eldridge et al., 2009).

Beregninger viser også, at der i Danmark er 29.000 kvinder i alderen 16-74 år, som hvert år udsættes for fysisk partnervold, og at ét barn i hver skoleklasse i Danmark hvert år er vidne til vold i familien eller bliver slået selv (Helweg-Larsen, 2012). De, der slår, har som regel ikke deres voldelige adfærd fra fremmede. Undersøgelser viser, at størstedelen (70-80 %) af de mænd som slår, også selv er blevet slået som børn (Christensen, 2010). Disse tal identificerer behovet for tidlige præventive indsatser i forhold til IPV-eksponerede børn både i relation til at sikre deres trivsel men også afværge, at de vil fortsætte det voldelige mønster som voksne.

IPV kan have alvorlige konsekvenser for ofrets fysiske og psykiske helbred (Díez et al., 2009). Forskning viser, 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). Det er ligeledes påvist, at voldsramte kvinder ofte har et mindre socialt netværk end andre kvinder, og at dette netværk i mindre udstrækning giver den voldsramte kvinde den ønskede støtte (Katerndahl, Burge, Ferrer, Becho & Wood, 2013).

Følelser af skyld og skam rapporteres også af voldsramte kvinder (Kubany et al., 2004; Street & Arias, 2001), ligesom frygt (Haj-Yahia & Cohen, 2008; Hydén,

2005), vrede (Reed & Enright, 2006) og selvbebrejdelse ofte er forbundet med IPV (Enander, 2010).

## **Projekt 'Ud af Voldens Skygge'**

Mødrehjælpen startede i 2009 projekt 'Ud af Voldens Skygge' (UVS) med henblik på at styrke indsatsen og forbedre ambulante behandlingstilbud til voldsramte kvinder. 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 tilbydes den enkelte voldsramte kvinde at starte i UVS.. UVS II er bygget op omkring 3 faser, hvor brugere enten kan deltage i det korte forløb (fase 1), som omfatter rådgivning og stabilisering eller det lange forløb (fase 1, 2 og 3), som udover rådgivning og stabilisering omfatter behandling samt efterværn. Hvorvidt brugeren også deltager i fase 2 og 3 besluttet af rådgiveren og den enkelte kvinde ud fra en faglig vurdering af, hvorvidt brugeren har et behov for at deltage i det lange forløb. I behandlingsforløbet tilbydes kvinden at deltage i gruppesamtaler eller individuelle samtaler, hvis gruppeterapi ikke vurderes som egnet for kvinden. I efterværnsforløbet tilbydes kvinden gruppesamtaler eller individuelle samtaler. Sideløbende med kvindens forløb tilbydes hendes børn i at deltage i gruppeforløb i både behandlings- og efterværnsfasen.*

Børn i alderen 4-12 år er den primære målgruppe, men børn over 12 år udelukkes ikke fra gruppeforløbene, hvis forløbet vurderes relevant for barnet.



## Formål med rapport

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 via en række rådgivnings- og behandlingsmæssige tiltag kan hjælpe de voldsramte 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. Mødrehjælpen udgav i 2012 rapporten "Ud af Voldens Skygge – Evaluering af Rådgivning og Behandlingseffekt" i samarbejde med Videnscenter for Psykotraumatologi på Syddansk Universitet. I denne rapport blev der gjort rede for den foreløbige behandlingseffekt af UVS I-projektet, der viste gode resultater med målgruppen. På baggrund af resultaterne fra den første rapport er der sidenhen blevet udgivet en engelsksproget artikel, der gør rede for UVS-programmet og dets foreløbige succes i forhold til at reducere negative følger virkninger af vold blandt udsatte kvinder (Hansen, Eriksen & Elklit, 2014).

*Mødrehjælpen har videreført hjælpen til de voldsramte kvinder og deres børn i form af en ny version af UVS-programmet, det såkaldte UVS II. Der er foretaget flere ændringer i rådgivningen og behandlingen mellem UVS I og UVS II, og således kan man ikke umiddelbart sammenligne effekterne af de to programmer. I nærværende rapport gøres der rede for effekten af rådgivningen og behandlingen i UVS II.* Denne rapport er udarbejdet inden afslutningen af den 3-års periode, hvor UVS II fandt sted, og rapportens konklusioner afspejler således de data om kvinderne og børnene, som var indsamlet på det tidspunkt i UVS II, hvor rapporten blev udarbejdet.

Fremgangsmåden ligner overordnet set skabelonen fra den første rapport, idet der først vil blive gjort rede for deltagernes demografiske data samt specifikke oplysninger omkring voldens karakter og kontakt med andre hjælpeinstanser. Herefter følger en rapportering af indholdet af UVS-programmet og de metodiske overvejelser, der knytter sig til nærværende evalueringsundersøgelse. Endelig vil der blive gjort rede for effekten af behandlingsprogrammet i forhold til forskellige psykologiske symptommål, og denne vil blive sammenlignet med resultaterne fra den første evalueringsrapport. Der vil ligeledes indgå et afsnit om risikofaktorer for udviklingen af Posttraumatisk Stress Forstyrrelse (PTSD). Rapporten vil også indeholde en redegørelse for børnenes deltagelse i UVS-projektet samt udviklingen i deres vanskeligheder over tid.

## Kvinderne i UVS II

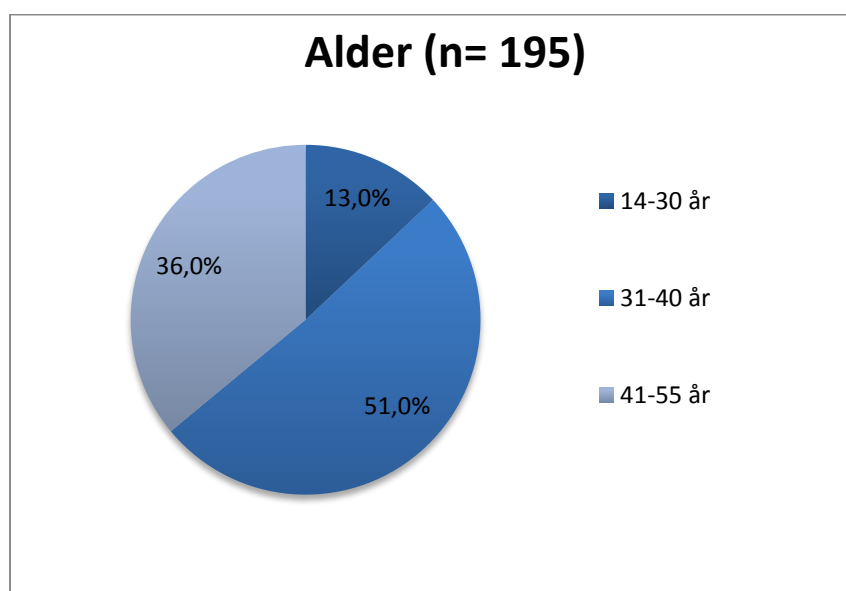
### Demografiske oplysninger

Mødrehjælpen har registreret en række demografiske oplysninger på de kvinder, som har henvendt sig til projekt UVS. I alt er der registreret oplysninger på 215 henvendelser til Mødrehjælpen i København og Århus. Heraf har 59 % af kvinderne henvendt sig til Mødrehjælpen i Århus, mens 41 % af henvendelserne er sket hos Mødrehjælpen i København.

### Aldersfordeling

Gennemsnitsalderen for de henviste kvinder er 38,04 år ( $n=196$ ;  $SD=7,64$ ). Den yngste deltager er 21 år og den ældste er 55 år. Lidt over en femtedel af kvinderne ( $n=27$ ; 13 %) er i alderen 14-30 år, mens godt halvdelen af deltagerne ( $n=99$ ; 51%) er i alderen 31-40 år. De resterende kvinder 36 % ( $n=70$ ) er i aldersgruppen 41-55 år. I **figur 1** ses den procentvise fordeling af deltagernes alder.

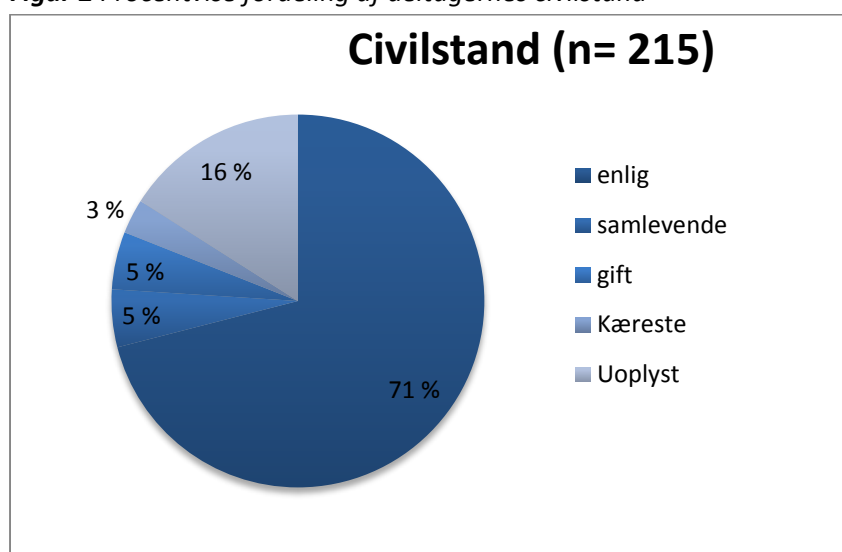
**Figur 1** Procentvise fordeling af deltagernes alder



## Civilstand

Størstedelen af kvinderne er enlige (n= 152; 71 %), mens 5 % (n= 10) er gift og yderligere 5 % (n= 11) er samboende med en partner. Yderligere 3 % (n=6) af kvinderne har en kæreste, som de ikke er samboende med. Der mangler oplysninger på de resterende 16 (n=36) om deres civilstand. I **figur 2** ses den procentvise fordeling af kvinder i forhold til civilstand.

**Figur 2** Procentvise fordeling af deltagernes civilstand



## Indvandret

Størstedelen af kvinderne er etniske danskere (n= 196; 91 %), mens 7 % (n= 15) selv er indvandret til Danmark og 2 % (n= 4) oplyser, at deres forældre er indvandret til Danmark. I **tabel 1** ses fordelingen af kvinder med og uden indvandrerbaggrund.

**Tabel 1** Indvandringsbaggrund

|                     | Antal (n= 215) | Procentfordeling |
|---------------------|----------------|------------------|
| Selv indvandret     | 15             | 7 %              |
| Forældre indvandret | 5              | 2 %              |
| Ikke indvandret     | 196            | 91 %             |

## Forsørgelsesgrundlag

Ud af gruppen af deltagere oplyser 38 % (n= 81), at de er i arbejde, mens 9 % (n= 20) af kvinderne er under uddannelse. Herudover modtager 7 % (n= 15) arbejdsløshedsdagpenge, 10% (n= 21) modtager sygedagpenge eller barselsdagpenge. Yderligere 10 % (n= 21) af deltagerne modtager kontanthjælp, førtidspension (n= 7; 3 %), revalideringsydelse (n= 3; 1,5 %) eller aktiveringsydelse (n= 3; 1,5 %), og 1 % (n= 1) af dem har ingen selvstændig indtægt eller forsøger sig på anden vis end beskrevet. Knap en femtedel (n= 40; 19 %) af kvinderne har bidraget med oplysninger om deres forsørgelsesgrundlag. I **tabel 2** fremgår den procentvise fordeling af kvindernes forsørgelsesgrundlag.

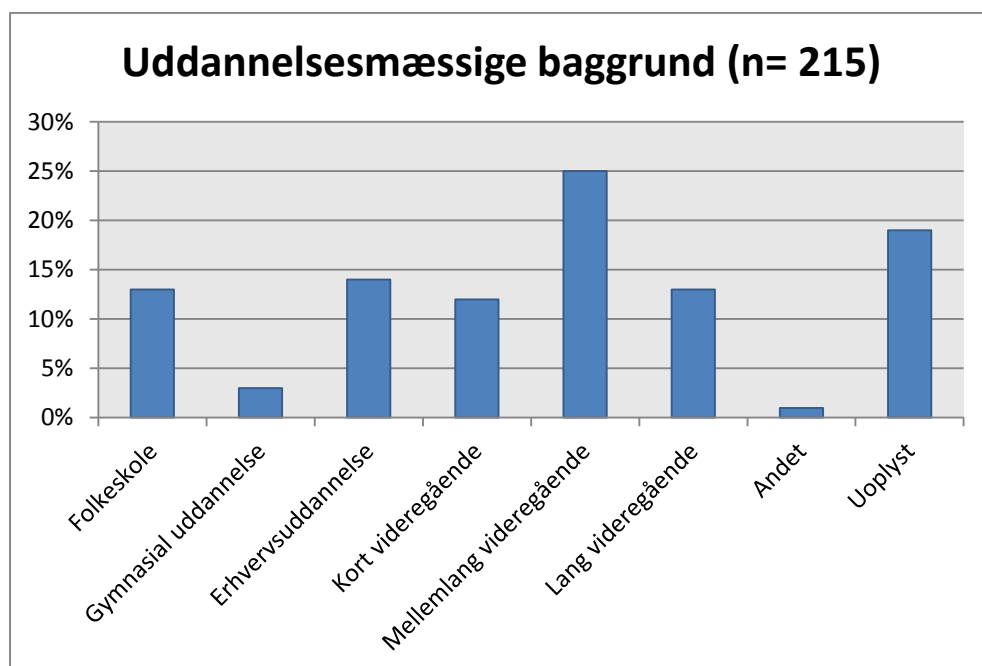
**Tabel 2** Procentvise fordeling af deltagernes forsørgelsesgrundlag

|                                     | Antal (n= 215) | Procentfordeling |
|-------------------------------------|----------------|------------------|
| <b>I arbejde</b>                    | 81             | 38 %             |
| <b>Under uddannelse</b>             | 20             | 9 %              |
| <b>Arbejdsløshedsdagpenge</b>       | 15             | 7 %              |
| <b>Sygedagpenge/barselsdagpenge</b> | 21             | 10 %             |
| <b>Kontanthjælp</b>                 | 21             | 10 %             |
| <b>Førtidspension</b>               | 7              | 3 %              |
| <b>Revalideringsydelse</b>          | 3              | 1,5 %            |
| <b>Aktiveringsydelse</b>            | 3              | 1,5 %            |
| <b>Andet</b>                        | 1              | 1 %              |
| <b>Uoplyst</b>                      | 40             | 19 %             |

## Uddannelse

En fjerdedel af kvinderne (n= 54; 25 %) har en mellemlang videregående uddannelse, mens 14 % (n= 29) af dem har en erhvervsuddannelse. Herudover har 13 % (n= 28) af deltagerne en lang videregående uddannelse, 12 % (n= 25) her en kort videregående uddannelse, og 3 % (n= 7) af kvinderne har en gymnasial uddannelse. Endelig har 13 % (n= 29) af kvinderne ikke gennemført en uddannelse, der ligger ud over folkeskolen. De resterende kvinder har enten en anden uddannelsesmæssig baggrund end beskrevet (n= 2; 1 %) eller har ikke udfyldt oplysningerne vedrørende uddannelse (n= 41; 19 %). **Figur 3** viser kvindernes uddannelsesmæssige baggrund fordelt i procent.

**Figur 3** Procentvis fordeling af kvindernes uddannelsesbaggrund

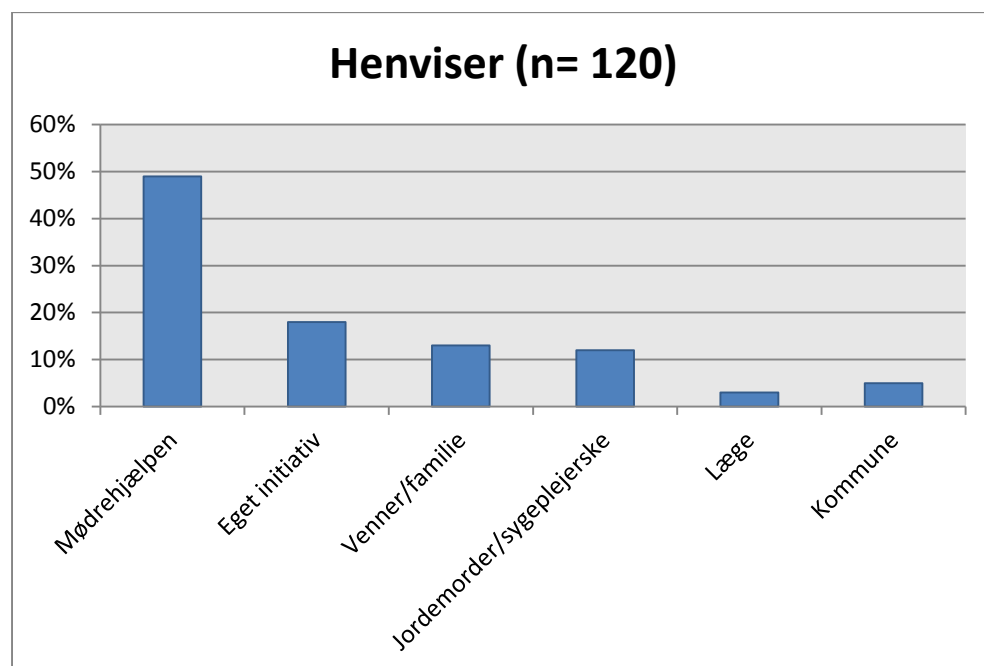


## Henviser

Knap halvdelen af de kvinder, der har udfyldt oplysninger omkring henvisningsinstans (n= 119), er blevet henvist til UVS-projektet af Mødrehjælpen (n= 59; 50 %). Herudover har 17 % (n= 20) af deltagerne henvendt sig til Mødrehjælpen på eget initiativ, ligesom 13 % (n= 16) af dem er blevet henvist til

UVS af venner og familie. I 13 % (n= 15) af tilfældene er den henvisende instans eksempelvis en jordemoder eller sygeplejerske, dog er kun 3 % (n= 3) af kvinderne henvist af egen læge. De resterende 5 % (n= 6) af deltagerne er henvist til UVS via kommunen. I **figur 4** fremgår den procentvise fordeling af kvindernes henvisende instanser.

**Figur 4** Procentvise fordeling af henvisende instanser



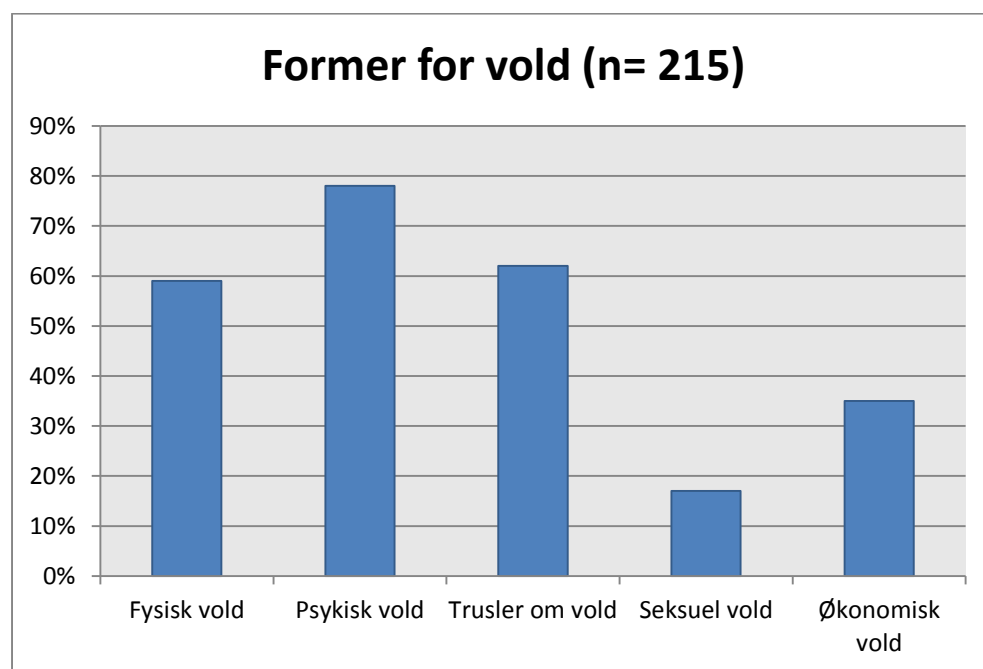
### Specifikke oplysninger om volden

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 215 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 om årsagen til afslutning af forløbet hos Mødrehjælpen.

## Voldsform

Den mest almindelige form for vold, begået mod kvinderne, er psykisk vold, idet 78 % (n= 167) af deltagerne har været udsat for denne voldstype. Herudover har 59 % af kvinderne (n= 126) været udsat for fysisk vold, mens 61 % (n= 132) har oplevet trusler om vold. Ligeledes har godt en tredjedel (n= 76; 35 %) af deltagerne oplevet økonomisk vold, hvilket defineres som, at kvinden direkte eller indirekte aftvinges kontrol over husstandens økonomi. I alt er 17 % (n= 37) af kvinderne blevet udsat for seksuel vold af deres ekspartner. **Figur 5** viser fordelingen af voldsformer i procent.

**Figur 5** Procentvise fordeling af voldsformer



## Voldens varighed

Kvinderne har typisk været udsat for volden i en tre til fireårig periode (n= 59; 27 %), mens 12 % (n= 25) har levet med volden i fem til ti år. Herudover har 20 % (n= 43) af deltagerne oplevet volden i en et til toårig periode, ligesom 15 % (n= 33) af dem har været udsat for vold i op til 1 år. Godt en fjerdedel af deltagerne (n= 52; 25 %) har ikke oplyst informationer omkring varigheden af volden. I **tabel 3** ses den procentvise fordeling af varigheden af volden.



**Tabel 3** Procentvis fordeling af varigheden af volden

| Voldsperiode | Antal (n= 215) | Procentfordeling |
|--------------|----------------|------------------|
| 1 år<        | 33             | 15 %             |
| 1-2 år       | 43             | 20 %             |
| 3-4 år       | 59             | 27 %             |
| 5-10 år      | 25             | 12 %             |
| Ved ikke     | 3              | 1 %              |
| Ikke oplyst  | 52             | 24 %             |

### Voldsfrekvens

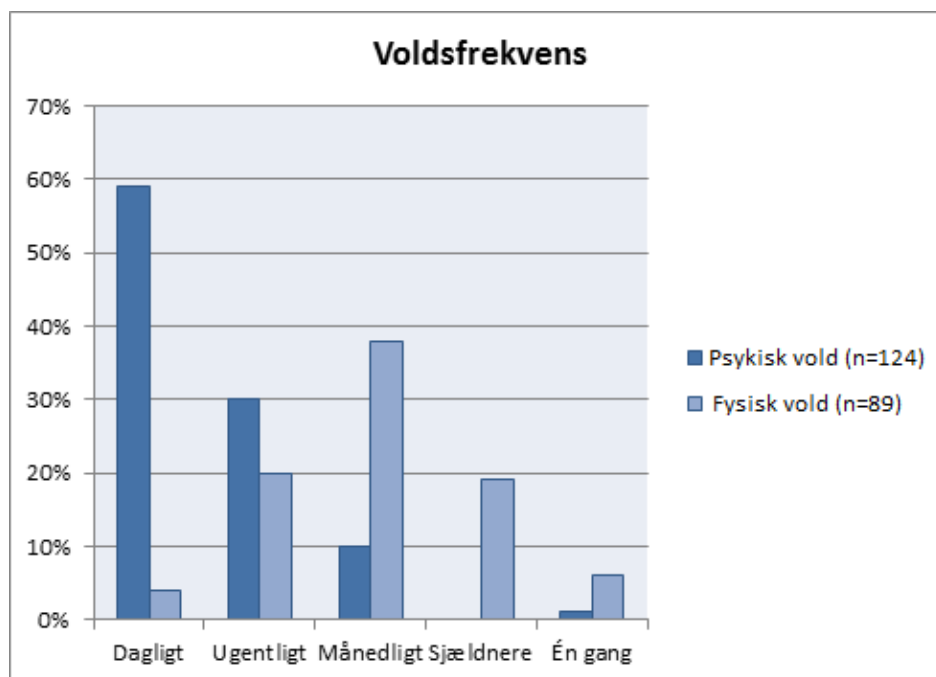
Af de kvinder, der har været udsat for psykisk vold, beskriver 60 % (n= 74) af dem, at denne type vold fandt sted dagligt, mens 29 % (n= 36) oplyser, at den psykiske vold skete ugentligt. Herudover oplevede 11 % (n= 13) af kvinderne psykisk vold på månedlig basis, mens en enkelt af kvinderne (1 %) kun havde oplevet psykisk vold én gang.

I relation til fysisk vold oplevede 38 % (n= 34) af kvinderne dette på månedlig basis, mens 20 % (n= 18) af dem var udsat for denne type vold ugentligt.

Yderligere 4 % (n= 4) af kvinderne oplevede at blive udsat for fysisk vold dagligt.

En femtedel (n= 17; 19 %) af de kvinder, der var udsat for fysisk vold, var dette sjældnere end én gang om året, og 6 % (n= 5) havde oplevet fysisk vold én gang i deres tidligere parforhold. **Figur 6** viser den procentvis fordeling af frekvensen af den oplevede vold.

**Figur 6** Procentfordeling af voldsfrekvensen i deltagergruppen



## Sygemelding

Knap en tredjedel af kvinderne (n= 62; 29 %) oplyser, at de har været sygemeldt på grund af vold, chikane (n= 16; 7 %) eller andet (n= 7; 3 %), mens 61 % (n= 130) ikke har været sygemeldt på baggrund af nogle af de nævnte faktorer. I **tabel 4** ses en oversigt over procentfordelingen af årsagerne til deltageres sygemelding.

**Tablet 4** Procentfordeling af deltageres årsager til sygemelding

| Sygemelding              | Antal (n= 215) | Procentfordeling |
|--------------------------|----------------|------------------|
| Ja – på grund af vold    | 62             | 29 %             |
| Ja – på grund af chikane | 16             | 7 %              |
| Ja – på grund af andet   | 7              | 3 %              |
| Nej                      | 130            | 61 %             |

## Hvor søger kvinderne hjælp?

I forbindelse med voldsepisoderne har kvinderne været i kontakt med en række forskellige instanser, herunder socialforvaltning, skadestue, egen læge, krisecenter, politi og sagsbehandler. Godt en femtedel af kvinderne (n= 45; 21 %) oplyser, at de har været i kontakt med politiet, 7 % (n= 16) med skadestue og 18 % (n= 39) med socialforvaltning. Herudover har 20 % af deltagerne (n= 43) været i kontakt med egen læge, ligesom 16 % (n= 34) af dem har været i berøring med et krisecenter. Kun 3 % (n= 7) af kvinderne oplyser at have været i kontakt med en sagsbehandler i forbindelse med voldsepisoderne. **Tabel 5** viser procentfordelingen i forhold til de instanser, som kvinderne har haft kontakt med.

**Tabel 5** Procentfordeling af kvindernes kontakt med offentlige instanser (n= 215)

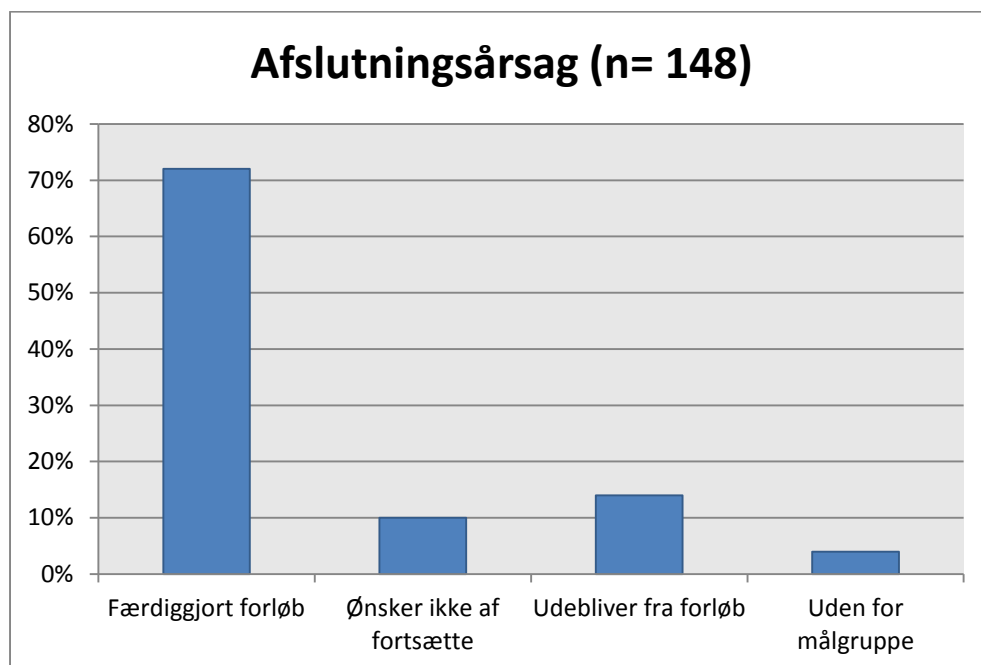
| Kontaktsted       | Ja           | Nej           |
|-------------------|--------------|---------------|
| Socialforvaltning | 18 % (n= 38) | 82 % (n= 177) |
| Politi            | 21 % (n= 45) | 79 % (n= 170) |
| Egen læge         | 20 % (n= 43) | 80 % (n= 172) |
| Skadestue         | 7 % (n= 16)  | 93 % (n= 199) |
| Krisecenter       | 16 % (n= 34) | 84 % (n= 181) |
| Sagsbehandler     | 3 % (n= 7)   | 97 % (n= 208) |

## Afslutningsårsag

Mødrehjælpen har i 146 tilfælde angivet afslutningsårsagen på kvindernes UVS-forløb. Af disse oplysninger fremgår det, at en stor andel af kvinderne 72 % (105) har gennemført behandlingsforløbet. Herudover ønskede 10 % (n= 15) af deltagerne ikke at fortsætte forløbet, mens 14 % (n= 20) valgte at udeblive fra

sessionerne i UVS-forløbet. De resterende 4 % (n= 6) blev afsluttet, da de faldt udenfor projektets målgruppe. *Figur 7* viser den procentvise fordeling af afslutningsårsagerne.

**Figur 7** Procentvise fordeling af deltagernes afslutningsårsager



### **Opsamling på demografiske og specifikke oplysninger**

Henvendelserne til Mødrehjælpen er fordelt i forholdet 3:2 mellem afdelingerne i Aarhus og København. De fleste af kvinderne er i aldersgruppen 31-40 år med en gennemsnitsalder på 38 år. Herudover er langt de fleste kvinder enlige og etniske danskere. Kvinderne er oftest i arbejde eller under uddannelse og de har som oftest en mellemlang videregående uddannelse eller en erhvervsuddannelse bag sig. Halvdelen af deltagerne er blevet henvist til UVS-forløbet via Mødrehjælpen.

De mest almindelige former for vold, som kvinderne har oplevet, er psykisk vold og trusler om vold, men en stor andel af dem har ligeledes været udsat for fysisk vold. Desuden har knap en femtedel af kvinderne været udsat for seksuel vold.

Volden har typisk været i en periode på 1-4 år, og den psykiske vold er oftest foregået dagligt eller ugentligt, hvorimod den fysisk vold er typisk skete på

ugentlig eller månedlig basis. Knap 40 % af kvinderne har været sygemeldt på grund af vold eller chikane.

De hyppigste steder, hvor kvinderne har søgt hjælp i forbindelse med volden, er hos politiet, socialforvaltning og egen læge. Størstedelen af deltagerne ender med at gennemføre UVS-forløbet, mens den mest almindelige form for præmature afslutning skyldes udeblivelse fra deltagernes side.

## Rådgivning og behandlingsindsats i UVS II

Mødrehjælpens rådgivnings- og behandlingsindsats er nedskrevet i manualer. Der er sket ændringer i disse manualer fra den første UVS-evalueringsrapport udkom. Eksempelvis er nogle elementer fra UVS-I fjernet og andre er revideret i UVS-II. Rådgivnings- og behandlingsindsatsen er beskrevet herunder, og stemmer i store træk overens med beskrivelsen i rapport 1.

### 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 (dog med mulighed for inddragelse af ældre børn).
- 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**

Formålet med gruppeterapien er:

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

Der forventes en psykologisk bedring på områderne omhandlende:

- 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.

Opfølgingsmøderne 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.

# Evaluering af effekten af UVS II

## Målepunkter og indikatorer

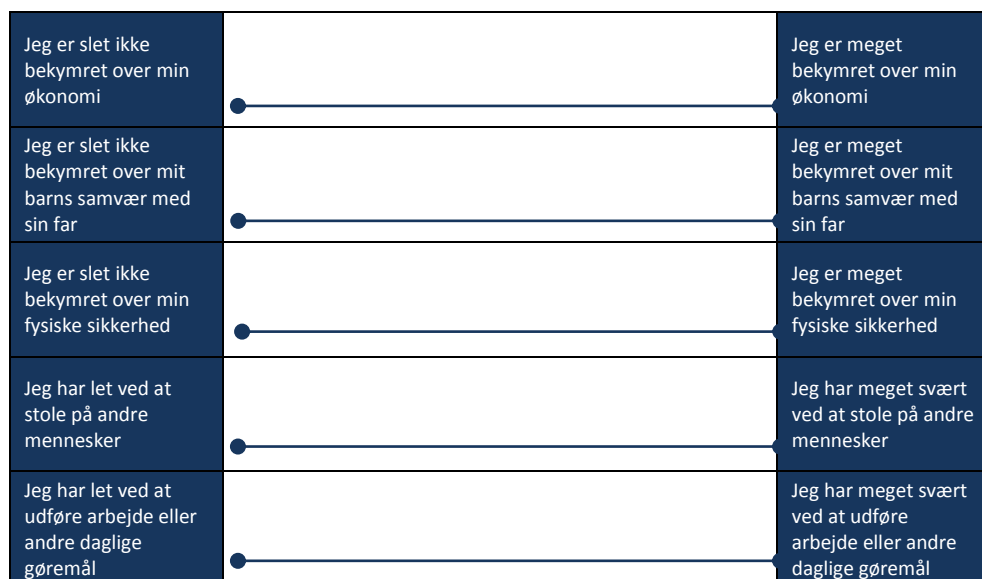
Som led i vurderingen af rådgivningens og behandlingens effekt er der udarbejdet en række indikatorer, som tilstræber at gøre effekten målbar og dokumenterbar.

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
- Tillid til andre
- Forholdet til voldelig ekspartner
- Selvværd
- Posttraumatisk stress, angst, depression og social støtte

***Stress forbundet med økonomi, barn/børns samvær med far, fysisk sikkerhed, tillid og daglig funktionsnedsættelse*** angives på en visuel analog skala, der fremgår af **figur 8**. Skalaen har den fordel, at den er visuelt let at forstå. Skalaen går fra 0-100 og jo højere scoren er på skalaen, jo højere er graden af oplevelse af stress i forbindelse med hhv. økonomi, barn/børns samvær med far, fysisk sikkerhed, tillid samt daglig funktionsnedsættelse.

**Figur 8** Visuel analog skala til måling af stress forbundet med økonomi, barns samvær med far, fysisk sikkerhed, tillid og daglig funktionsnedsættelse



**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' (=1) til 'meget uenig' (=5) (**Tabel 7**). Spørgsmålene bliver kodet, så en højere score indikerer en større uafhængighed fra den voldelige ekspartner.

**Tabel 7** Skala til måling af relation til voldelige ekspartner

| UAFHÆNGIGHED<br>Sæt x i det udsagn der passer bedst til dig. HUSK at besvare samtlige spørgsmål – tak for hjælpen! 😊 | Meget ENIG | ENIG | Hverken/eller | UENIG | Meget UENIG |
|--|------------|------|---------------|-------|-------------|
| 1. Jeg føler at min voldelige ekspartner kan styre mit liv og tanker   |            |      |               |       |             |
| 2. Jeg har behov for at kontakte min voldelige partner   |            |      |               |       |             |
| 3. Jeg kan håndtere kontakten til min voldelige ekspartner   |            |      |               |       |             |
| 4. Min voldelige ekspartner kan få mig til at tvivle på min egen dømmekraft  |            |      |               |       |             |

**Deltagernes selvværd** måles ud fra Rosenbergs Self-Esteem Scale (RSE) udviklet i 1965 af Morris Rosenberg. Skalaen består af 10 spørgsmål, der scores på en

Likert-skala fra "Helt enig" til "Stærkt uenig". Skalaen går fra 10-40, og jo højere score, jo bedre selvværd. Skalaen er brugt i mange videnskabelige undersøgelser, og har vist god validitet og reliabilitet (Gray-Little, Williams & Hancock, 1997). I nærværende undersøgelse påvises der ligeledes god reliabilitet ( $\alpha=0,86$ ).

**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 ( $\alpha=.91$ ).

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 underskalaerne er negativ affektivitet (52), dissociation (12) og somatisering (40). I denne undersøgelse har TSC udvist en god reliabilitet for den totale skala ( $\alpha=.92$ ).

**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 nærværende undersøgelse udviser HSCL en god reliabilitet for den totale skala ( $\alpha=.94$ ).

**Deltagernes oplevelse af støtte fra sociale netværk** måles ud fra *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (Zimet) udviklet af Zimet,

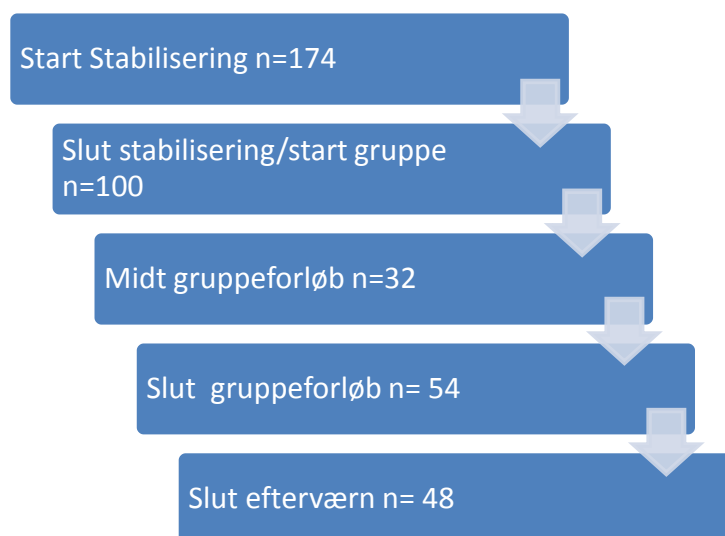
Dahlem, Zimet og Farley i 1988. Spørgeskemaet består af 12 spørgsmål omhandlende oplevelsen af social støtte fordelt på tre subskaler i forhold til signifikant anden, familie og venner. Spørgsmålene bygger på en 7-punkts Likert-skala, hvor 1 repræsenterer "Meget uenig", 4 repræsenterer "Hverken enig eller uenig" og 7 svarer til "Meget enig". Der er påvist god reliabilitet og validitet for skemaet i udenlandske undersøgelser (Canty-Mitchell, & Zimet, 2000), hvilket også gælder i denne undersøgelse ( $\alpha = 0,92$ ).

Målingspunkterne under forløbet er fastsat som nedenfor:

1. Start stabilisering (**Tid1**)
2. Slut stabilisering/ start gruppe (**Tid2**)
3. Midt i behandlingsforløb (**Tid3**)
4. Slut behandling (**Tid4**)
5. Slut efterværn (**Tid5**)

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

**Figur 9** Antal respondenter på de angivne måletidspunkter



Behandlingstilbuddet i UVS II er inddelt i 3 faser. Brugere har således mulighed for at deltage i et kort forløb (1. fase) eller et langt forløb (1. 2. og 3. fase).

Brugere, som kun har deltaget i fase 1, vil således kun indgå i Start stabilisering samt Slut stabilisering (**figur 9**).

Antallet af brugere, som indgår i Start Stabilisering (n=174) udgør således brugere, som udelukkende har deltaget i først fase, samt brugere som har deltaget i alle tre faser. Vi har valgt at sammenligne de, der gennemfører et forløb med alle brugere, der på et tidspunkt har til hensigt at være med i et forløb. Denne fremgangsmåde, der kaldes intention-to-treat, fjerner den fejlkilde, der er forbundet med drop-out. Hvis de, der har svære problemer i højere grad vil falde ud af undersøgelsen, så kan selv en ineffektiv behandling komme til at fremstå som værdifuld, hvis man kun sammenligner før- og eftertilstanden for de, som gennemfører behandlingen og ignorerer de, som oprindeligt var med, men som senere falder fra.

## **Rådgivnings- og behandlingseffekt kvinder**

Som led i dokumenteringen af effekten af projekt UVS II behandles det indsamlede datamateriale. Indledningsvis fremstilles udviklingen i kvindernes psykologiske faktorer, herunder PTSD, angst, depression, negativ affektivitet, somatisering, dissociation, social støtte og selvværd fra før projektstart til efter afslutning af det samlede forløb. Ligeledes undersøges udviklingen i deltagerens oplevelse af stress forbundet med økonomi, barns samvær med far, egen fornemmelse af fysisk sikkerhed, tillid til andre og daglig funktionsnedsættelse, ligesom der også vil blive gjort rede for deltagerens tanker om forholdet til den voldelige ekspartner.



Dernæst undersøges effekten af de tre forskellige rådgivnings- og behandlingstiltag 1) stabilisering, 2) behandling og 3) efterværn på udviklingen i ovennævnte psykologiske faktorer.

Slutteligt undersøges en række risikofaktorer, herunder demografiske og voldsrelaterede variable, for kvindernes PTSD-symptomer.

### **PTSD-symptomer**

I **tabel 8** ses gennemsnitsscores for deltagernes PTSD-symptomer på de forskellige måletidspunkter i UVS-forløbet. Der ses en generel nedgang i symptomniveauet for de enkelte symptomgrupper såvel som samlet set fra rådgivningsforløbets start til dets afslutning. Herefter øges deltagernes symptomniveau igen ved Tid3, som er midt i deltagernes gruppeforløb. Dog er det vigtigt at bemærke, at kun godt halvdelen af gruppedeltagerne (n= 32) har besvaret spørgeskemaet ved Tid3, hvorfor dette ikke nødvendigvis er repræsentativt for hele gruppen af deltagere.

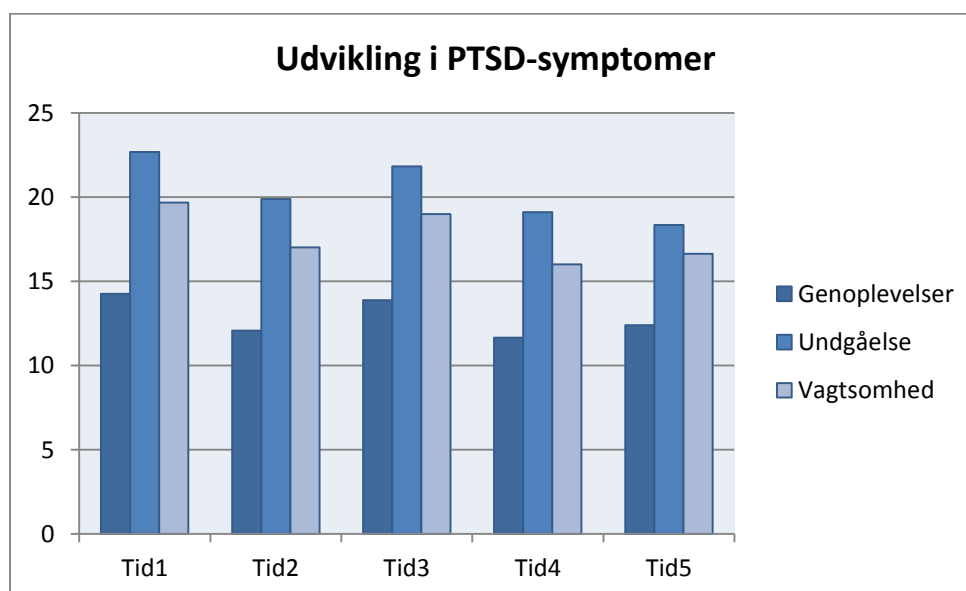
Ved afslutningen på gruppeforløbet er deltagernes PTSD-symptomer faldet til under det niveau, som de var ved rådgivningsforløbets afslutning og ligger herefter nogenlunde stabilt frem til slutningen af efterværnforløbet. Dog er deltagernes undgåelsessymptomer faldet yderligere fra Tid4 til Tid5, mens kvindernes genoplevelsessymptomer er steget en smule i denne periode.

**Tabel 8** Udvikling i gennemsnitsscores og standardafvigelser for deltagernes PTSD-symptomer på de fem måletidspunkter i UVS-forløbet.

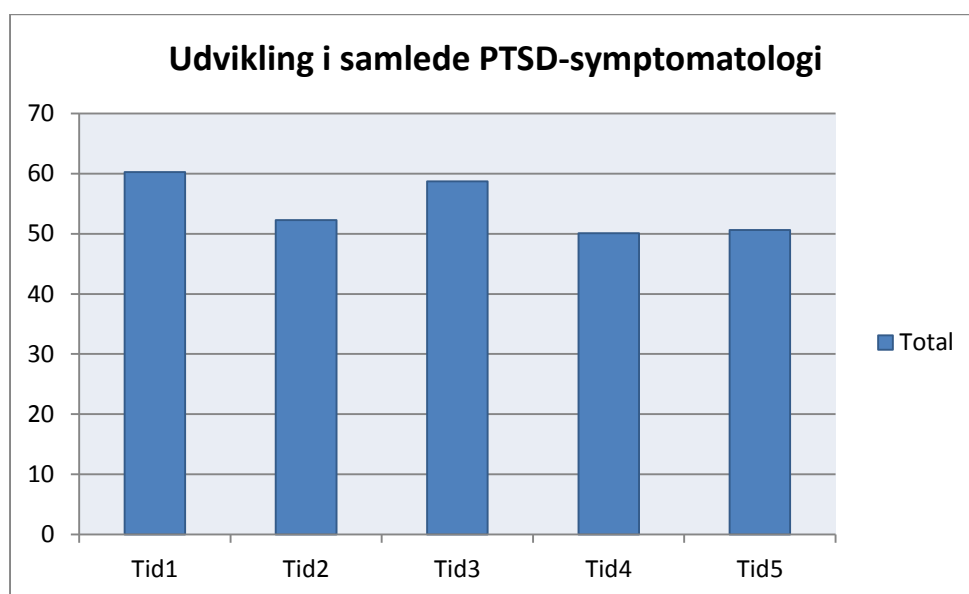
|                      | HTQ<br>Genoplevelse<br>M (SD) | HTQ<br>Undgåelse<br>M (SD) | HTQ<br>Vagtsomhed<br>M (SD) | HTQ<br>Total<br>M (SD) |
|----------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------|
| <b>Tid1 (n= 174)</b> | 14,26 (3,55)                  | 22,69 (6,28)               | 19,69 (3,83)                | 60,25 (12,06)          |
| <b>Tid2 (n= 100)</b> | 12,07 (4,07)                  | 19,89 (7,04)               | 17,02 (4,90)                | 52,25 (15,36)          |
| <b>Tid3 (n= 32)</b>  | 13,88 (3,18)                  | 21,84 (5,92)               | 19,00 (4,26)                | 58,72 (12,31)          |
| <b>Tid4 (n= 54)</b>  | 11,65 (3,91)                  | 19,11 (6,07)               | 16,02 (4,93)                | 50,07 (13,81)          |
| <b>Tid5 (n= 48)</b>  | 12,40 (4,26)                  | 18,35 (5,08)               | 16,65 (4,80)                | 50,60 (13,10)          |

I **figur 10** ses udviklingen i deltagernes genoplevelses-, undgåelses- og vagtsomhedssymptomer i løbet af UVS-forløbet, og i **figur 11** vises en oversigt over udviklingen i deltagernes samlede niveau af PTSD-symptomer.

**Figur 10** Udviklingen i deltagernes PTSD-symptomer på de fem måletidspunkter



**Figur 11** Udvikling i deltagernes samlede niveau af PTSD-symptomer i løbet af UVS-forløbet



### **Negativ affektivitet, somatisering og dissociation**

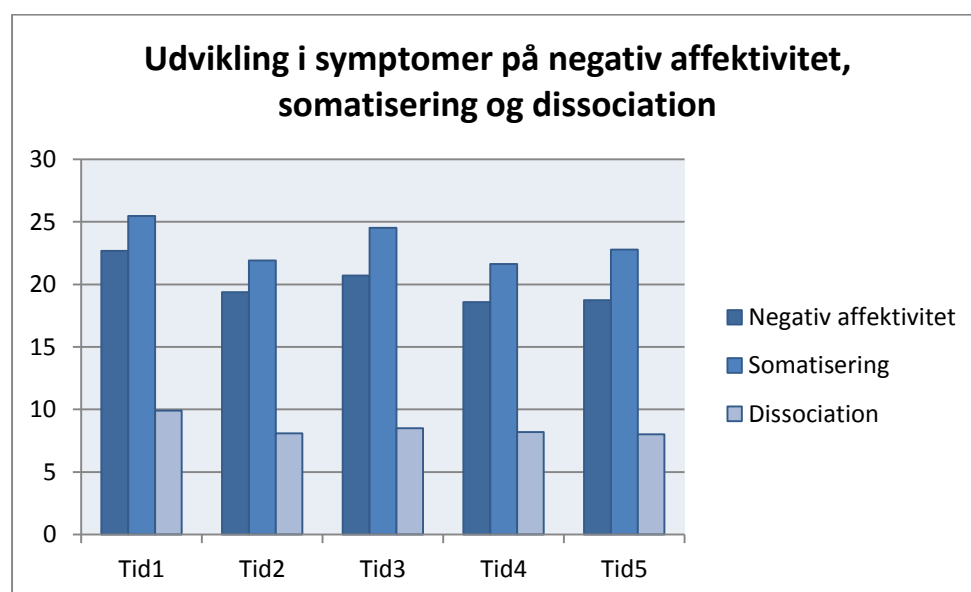
Det fremgår af **Tabel 9**, at deltagernes symptomer omhandlende negativ affektivitet, somatisering og dissociation falder i løbet af rådgivningsforløbet.

Herefter sker der en stigning i deltagernes symptomatologi målt midt i gruppeforløbet, dog skal der tages højde for det lave antal af besvarelser på dette måletidspunkt. Ved gruppebehandlingens afslutning (Tid4) er deltagernes somatiserings-, dissociations- og negative affektivitetssymptomer igen faldet til et lavere niveau end inden behandlingsopstart (Tid2). Frem til efterværnets afslutning sker der en lille stigning i deltagernes somatiserings- og negative affektivitetssymptomer, ligesom den totale gennemsnitsscore for alle tre grupper af symptomer også stiger en smule. Deltagernes dissociationssymptomer er herimod fortsat faldende. I **figur 12 og 13** vises udviklingen i deltagernes symptomer.

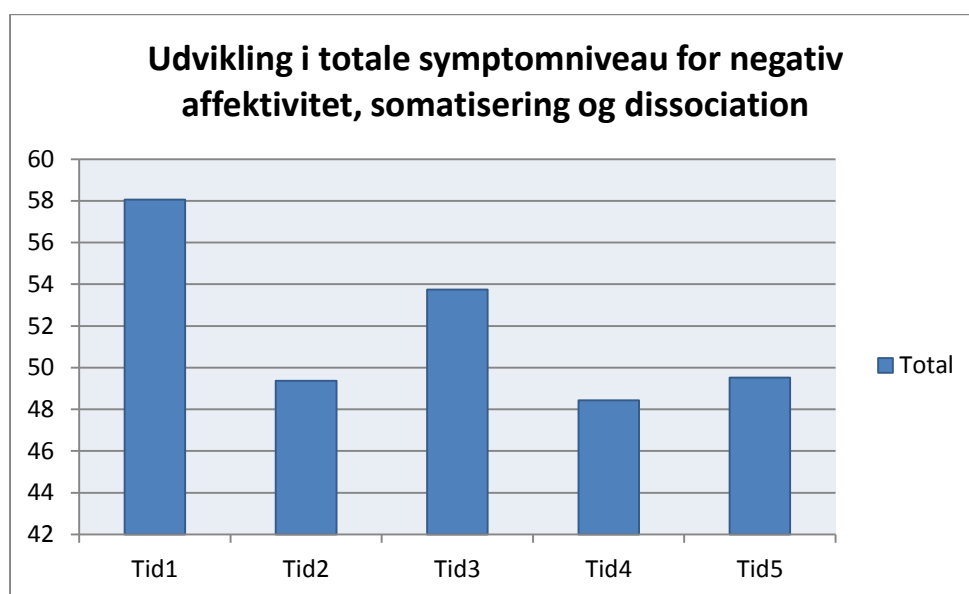
**Table 9** Gennemsnitscores for deltagernes symptomer omhandlende negativ affektivitet, somatisering og dissociation i UVS-forløbet

|                      | TSC<br>Negativ<br>affektivitet<br>M (SD) | TSC<br>Somatisering<br>M (SD) | TSC<br>Dissociation<br>M (SD) | TCS<br>Total<br>M (SD) |
|----------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| <b>Tid1 (n= 174)</b> | 22,67 (5,58)                             | 25,48 (6,82)                  | 9,91 (3,41)                   | 58,06 (18,89)          |
| <b>Tid2 (n= 100)</b> | 19,37 (6,17)                             | 21,90 (5,94)                  | 8,10 (2,91)                   | 49,37 (13,29)          |
| <b>Tid3 (n= 32)</b>  | 20,72 (4,40)                             | 24,53 (6,07)                  | 8,50 (2,88)                   | 53,75 (11,44)          |
| <b>Tid4 (n= 54)</b>  | 18,59 (4,69)                             | 21,63 (6,68)                  | 8,20 (2,72)                   | 48,43 (12,53)          |
| <b>Tid5 (n= 48)</b>  | 18,73 (5,27)                             | 22,77 (5,49)                  | 8,02 (2,51)                   | 49,52 (11,54)          |

**Figure 12** Udvikling i deltagernes symptomer på negativ affektivitet, somatisering og dissociation i UVS-forløbet



**Figur 13** Udvikling i gennemsnitsscores for deltagernes totale symptomniveau for negativ affektivitet, somatisering og dissociation



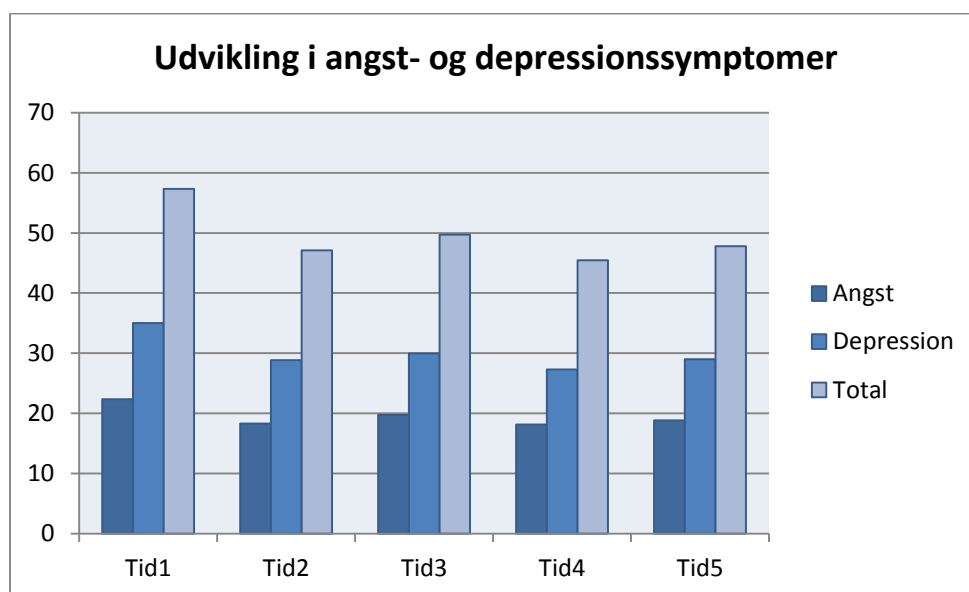
## Angst og depression

I **tabel 10** ses gennemsnitsscores for deltagernes angst- og depressionssymptomer i UVS-forløbet. Det fremgår, at deltagernes angst- og depressionssymptomer falder i perioden fra rådgivningsforløbets start til dets afslutning. Herefter stiger niveauet af symptomer hos deltagernes midt i deres gruppeforløb for derefter at falde til et lavere niveau end ved rådgivningsforløbets afslutning. Bemærk det lave antal respondenter ved Tid3, hvorfor dette tal ikke nødvendigvis er repræsentativt for det samlede antal af gruppedeltagere. Ved efterværnets afslutning er deltagernes angst- og depressionssymptomer steget, dog overstiger de ikke symptomniveauet målt ved gruppebehandlingens opstart. **Figur 14** viser udviklingen i deltagernes angst- og depressionssymptomer i UVS-forløbet.

**Tabel 10** Udviklingen i deltagernes angst-og depressionssymptomer i UVS-forløbet

|                      | <b>HSCL<br/>Angst<br/>M (SD)</b> | <b>HSCL<br/>Depression<br/>M (SD)</b> | <b>HSCL<br/>Total<br/>M (SD)</b> |
|----------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Tid1 (n= 174)</b> | 22,33 (6,76)                     | 35,00 (8,88)                          | 57,33 (14,09)                    |
| <b>Tid2 (n= 100)</b> | 18,30 (6,19)                     | 28,81 (8,75)                          | 47,11 (13,77)                    |
| <b>Tid3 (n= 32)</b>  | 19,75 (5,51)                     | 29,97 (7,18)                          | 49,72 (11,21)                    |
| <b>Tid4 (n= 54)</b>  | 18,15 (5,26)                     | 27,30 (6,04)                          | 45,44 (10,71)                    |
| <b>Tid5 (n= 48)</b>  | 18,81 (4,97)                     | 29,00 (7,81)                          | 47,81 (11,61)                    |

**Figur 14** Den gennemsnitlige udvikling i deltagernes angst- og depressionssymptomer over tid



## Selværd

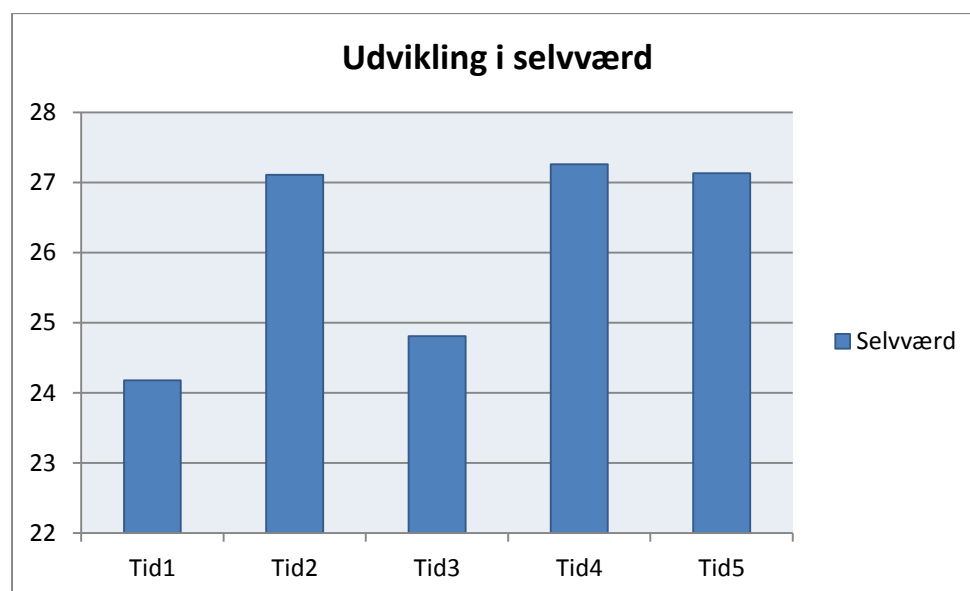
**Tabel 11** viser udviklingen i deltagernes gennemsnitsscores i UVS-forløbet. Det fremgår, at deltagernes selvværd stiger fra stabiliseringsforløbets opstart til dets afslutning. Midtvejs i behandlingsforløbet er der sket et fald i deltagernes gennemsnitsscores for selvværd, men dette kan meget vel skyldes det lave antal af respondenter (n= 32), der har besvaret skemaet på dette tidspunkt. Fra

behandlingsfasens opstart (T2) til afslutningen på den (T4) stagnerer udviklingen i deltageres gennemsnitsscore for selvværd og forbliver herefter på det samme niveau helt frem til efterværnets afslutning (**figur 15**).

**Tabel 11** Udvikling i deltageres gennemsnitsscores for selvværd i UVS-forløbet

|                                    | <b>Tid1<br/>(n= 171)</b> | <b>Tid2<br/>(n= 98)</b> | <b>Tid3<br/>(n= 32)</b> | <b>Tid4<br/>(n= 54)</b> | <b>Tid5<br/>(n= 48)</b> |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>RSE<br/>Selvværd<br/>M (SD)</b> | 24,18<br>(5,17)          | 27,11<br>(1,93)         | 24,81<br>(5,01)         | 27,26<br>(4,86)         | 27,13<br>(4,81)         |

**Figur 15** Deltageres følelse af selvværd på de fem måletidspunkter



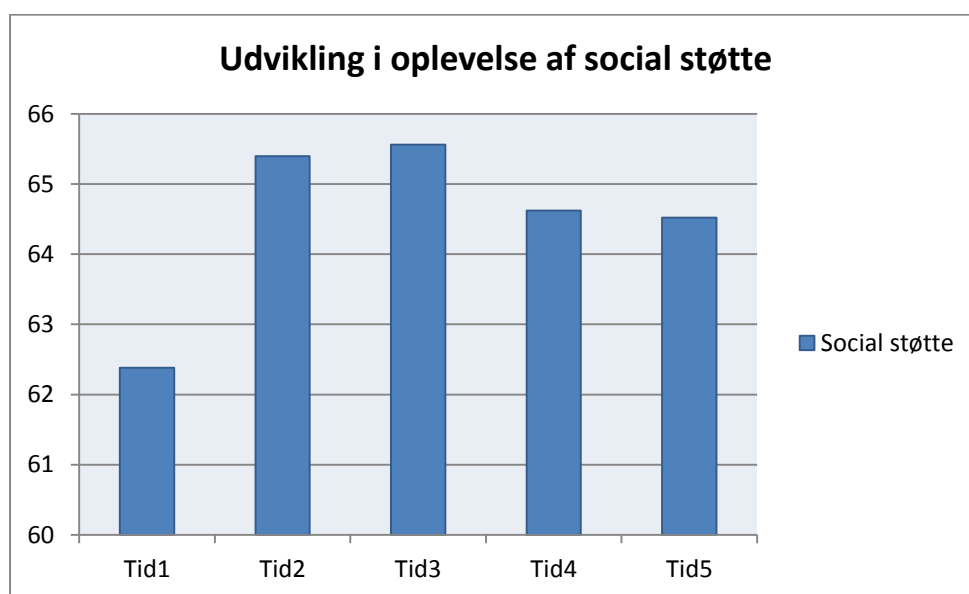
## Social støtte

Det fremgår af **tabel 12**, at deltagernes oplevelse af social støtte stiger fra rådgivningsforløbets opstart til dets afslutning, og at der sker en lille men fortsat stigning frem til midt i gruppeforløbet. Herefter falder gennemsnittet for deltagernes oplevelse af social støtte frem til gruppeforløbets afslutning og stagnerer herefter frem til slutningen af efterværnsforløbet. Bemærk dog, at der er tale om meget små ændringer i deltagernes gennemsnitsscores, hvorfor den eneste iøjnefaldende ændring sker i stigningen i deltagernes oplevelse af social støtte fra Tid1 til Tid2. I **figur 16** ses udviklingen i deltagernes oplevelse af social støtte i UVS-forløbet.

**Tabel 12** Udviklingen i gennemsnitsscores for deltagernes oplevelse af social støtte i UVS-forløbet

|                                     | Tid1<br>(n= 171) | Tid2<br>(n= 100) | Tid3<br>(n= 32)  | Tid4<br>(n= 54)  | Tid5<br>(n= 48)  |
|-------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Zimet<br>Social<br>støtte<br>M (SD) | 62,38<br>(14,60) | 65,40<br>(13,37) | 65,56<br>(13,00) | 64,62<br>(13,53) | 64,52<br>(13,75) |

**Figur 16** Deltagernes oplevelse af social støtte i løbet af UVS-programmet





## Psykologisk stress og bekymring

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, barns samvær med far, egen fysisk sikkerhed, tillid til andre samt daglig funktionsnedsættelse. Derudover er det undersøgt, hvorvidt kvinden føler en større uafhængighed fra den voldelige ekspartner.

I **tabel 13** er angivet en oversigt over kvindernes gennemsnitlige oplevelse af stress forbundet med økonomi, børns samvær med eksparter, fysisk sikkerhed, tillid til andre samt egen funktionsnedsættelse. Som det fremgår af tabellen, falder den gennemsnitlige score på alle parametre fra rådgivningsforløbets opstart til dets afslutning. Herefter stiger gennemsnitsscores for stress og bekymring relateret til barns samvær med, tillid til andre og kvindernes daglige funktionsnedsættelse midt i gruppeforløbet, mens kvindernes oplevelse af stress forbundet med økonomi og fysisk sikkerhed falder. Ved gruppebehandlingens afslutning (Tid4) er alle parametre igen faldende sammenlignet med midt i gruppeforløbet (Tid3), hvorefter der ved efterværnets afslutning igen er sket en stigning i gennemsnitsscores for alle parametre, dog er disse lavere end ved rådgivningsforløbets opstart (Tid1).

**Tabel 13** Gennemsnitsscores for variable forbundet med stress og bekymring på de fem måletidspunkter i UVS-forløbet

|                          | Økonomi<br>M (SD) | Barns<br>samvær<br>med far<br>M (SD) | Fysisk<br>sikkerhed<br>M (SD) | Tillid til<br>andre<br>M (SD) | Funktions-<br>nedsættelse<br>M (SD) |
|--------------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Tid1<br/>(n= 174)</b> | 59,51<br>(34,56)  | 64,66<br>(35,17)                     | 42,02<br>(32,25)              | 53,86<br>(31,59)              | 47,16<br>(29,53)                    |
| <b>Tid2<br/>(n= 100)</b> | 53,19<br>(31,99)  | 51,64<br>(34,83)                     | 32,09<br>(27,43)              | 49,78<br>(31,49)              | 38,83<br>(28,37)                    |
| <b>Tid3<br/>(n= 32)</b>  | 49,63<br>(32,42)  | 53,72<br>(30,10)                     | 28,75<br>(27,95)              | 52,09<br>(27,46)              | 45,91<br>(19,75)                    |
| <b>Tid4<br/>(n= 54)</b>  | 45,48<br>(31,85)  | 48,98<br>(34,85)                     | 23,63<br>(22,54)              | 46,41<br>(29,60)              | 41,19<br>(28,57)                    |
| <b>Tid5<br/>(n= 48)</b>  | 56,40<br>(30,94)  | 51,65<br>(31,37)                     | 28,96<br>(28,05)              | 50,17<br>(26,63)              | 43,94<br>(23,66)                    |

### Uafhængighed af voldelige ekspartner

Det fremgår af **tabel 14**, at deltagernes følelse af uafhængighed til den voldelige ekspartner stiger fra rådgivningsforløbets opstart (Tid1) og frem til gruppebehandlingens afslutning (Tid4). Herefter stagnerer udviklingen, således at deltagernes gennemsnitsscores er stort set uforandret fra gruppebehandlingens afslutning (Tid4) til efterværnets afslutning (Tid5).

**Tabel 14** Udvikling i gennemsnitsscores for deltagernes tanker om uafhængig af ekspartner

|                                | <b>Tid1<br/>(n= 174)</b> | <b>Tid2<br/>(n= 100)</b> | <b>Tid3<br/>(n= 32)</b> | <b>Tid4<br/>(n= 54)</b> | <b>Tid5<br/>(n= 48)</b> |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>Uafhængighed<br/>M (SD)</b> | 11,53<br>(2,53)          | 13,08<br>(2,49)          | 13,28<br>(1,92)         | 13,96<br>(2,15)         | 13,79<br>(2,22)         |

### Opsamling

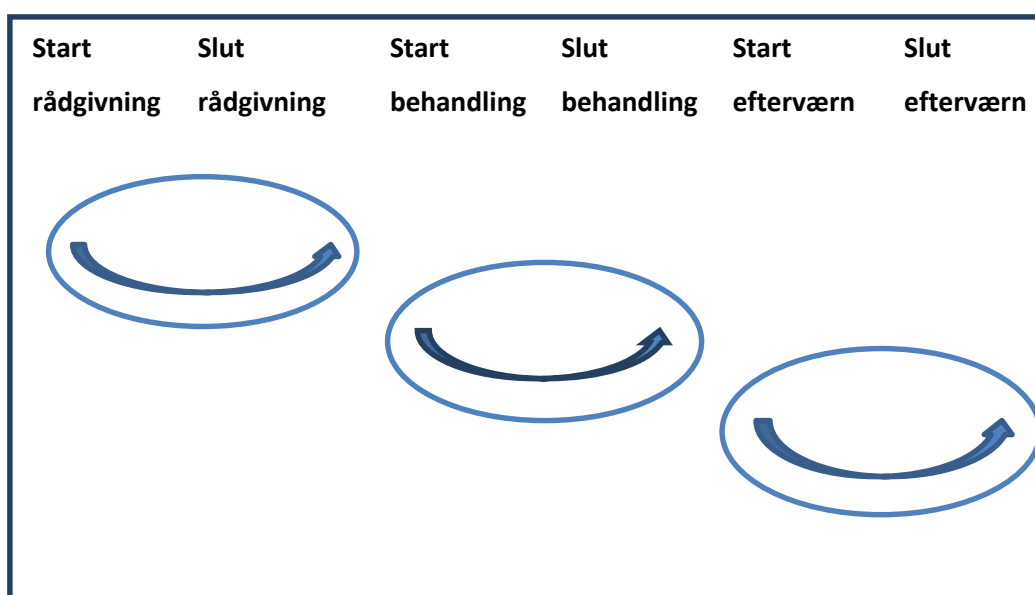
Der sker et markant fald i gennemsnitsscores for deltagernes symptomer omhandlende PTSD, negativ affektivitet, somatisering, dissociation, angst og depression fra UVS-forløbets opstart til efter endt gruppebehandling. Deltagerne oplever dog generelt en lille stigning i deres symptomniveau fra efter endt

gruppebehandling til efterværnets afslutning, men der er generelt tale om små stigninger, der fortsat ligger langt under det symptomniveau, som deltagerne startede ud med. Disse resultater indikerer, at UVS-forløbet har succes med at hjælpe de udsatte mødre med at afhjælpe psykologiske følger af volden og skabe øget trivsel hos dem.

Resultaterne viser også, at deltagernes oplevelser af social støtte bliver bedre undervejs i UVS-forløbet, ligesom deres selvværd og uafhængighed af den voldelige ekspartner øges. Endelig mindskes deltagernes stress, tanker og bekymringer omkring økonomi, barns samvær med far, fysisk sikkerhed, tillid til andre samt deres daglige funktionsniveau i den periode, hvor de deltager i UVS-forløbet, idet deltagernes gennemsnitsscores er markant lavere ved efterværnets afslutning end ved rådgivningsforløbets opstart. Disse resultater indikerer ligeledes, at UVS-forløbet er effektivt i forhold til at mindske de psykologiske følger af den vold, som deltagerne har oplevet.

### Effekten af UVS-forløbets enkelte faser

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 (*figur 17*):



## Forskel i psykologiske symptomer, stress og bekymring - før stabilisering til efter stabilisering

### PTSD

Resultaterne viser, at der sker et signifikant fald i den gennemsnitlige totalscore for deltagernes PTSD-symptomer fra stabiliseringsforløbets opstart (M= 60,94; SD= 11,12) til dets afslutning (M= 53,06; SD= 15,26), ( $t(78)= 4,71$ ;  $p < 0,00$ ). Samme udvikling gør sig gældende for de tre separate symptomgrupper, idet der sker en signifikant nedgang i deltagernes genoplevelsessymptomer fra Tid1 (M= 14,29; SD= 3,42) til Tid2 (M= 12,19; SD= 3,91), ( $t(78)= 4,81$ ;  $p < 0,00$ ). Deltagernes gennemsnitsscores for undgåelsessymptomer falder ligeledes signifikant fra Tid1 (M= 23,28; SD= 5,90) til Tid2 (M=20,35; SD= 7,23), ( $t(78)= 3,57$ ;  $p < 0,001$ ). Endelig sker der også en signifikant reduktion i kvindernes vagtsomhedssymptomer, idet gennemsnitsscores falder fra 19,84 (SD= 3,41) ved stabiliseringsforløbets opstart til dets afslutning (M= 17,29; SD= 4,75), ( $t(78)= 4,62$ ;  $p < 0,00$ ). I **tabel 15** ses effekten af rådgivnings/stabiliseringsforløbet i forhold til deltagernes PTSD-symptomer. Effektstørrelserne for det samlede niveau af symptomer samt de tre subkategorier af symptomer indikerer en lille til middelstor effekt af stabiliseringsforløbet ( $d= 0,44$  til  $0,62$ ).

**Tabel 15** Effektmål for deltagernes PTSD-symptomer i stabiliseringsforløbet

|  | HTQ<br>Genoplevelse<br>M (SD) | HTQ<br>Undgåelse<br>M (SD) | HTQ<br>Vagtsomhed<br>M (SD) | HTQ<br>Total<br>M (SD) |
|--|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------|
| <b>Tid1 (n= 79)</b>                    | 14,29 (3,42)                  | 23,28 (5,90)               | 19,84 (3,41)                | 60,94<br>(11,12)       |
| <b>Tid2 (n= 79)</b>                    | 12,19 (3,91)                  | 20,35 (7,23)               | 17,29 (4,75)                | 53,06<br>(15,26)       |
| <b>T-test</b>                          | t(78)= 4,71;<br>p<0,00        | t(78)= 4,81;<br>p<0,00     | t(78)= 3,57;<br>p<0,001     | t(78)= 4,62;<br>p<0,00 |
| <b>Effektstørrelse<br/>(Cohen's d)</b> | d= 0,57                       | d= 0,44                    | d= 0,62                     | d= 0,59                |

#### Negativ affektivitet, somatisering og dissociation

Der sker et signifikant fald i totalscoren for TSC-skalaen fra stabiliseringsforløbets opstart (M= 58,92; SD= 13,46) til dets afslutning (M= 49,78; SD= 12,86), (t(78)= 5,51; p<0,00). Ligeledes sker der et signifikant fald i scoren for negativ affektivitet fra Tid1 (M= 23,09; SD= 5,36) til Tid2 (M= 19,41; SD= 5,85), (t(78)= 5,03; p< 0,00). Scoren for somatisering falder også signifikant i løbet af stabiliseringsfasen fra 28,81 (SD= 6,63) ved Tid1 til 22,15 (SD= 5,77) ved Tid2, (t(78)= 5,16; p<0,00). Endelig ses en signifikant nedgang i deltagernes dissociationssymptomer fra Tid1 (M= 10,03; SD= 3,50) til Tid2 (M= 8,23; SD= 2,90), (t(78)= 4,98; p<0,00). Effektstørrelserne indikerer en middelstor effekt af stabiliseringsforløbet i forhold til at reducere deltagernes negative affektivitet (d= 0,66), dissociation (d= 0,56) og samlede symptomniveau (d= 0,69), mens effekten af stabiliseringsforløbet på somatiseringssymptomerne er meget stor (d= 1,07). **Tabel 16** viser effekten af stabiliseringsforløbet i henhold til de omtalte symptomer.

**Tabel 16** Effektmål for deltagernes symptomer på negativ affektivitet, somatisering og dissociation i løbet af stabiliseringsfasen.

|  | TSC<br>Negativ<br>affektivitet<br>M (SD) | TSC<br>Somatisering<br>M (SD) | TSC<br>Dissociation<br>M (SD) | TSC<br>Total<br>M (SD) |
|--|--|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| <b>Tid1 (n= 79)</b>                    | 23,09 (5,36)                             | 28,81 (6,63)                  | 10,03 (3,50)                  | 58,92<br>(13,46)       |
| <b>Tid2 (n= 79)</b>                    | 19,41 (5,85)                             | 22,15 (5,77)                  | 8,23 (2,90)                   | 49,78<br>(12,86)       |
| <b>T-test</b>                          | t(78)= 5,03;<br>p<0,00                   | t(78)= 5,16;<br>p<0,00        | t(78)= 4,98;<br>p<0,00        | t(78)= 5,51;<br>p<0,00 |
| <b>Effektstørrelse<br/>(Cohen´s d)</b> | d= 0,66                                  | d= 1,07                       | d= 0,56                       | d= 0,69                |

### Angst og depression

Totalscoren for deltagernes angst- og depressionssymptomer falder signifikant fra stabiliseringsforløbets opstart (M= 58,33; SD= 14,32) til dets afslutning (M= 47,32; SD= 13,71), (t(78)= 6,04; p<0,00). Det samme gør sig gældende på subskaleniveau, hvor kvindernes angstsymptomer reduceres signifikant fra Tid1 (M= 22,58; SD= 6,96) til Tid2 (M= 18,65; SD= 6,21), (t(78)= 4,90; p<0,00), ligesom depressionssymptomer følger samme udvikling fra start (M= 35,75; SD= 8,72) til slut (M= 28,67; SD= 8,60) på stabiliseringsforløbet, (t(78)= 6,10; p<0,00). Effektstørrelserne rangerer mellem d= 0,60 og d= 0,82, hvilket indikerer en middel til stor effekt af stabiliseringsforløbet i forhold til reduktionen af deltagernes angst- og depressionssymptomer. I **tabel 17** ses effekten af stabiliseringsfasen i forhold til at reducere deltagernes angst- og depressionssymptomer.

**Tabel 17** Effektmål for deltagernes angst- og depressionssymptomer i stabiliseringsperioden.

|  | <b>HSCL<br/>Angst<br/>M (SD)</b> | <b>HSCL<br/>Depression<br/>M (SD)</b> | <b>HSCL<br/>Total<br/>M (SD)</b> |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Tid1 (n= 79)</b>                    | 22,58 (6,96)                     | 35,75 (8,72)                          | 58,33 (14,32)                    |
| <b>Tid2 (n= 79)</b>                    | 18,65 (6,21)                     | 28,67 (8,60)                          | 47,32 (13,71)                    |
| <b>T-test</b>                          | t(78)= 4,90;<br>p<0,00           | t(78)= 6,10;<br>p<0,00                | t(78)= 6,04;<br>p<0,00           |
| <b>Effektstørrelse<br/>(Cohen´s d)</b> | d= 0,60                          | d= 0,82                               | d= 0,79                          |

### Selvværd

Ifølge **tabel 18** stiger deltagernes selvværdsfølelse signifikant fra før opstart på stabiliseringsforløbet (M= 23,65; SD= 4,79) til efter dets afslutning (M=27,05; SD= 1,79), (t(74)= -5,55; p<0,00). Effektstørrelsen (d= 0,94) indikerer, at stabiliseringsperioden har haft en stor effekt på deltagernes selvværd.

**Tabel 18** Effektmål for deltagernes selvværd i stabiliseringsforløbet

|                 | <b>Tid1 (n= 75)</b> | <b>Tid2 (n= 75)</b> | <b>T-test</b>            | <b>Effektstørrelse<br/>(Cohen´s d)</b> |
|-----------------|---------------------|---------------------|--------------------------|--|
| <b>Selvværd</b> | 23,65 (4,79)        | 27,05 (1,79)        | t(74)= -5,55;<br>p=<0,00 | d= 0,94                                |

### Social støtte

Totalscoren for deltagernes oplevelse af social støtte stiger fra Tid1 (M= 64,91; SD= 12,76) til Tid2 (M= 66,08; SD= 13,07), men denne stigning er ikke statistisk signifikant (t(76)= -0,95; p=0,35), hvorfor også effektstørrelsen er meget lille (d=- 0,09). **Tabel 19** viser effekten af stabiliseringsfasen i forhold til at højne deltagernes oplevelse af social støtte.

**Table 19** Effektmål for deltagernes oplevelse af social støtte i relation til stabiliseringsfasen

|                      | Tid1 (n= 79)  | Tid2 (n= 79)  | T-test                  | Effektstørrelse (Cohen's d) |
|----------------------|---------------|---------------|-------------------------|-----------------------------|
| <b>Social støtte</b> | 64,91 (12,76) | 66,08 (13,07) | t(76)= -0,95;<br>p=0,35 | d= 0,09                     |

### Psykologisk bekymring og stress

Der sker et ikke-signifikant fald i deltagernes scores omhandlende stress forbundet med økonomi fra stabiliseringsforløbets opstart (M= 56,25; SD= 33,18) til dets afslutning (M= 54,53; SD= 31,69), (t(78)= 0,39; p=0,70). I modsætning hertil sker der i samme periode et drastisk og signifikant fald i deltagernes gennemsnitscores for bekymring omhandlende barns samvær med far fra 69,41 (SD= 32,68) ved Tid1 til 49,91 (SD= 34,62) ved Tid2, (t(78)= 4,48; p<0,00). Der sker ligeledes en signifikant reduktion i deltagernes bekymringer omkring deres egen fysiske sikkerhed fra opstart (M= 47,11; SD= 34,16) til afslutning (M= 33,61; SD= 28,18) af stabiliseringsforløbet, (t(78)= 3,67; p<0,00). Scoren for deltagernes tillid til andre er omtrent uændret fra Tid1 (M= 52,61; SD= 31,19) til Tid2 (M= 52,33; SD= 31,53), dog er dette resultat ikke statistisk signifikant, (t(78)= 0,07; p=0,95). Endelig er scoren for deltagernes oplevelse af deres egen funktionsnedsættelse faldende fra stabiliseringsopstart (M= 47,86; SD= 32,33) til stabiliseringsafslutning (M= 39,86; SD= 29,06), således at deltagerne oplever af de kan udføre flere daglige gøremål efter stabiliseringens afslutning end inden de startede i UVS-forløbet. Dette resultat er statistisk signifikant, (t(78)= 2,09; p<0,04). **Table 20** viser effekten af stabiliseringsforløbet på deltagernes stress og bekymring omhandlende de omtalte parametre. Effektstørrelserne rangerer fra små til middel (d= 0,01 til 0,58), hvor den bedste effekt af stabiliseringsforløbet ses i forhold til stress forbundet med barns samvær med far (d= 0,58) efterfulgt af stress over fysisk sikkerhed (d= 0,43).



**Table 20** Effektmål for stress og bekymring forbundet med økonomi, barns samvær med far, fysisk sikkerhed, tillid til andre og funktionsnedsættelse i stabiliseringsforløbet

|  | Økonomi<br>M (SD)  | Barns<br>samvær<br>med far<br>M (SD) | Fysisk<br>sikkerhed<br>M (SD) | Tillid til<br>andre<br>M (SD) | Funktions-<br>nedsættelse<br>M (SD) |
|--|--------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Tid1<br/>(n= 79)</b>                | 56,25<br>(33,18)   | 69,41<br>(32,68)                     | 47,11<br>(34,16)              | 52,61<br>(31,19)              | 47,86<br>(32,33)                    |
| <b>Tid2<br/>(n= 79)</b>                | 54,53<br>(31,69)   | 49,91<br>(34,62)                     | 33,61<br>(28,18)              | 52,33<br>(31,53)              | 39,86<br>(29,06)                    |
| <b>T-test</b>                          | t(78)=0,39; p=0,70 | t(78)=4,48; p<0,00                   | t(78)= 3,67; p<0,00           | t(78)=0,07; p= 0,95           | t(78)= 2,09; p<0,04                 |
| <b>Effektstørrelse<br/>(Cohen's d)</b> | d= 0,05            | d= 0,58                              | d= 0,43                       | d= 0,01                       | d= 0,26                             |

### Uafhængighed af voldelig ekspartner

Resultaterne viser, at der sker en signifikant stigning i deltagernes gennemsnitsscores for oplevelsen af uafhængighed af den voldelige ekspartner fra Tid1 (M= 11,28; SD= 2,56) til Tid2 (M= 13,05; SD= 2,59), (t(78)= -6,08; p<0,00). Kvinderne føler sig herved mindre afhængige af den voldelige ekspartner ved stabiliseringsfasens afslutning end ved dens opstart, og denne effekt er middelstor (d= 0,69). I **Table 21** ses stabiliseringsfasens effekt på kvindernes fornemmelse af uafhængighed.

**Table 21** Effektmål af deltagernes fornemmelse af uafhængighed af voldelige ekspartner fra stabiliseringsforløbets opstart til dets afslutning

|  | Tid1 (n= 79) | Tid2 (n= 79) | T-test               | Effektstørrelse<br>(Cohen's d) |
|--|--------------|--------------|----------------------|--------------------------------|
| <b>Uafhængighed<br/>af voldelig<br/>ekspartner</b> | 11,28 (2,56) | 13,05 (2,59) | t(78)= -6,08; p<0,00 | d= 0,69                        |

## Opsamling

Resultaterne viser, at stabiliseringsforløbet generelt har en positiv indvirkning på deltagernes psykologiske symptomer, stress og bekymring, og at styrken af denne effekt svinger fra lille til stor afhængig af hvilke symptomer, der er tale om.

Deltagerne oplever en signifikant nedgang i symptomer omhandlende PTSD, negativ affektivitet, somatisering, dissociation, angst og depression. Desuden sker der signifikante fald i kvindernes stress og bekymring forbundet med deres oplevelse af egen fysisk sikkerhed, børnenes samvær med deres far samt deres evne til at udføre dagligdags gøremål. Endelig oplever deltagerne et bedre selvværd samt en større uafhængighed af den voldelige ekspartner efter at have modtaget rådgivning i UVS-forløbets indledende fase. De eneste faktorer, som kvinderne ikke oplever en signifikant bedring omkring i løbet af stabiliseringsfasen, er deres stress forbundet med økonomi, deres oplevelse af social støtte og deres tillid til andre.

## Forskel i psykologiske symptomer, stress og bekymring - før behandling til efter behandling

### PTSD

Resultaterne viser, at der sker et signifikant fald i den gennemsnitlige totalscore for deltagernes PTSD-symptomer fra før behandlingsfasens opstart (M= 60,73; SD= 11,01) til dens afslutning (M= 50,44; SD= 12,48), ( $t(40)= 5,27$ ;  $p<0,00$ ). Samme udvikling gør sig gældende for de tre separate symptomgrupper, idet der sker en signifikant nedgang i deltagernes genoplevelsessymptomer fra Tid2 (M= 13,76; SD= 3,46) til Tid4 (M= 11,44; SD= 3,41), ( $t(40)= 4,18$ ;  $p<0,00$ ). Deltagernes gennemsnitsscores for undgåelsessymptomer falder ligeledes signifikant fra Tid2 (M= 23,88; SD= 4,74) til Tid4 (M=19,46; SD= 5,78), ( $t(40)= 4,32$ ;  $p<0,00$ ). Endelig sker der også en signifikant reduktion i kvindernes vagtsomhedssymptomer, idet gennemsnitsscores falder fra 19,17 (SD= 4,02) ved inden behandlingsforløbets opstart til dets afslutning (M= 16,41; SD= 4,27), ( $t(40)= 3,79$ ;  $p<0,001$ ). I **tabel 22**

ses effekten af behandlingsforløbet i forhold til deltagernes PTSD-symptomer. Det fremgår af tabellen, at effekten af behandlingen er specielt god i forhold til deltagernes undgåelsessymptomer ( $d=0,86$ ) og deres samlede niveau af PTSD-symptomer ( $d=0,87$ ), mens den er lidt lavere for genoplevelsese- og vagtsomhedssymptomerne ( $d=0,68$  og  $0,67$ ).

**Tabel 22** Effektmål for deltagernes PTSD-symptomer i behandlingsforløbet

|  | HTQ<br>Genoplevelse<br>M (SD) | HTQ<br>Undgåelse<br>M (SD)  | HTQ<br>Vagtsomhed<br>M (SD)  | HTQ<br>Total<br>M (SD)      |
|--|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Tid2 (n= 41)</b>                    | 13,76 (3,46)                  | 23,88 (4,74)                | 19,17 (4,02)                 | 60,73<br>(11,01)            |
| <b>Tid4 (n= 41)</b>                    | 11,44 (3,41)                  | 19,46 (5,78)                | 16,41 (4,27)                 | 50,44<br>(12,48)            |
| <b>T-test</b>                          | $t(40)= 4,18$ ;<br>$p<0,00$   | $t(40)= 4,32$ ;<br>$p<0,00$ | $t(40)= 3,79$ ;<br>$p<0,001$ | $t(40)= 5,27$ ;<br>$p<0,00$ |
| <b>Effektstørrelse<br/>(Cohen's d)</b> | $d= 0,68$                     | $d= 0,86$                   | $d= 0,67$                    | $d= 0,87$                   |

### Negativ affektivitet, somatisering og dissociation

Der sker et signifikant fald i totalscoren for TSC-skalaen fra behandlingsforløbets opstart ( $M= 55,63$ ;  $SD= 10,84$ ) til dets afslutning ( $M= 46,71$ ;  $SD= 9,51$ ), ( $t(40)= 6,12$ ;  $p<0,00$ ). Ligeledes sker der et signifikant fald i scoren for negativ affektivitet fra Tid2 ( $M= 22,22$ ;  $SD= 5,30$ ) til Tid4 ( $M= 17,98$ ;  $SD= 3,84$ ), ( $t(40)= 6,65$ ;  $p<0,00$ ). Scoren for somatisering falder også signifikant i løbet af behandlingsfasen fra  $24,37$  ( $SD= 4,48$ ) ved Tid2 til  $20,93$  ( $SD= 5,35$ ) ved Tid4, ( $t(40)= 4,59$ ;  $p<0,00$ ). Endelig ses en signifikant nedgang i deltagernes dissociationssymptomer fra Tid2 ( $M= 9,05$ ;  $SD= 2,86$ ) til Tid4 ( $M= 7,80$ ;  $SD= 2,44$ ), ( $t(40)= 3,06$ ;  $p<0,004$ ). Effektstørrelserne rangerer fra  $d= 0,47$  til  $0,92$ , hvor effekten af behandlingen er

specielt stor i forhold til negativ affektivitet ( $d=0,92$ ) og det samlede symptomniveau ( $d=0,87$ ). **Tabel 23** viser effekten af behandlingsforløbet i forhold til de omtalte symptomer.

**Tabel 23** Effektmål for deltagernes symptomer på negativ affektivitet, somatisering og dissociation i løbet af behandlingsfasen

|  | TSC<br>Negativ<br>affektivitet<br>M (SD) | TSC<br>Somatisering<br>M (SD) | TSC<br>Dissociation<br>M (SD) | TSC<br>Total<br>M (SD) |
|--|--|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| <b>Tid2 (n= 41)</b>                    | 22,22 (5,30)                             | 24,37 (4,48)                  | 9,05 (2,86)                   | 55,63<br>(10,84)       |
| <b>Tid4 (n= 41)</b>                    | 17,98 (3,84)                             | 20,93 (5,35)                  | 7,80 (2,44)                   | 46,71 (9,51)           |
| <b>T-test</b>                          | t(40)= 6,65;<br>p<0,00                   | t(40)= 4,59;<br>p<0,00        | t(40)= 3,06;<br>p<0,004       | t(40)= 6,12;<br>p<0,00 |
| <b>Effektstørrelse<br/>(Cohen´s d)</b> | d= 0,92                                  | d= 0,70                       | d= 0,47                       | d= 0,87                |

### Angst og depression

Totalscoren for deltagernes angst- og depressionssymptomer falder signifikant fra før behandlingsforløbets opstart ( $M=54,00$ ;  $SD=11,24$ ) til dets afslutning ( $M=44,22$ ;  $SD=8,42$ ), ( $t(40)=5,72$ ;  $p<0,00$ ). Det samme gør sig gældende på subskala-niveau, hvor kvindernes angstsymptomer reduceres signifikant fra Tid2 ( $M=20,73$ ;  $SD=5,75$ ) til Tid4 ( $M=17,49$ ;  $SD=3,99$ ), ( $t(40)=4,11$ ;  $p<0,00$ ), ligesom depressionssymptomer følger samme udvikling fra før ( $M=33,27$ ;  $SD=6,97$ ) til slut ( $M=26,73$ ;  $SD=5,32$ ) på behandlingsforløbet, ( $t(40)=6,33$ ;  $p=0,00$ ). I **tabel 24** ses effekten af behandlingsfasen i forhold til at reducere deltagernes angst- og depressionssymptomer. Det fremgår af tabellen, at effektstørrelserne for depression ( $d=1,05$ ) og det samlede symptommål ( $d=0,98$ ) er meget høje, hvilket indikerer en særlig god effekt af behandlingsforløbet i forhold til disse to variable.

**Table 24** Effektmål for deltagernes angst- og depressionssymptomer i behandlingsperioden

|                                | HSCL Angst<br>M (SD)   | HSCL Depression<br>M (SD) | HSCL Total<br>M (SD)   |
|--------------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| Tid2 (n= 41)                   | 20,73 (5,75)           | 33,27 (6,97)              | 54,00 (11,24)          |
| Tid4 (n= 41)                   | 17,49 (3,99)           | 26,73 (5,32)              | 44,22 (8,42)           |
| T-test                         | t(40)= 4,11;<br>p<0,00 | t(40)= 6,33;<br>p<0,00    | t(40)= 5,72;<br>p<0,00 |
| Effektstørrelse<br>(Cohen's d) | d= 0,65                | d= 1.05                   | d= 0,98                |

### Selvværd

Den samlede gennemsnitsscore for deltagernes selvværdfølelse forbliver stort set uændret fra behandlingsforløbets opstart (M= 27,31; SD= 1,88) til dets afslutning (M= 27,56; SD= 4,91), dog er dette resultat ikke statistisk signifikant (t(38)= -0,33; p= 0,74), og effektstørrelsen er derfor tilsvarende lille (d= 0,06). **Table 25** viser udviklingen i kvindernes selvværd i behandlingsforløbet.

**Table 25** Effektmål for deltagernes selvværd i behandlingsforløbet

|          | Tid2 (n= 39) | Tid4 (n= 39) | T-test                   | Effektstørrelse<br>(Cohen's d) |
|----------|--------------|--------------|--------------------------|--------------------------------|
| Selvværd | 27,31 (1,88) | 27,56 (4,91) | t(38)= -0,33;<br>p= 0,74 | d= 0,06                        |

### Social støtte

Totalscoren for deltagernes oplevelse af social støtte stiger fra Tid2 (M= 63,46; SD= 11,55) til Tid4 (M= 64,54; SD= 13,15), men denne stigning er ikke statistisk signifikant (t(40)= -0,57; p= 0,57), og effektstørrelsen er lille (d= 0,09). **Table 26**

viser effekten af behandlingsforløbet i forhold til at højne deltagernes oplevelse af social støtte.

**Tablet 26** Effektmål for deltagernes oplevelse af social støtte i behandlingsfasen

|                      | Tid1 (n= 41)  | Tid2 (n= 41)  | T-test                   | Effektstørrelse (Cohen's d) |
|----------------------|---------------|---------------|--------------------------|-----------------------------|
| <b>Social støtte</b> | 63,46 (11,55) | 64,54 (13,15) | t(40)= -0,57;<br>p= 0,57 | d= 0,09                     |

### Psykologisk bekymring og stress

Der sker et ikke-signifikant fald i deltagernes scores omhandlende stress forbundet med økonomi fra før behandlingsforløbets opstart (M= 54,95; SD= 31,44) til dets afslutning (M= 44,61; SD= 29,90), (t(40)= 1,85; p<0,07). Ligeledes sker der i samme periode et ikke-signifikant fald i deltagernes gennemsnitscores for bekymring omhandlende barns samvær med far fra 56,90 (SD= 35,15) ved Tid2 til 47,61 (SD= 32,82) ved Tid4, (t(40)= 1,50; p= 0,14). I modsætning hertil sker der en signifikant reduktion i deltagernes bekymringer omkring deres egen fysiske sikkerhed fra før opstart (M= 37,68; SD= 29,33) til afslutning (M= 23,17; SD= 23,01) af behandlingsforløbet, (t(40)= 3,04; p<0,004). Scoren for deltagernes tillid til andre falder også signifikant fra Tid2 (M= 56,56; SD= 34,99) til Tid4 (M= 46,39; SD= 28,59), (t(40)= 2,15; p<0,04). Endelig er scoren for deltagernes oplevelse af deres egen funktionsnedsættelse faldende fra før behandlingsopstart (M= 49,29; SD= 29,25) til behandlingsafslutning (M= 43,66; SD= 26,00), således at deltagerne oplever af de kan udføre flere daglige gøremål efter behandlingens afslutning end før behandlingsopstart. Dette resultat er dog ikke statistisk signifikant (t(40)= 0,96; p= 0,34). **Tablet 27** viser effekten af behandlingsforløbet på deltagernes stress og bekymring omhandlende de omtalte parametre. Af tabellen fremgår det, at de fleste af effektstørrelserne er små (d= 0,20 til 0,34), dog ses der en middelstor effekt af behandlingsforløbet i forhold til deltagernes stress omkring deres egen fysiske sikkerhed (d= 0,55).

**Tabel 27** Effektmål for stress og bekymring forbundet med økonomi, barns samvær med far, fysisk sikkerhed, tillid til andre og funktionsnedsættelse i behandlingsforløbet

|  | Økonomi<br>M (SD)          | Barns<br>samvær<br>med<br>far<br>M (SD) | Fysisk<br>sikkerhed<br>M (SD) | Tillid til<br>andre<br>M (SD) | Funktions-<br>nedsættelse<br>M (SD) |
|--|----------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Tid2<br/>(n= 41)</b>                | 54,95<br>(31,44)           | 56,90<br>(35,15)                        | 37,68<br>(29,33)              | 56,56<br>(34,99)              | 49,29<br>(29,25)                    |
| <b>Tid4<br/>(n= 41)</b>                | 44,61<br>(29,90)           | 47,61<br>(32,82)                        | 23,17<br>(23,01)              | 46,39<br>(28,59)              | 43,66<br>(26,00)                    |
| <b>T-test</b>                          | t(40)=1,85<br>;<br>p= 0,07 | t(40)=<br>1,50; p=<br>0,14              | t(40)=<br>3,04; p<<br>0,004   | t(40)=2,15<br>;<br>p<0,04     | t(40)= 0,96;<br>p= 0,34             |
| <b>Effektstørrelse<br/>(Cohen's d)</b> | d= 0,34                    | d= 0,27                                 | d= 0,55                       | d= 0,32                       | d= 0,20                             |

#### Uafhængighed af voldelig ekspartner

Resultaterne viser, at der sker en signifikant stigning i deltagernes

gennemsnitsscores for oplevelsen af uafhængighed af den voldelige ekspartner

fra Tid2 (M= 12,02; SD= 1,82) til Tid4 (M= 13,61; SD= 1,79), (t(40)= -4,76; p<0,00).

Kvinderne føler sig herved mindre afhængige af den voldelige ekspartner ved

behandlingsfasens afslutning end ved dens opstart. Behandlingseffekten er for

denne variabel stor (d= 0,88). I **Tabel 28** ses behandlingsfasens effekt på

kvindernes fornemmelse af uafhængighed.

**Tabel 28** Effektmål for deltagernes fornemmelse af uafhængighed af voldelige ekspartner fra behandlingsforløbets opstart til dets afslutning

|  | Tid2 (n= 41) | Tid4 (n= 41) | T-test                      | Effektstørrelse<br>(Cohen's d) |
|--|--------------|--------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>Uafhængighed<br/>af voldelig<br/>ekspartner</b> | 12,02 (1,82) | 13,61 (1,79) | t(40)= -<br>4,76;<br>p<0,00 | d= 0,88                        |

## Opsamling

Resultaterne indikerer, at behandlingsforløbet generelt har en positiv indvirkning på deltagernes psykologiske symptomer, stress og bekymring, og styrken af denne effekt varierer fra lille til stor afhængig af, hvilken symptomgruppe der er tale om. Deltagerne oplever en signifikant nedgang i symptomer omhandlende PTSD, negativ affektivitet, somatisering, dissociation, angst og depression. Desuden sker der signifikante fald i kvindernes stress og bekymring forbundet med deres oplevelse af egen fysisk sikkerhed og deres tillid til andre mennesker. Endelig oplever deltagerne en større uafhængighed af den voldelige ekspartner efter at have modtaget rådgivning i UVS-forløbets behandlingsfase. På nogle områder har behandlingsforløbet dog ikke den ønskede effekt, idet der ikke kan påvises signifikant bedring i forhold til kvindernes oplevelse af social støtte, selvværd, deres stress forbundet med økonomi og barns samvær med faren samt deres daglige funktionsniveau.

## Forskel i psykologiske symptomer, stress og bekymring - før efterværn til slut efterværn

### PTSD

Resultaterne viser, at der sker et ikke-signifikant fald i den gennemsnitlige totalscore for deltagernes PTSD-symptomer fra før efterværnets opstart (M= 51,74; SD= 12,96) til dets afslutning (M= 49,13; SD= 12,99), ( $t(38)= 1,54$ ;  $p= 0,13$ ). Udviklingen i deltagernes genoplevelsessymptomer er stagnerende fra Tid4 (M= 11,90; SD= 4,02) til Tid5 (M= 11,92; SD= 4,21), dog er dette resultat ikke signifikant ( $t(38)= -0,5$ ;  $p= 0,96$ ). Deltagernes gennemsnitsscores for undgåelsessymptomer falder herimod signifikant fra før (M= 19,97; SD= 5,53) til slut på efterværnsfasen (M=17,85; SD= 5,04), ( $t(38)= 2,47$ ;  $p<0,02$ ). Endelig er udviklingen i kvindernes vagtsomhedssymptomer stagnerende, idet gennemsnitsscores falder fra 16,69 (SD= 4,49) ved inden efterværnets opstart til dets afslutning (M= 16,26; SD= 4,83), ( $t(38)= 0,62$ ;  $p= 0,54$ ). I **tabel 29** ses effekten



af efterværnet i forhold til deltagernes PTSD-symptomer. Det fremgår af de små effektstørrelser ( $d = 0,004$  til  $0,40$ ), at effekten af efterværnsforløbet er begrænset i forhold til at reducere deltagernes PTSD-symptomer.

**Tabel 29** Effektmål for deltagernes PTSD-symptomer i efterværnsforløbet

|  | HTQ<br>Genoplevelse<br>M (SD)  | HTQ<br>Undgåelse<br>M (SD)     | HTQ<br>Vagtsomhed<br>M (SD)    | HTQ<br>Total<br>M (SD)         |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Tid4 (n= 39)</b>                    | 11,90 (4,02)                   | 19,97 (5,53)                   | 16,69 (4,49)                   | 51,74<br>(12,96)               |
| <b>Tid5 (n= 39)</b>                    | 11,92 (4,21)                   | 17,85 (5,04)                   | 16,26 (4,83)                   | 49,13<br>(12,99)               |
| <b>T-test</b>                          | $t(38) = -0,5$ ;<br>$p = 0,96$ | $t(38) = 2,47$ ;<br>$p < 0,02$ | $t(38) = 0,62$ ;<br>$p = 0,54$ | $t(38) = 1,54$ ;<br>$p = 0,13$ |
| <b>Effektstørrelse<br/>(Cohen's d)</b> | $d = 0,004$                    | $d = 0,40$                     | $d = 0,09$                     | $d = 0,20$                     |

### Negativ affektivitet, somatisering og dissociation

Der sker et ikke-signifikant fald i totalscoren for TSC-skalaen fra før efterværnets opstart ( $M = 50,64$ ;  $SD = 12,90$ ) til dets afslutning ( $M = 48,72$ ;  $SD = 11,16$ ), ( $t(38) = 1,17$ ;  $p = 0,25$ ). Ligeledes sker der et lille, ikke-signifikant fald i scoren for negativ affektivitet fra Tid4 ( $M = 19,18$ ;  $SD = 4,99$ ) til Tid5 ( $M = 18,38$ ;  $SD = 4,86$ ), ( $t(38) = 1,05$ ;  $p = 0,30$ ). Scoren for somatisering er til gengæld næsten uforandret i løbet af efterværnsfasen fra  $22,90$  ( $SD = 6,64$ ) ved Tid4 til  $22,36$  ( $SD = 5,49$ ) ved Tid5, dog er dette resultat ikke signifikant ( $t(38) = 0,66$ ;  $p = 0,51$ ). Endelig ses en lille ikke-signifikant nedgang i deltagernes dissociationssymptomer fra Tid4 ( $M = 8,56$ ;  $SD = 2,94$ ) til Tid5 ( $M = 7,97$ ;  $SD = 2,65$ ), ( $t(38) = 1,65$ ;  $p = 0,11$ ). Effektstørrelserne rangerer fra  $d = 0,09$  til  $0,21$  og indikerer en lille effekt af efterværnsforløbet i

forhold til de nævnte faktorer. **Tabel 30** viser effekten af efterværnsforløbet i forhold til de omtalte symptomer.

**Tabel 30** Effektmål for deltagernes symptomer på negativ affektivitet, somatisering og dissociation i efterværnsforløbet

|  | TSC<br>Negativ<br>affektivitet<br>M (SD) | TSC<br>Somatisering<br>M (SD) | TSC<br>Dissociation<br>M (SD) | TSC<br>Total<br>M (SD)  |
|--|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| <b>Tid4 (n= 39)</b>                    | 19,18 (4,99)                             | 22,90 (6,64)                  | 8,56 (2,94)                   | 50,64<br>(12,90)        |
| <b>Tid5 (n= 39)</b>                    | 18,38 (4,86)                             | 22,36 (5,49)                  | 7,97 (2,65)                   | 48,72<br>(11,16)        |
| <b>T-test</b>                          | t(38)= 1,05;<br>p= 0,30                  | t(38)= 0,66;<br>p= 0,51       | t(38)= 1,65;<br>p= 0,11       | t(38)= 1,17;<br>p= 0,25 |
| <b>Effektstørrelse<br/>(Cohen´s d)</b> | d= 0,16                                  | d= 0,09                       | d= 0,21                       | d= 0,16                 |

### Angst og depression

Totalscoren for deltagernes angst- og depressionssymptomer stiger fra før efterværnets opstart (M= 46,46; SD= 11,05) til dets afslutning (M= 47,23; SD= 11,48), dog er denne udvikling ikke signifikant, (t(38)= -0,45; p= 0,66).

Gennemsnitsscoren for kvindernes angstsymptomer forbliver derimod uændret fra Tid4 (M= 18,51; SD= 5,39) til Tid5 (M= 18,62; SD= 4,85), men dette resultat er ikke statistisk signifikant (t(38)= -0,14; p= 0,89). Deltagernes gennemsnitsscore for depressionssymptomer stiger fra før (M= 27,95; SD= 6,11) til slut (M= 28,62; SD= 7,75) på efterværnsforløbet, men denne stigning er ikke signifikant (t(38)= -0,59; p= 0,56). Effektstørrelserne indikerer ligeledes, at efterværnsforløbet ingen effekt har på deltagernes angst- og depressionssymptomer (d= 0,02 til 0,10). I **tabel 31** ses effekten af efterværnsforløbet i forhold til at reducere deltagernes angst- og depressionssymptomer.

**Tabel 31** Effektmål for deltagernes angst- og depressionssymptomer i efterværnsforløbet

|                                | HSCL<br>Angst<br>M (SD)  | HSCL<br>Depression<br>M (SD) | HSCL<br>Total<br>M (SD)  |
|--------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Tid4 (n= 39)                   | 18,51 (5,39)             | 27,95 (6,11)                 | 46,46 (11,05)            |
| Tid5 (n= 39)                   | 18,62 (4,85)             | 28,62 (7,75)                 | 47,23 (11,48)            |
| T-test                         | t(38)= -0,14;<br>p= 0,89 | t(38)= -0,59;<br>p= 0,56     | t(38)= -0,45;<br>p= 0,66 |
| Effektstørrelse<br>(Cohen's d) | d= 0,02                  | d= 0,10                      | d= 0,07                  |

### Selvværd

**Tabel 32** viser effekten af efterværnsfasen på deltagernes selvværd. Af tabellen fremgår det at deltagernes selvværdsfølelse forbliver uændret fra efterværnets opstart (M= 27,26; SD= 5,05) til dets afslutning (M=27,13; SD= 4,86), men at dette resultat ikke er statistisk signifikant (t(38)= 0,25; p= 0,81), ligesom effekten er lav (d= 0,03).

**Tabel 32** Effektmål for deltagernes selvværdsfølelse i efterværnsfasen

|          | Tid4 (n= 39) | Tid5 (n= 39) | T-test                  | Effektstørrelse<br>(Cohen's d) |
|----------|--------------|--------------|-------------------------|--------------------------------|
| Selvværd | 27,26 (5,05) | 27,13 (4,86) | t(38)= 0,25;<br>p= 0,81 | d= 0,03                        |

### Social støtte

Totalscoren for deltagernes oplevelse af social støtte falder en smule fra før efterværnets opstart (M= 65,41; SD= 13,72) til dets afslutning (M= 64,62; SD= 14,21), men dette fald er ikke statistisk signifikant (t(38)= 0,37; p= 0,71), hvorfor effektstørrelsen er lav (d= 0,06) **Tabel 33** viser effekten af efterværnsforløbet i forhold til deltagernes oplevelse af social støtte.

**Table 33** Effektmål for deltagernes oplevelse af social støtte i efterværnsfasen

|                      | Tid4 (n= 39)  | Tid5 (n= 39)  | T-test                  | Effektstørrelse (Cohen's d) |
|----------------------|---------------|---------------|-------------------------|-----------------------------|
| <b>Social støtte</b> | 65,41 (13,72) | 64,62 (14,21) | t(38)= 0,37;<br>p= 0,71 | d= 0,06                     |

### Psykologisk bekymring og stress

Der sker et ikke-signifikant fald i deltagernes scores omhandlende stress forbundet med økonomi fra før efterværnsforløbets opstart (M= 53,26; SD= 32,74) til dets afslutning (M= 51,31; SD= 31,09), (t(38)= 0,38; p= 0,71). Herimod sker der i samme periode en ikke-signifikant stigning i deltagernes gennemsnitscores for bekymring omhandlende barns samvær med far fra 48,82 (SD= 35,26) ved Tid4 til 49,95 (SD= 31,27) ved Tid5, (t(38)= -0,27; p= 0,79). Ligeledes øges deltagernes bekymringer omkring deres egen fysiske sikkerhed fra før opstart (M= 23,15; SD= 22,21) til afslutning (M= 27,90; SD= 26,86) af efterværnet, men denne udvikling er ikke signifikant (t(38)= -0,85; p= 0,40). Scoren for deltagernes tillid til andre falder til gengæld fra Tid4 (M= 51,28; SD= 29,14) til Tid5 (M= 48,28; SD= 27,48), men heller ikke denne udvikling er statistisk set signifikant (t(38)= 0,56; p= 0,58). Endelig er scoren for deltagernes oplevelse af deres egen funktionsnedsættelse faldende fra før efterværnets opstart (M= 47,62; SD= 27,86) til afslutningen af det (M= 44,21; SD= 22,68), men dette resultat er dog ikke statistisk signifikant (t(38)= 0,69; p= 0,50). Effektstørrelserne er meget lave (d= 0,19 til 0,13), hvorfor efterværnsfasen ikke har nogen positiv effekt på deltagernes stress og bekymringer. **Table 34** viser effekten af efterværnsforløbet på deltagernes stress og bekymring omhandlende de omtalte faktorer.

**Tabel 34** Effektmål for stress og bekymring forbundet med økonomi, barns samvær med far, fysisk sikkerhed, tillid til andre og funktionsnedsættelse i efterværnsforløbet

|  | Økonomi<br>M (SD)      | Barns<br>samvær<br>med far<br>M (SD) | Fysisk<br>sikkerhed<br>M (SD) | Tillid til<br>andre<br>M (SD) | Funktions-<br>nedsættelse<br>M (SD) |
|--|------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Tid4<br/>(n= 39)</b>                          | 53,26<br>(32,74)       | 48,82<br>(35,26)                     | 23,15<br>(22,21)              | 51,28<br>(29,14)              | 47,62<br>(27,86)                    |
| <b>Tid5<br/>(n= 39)</b>                          | 51,31<br>(31,09)       | 49,95<br>(31,27)                     | 27,90<br>(26,86)              | 48,28<br>(27,48)              | 44,21<br>(22,68)                    |
| <b>T-test</b>                                    | t(38)=0,38;<br>p= 0,71 | t(38)=<br>0,27;<br>p= 0,79           | t(38)=<br>0,85; p=<br>0,40    | t(38)=0,56;<br>p= 0,58        | t(38)= 0,69;<br>p= 0,50             |
| <b>Effekt-<br/>størrelse<br/>(Cohen´s<br/>d)</b> | d= 0,06                | d= 0,03                              | d= 0,19                       | d= 0,11                       | d= 0,13                             |

### Uafhængighed af voldelig ekspartner

Resultaterne viser, at deltagernes gennemsnitsscores for oplevelsen af uafhængighed af den voldelige ekspartner er uændret fra Tid4 (M= 14,05; SD= 2,18) til Tid5 (M= 14,03; SD= 2,10), dog er dette resultat ikke signifikant (t(38)= -0,07; p= 0,95), og effektstørrelsen er tilsvarende lav (d= 0,01). I **Tabel 35** ses efterværnets effekt på kvindernes fornemmelse af uafhængighed.

**Tabel 35** Effektmål for deltagernes fornemmelse af uafhængighed af voldelige ekspartner fra efterværnets opstart til dets afslutning

|  | Tid4 (n= 41) | Tid5 (n= 41) | T-test                  | Effektstørrelse<br>(Cohen´s d) |
|--|--------------|--------------|-------------------------|--------------------------------|
| <b>Uafhængighed<br/>af voldelig<br/>ekspartner</b> | 14,05 (2,18) | 14,03 (2,10) | t(38)= 0,07;<br>p= 0,95 | d= 0,01                        |

### Opsamling

Resultaterne viser, at deltagernes PTSD-symptomatologi ikke bedres i løbet af efterværnsfasen, og lave effektstørrelser indikerer ligeledes, at effekten af

efterværnet er lav. Dette gælder dog ikke deltagernes undgåelsessymptomer, idet der fortsat sker en signifikant reduktion af disse fra efterværnets opstart til dets afslutning. Ligeledes sker der ingen signifikant bedring hos kvinderne i forhold til negativ affektivitet, somatisering og dissociation. Deltagernes angst- og depressionssymptomer ændres heller ikke i løbet af efterværnsperioden, ligesom der heller ikke sker nogen positiv udvikling i kvindernes oplevelse af social støtte og følelse af selvværd. I relation til deltagernes stress og bekymring viser resultaterne også samme tendens som for de psykologiske symptomer; der sker ingen bedring i deltagernes stress og tanker forbundet med økonomi, barns samvær med far, fysisk sikkerhed, tillid til andre og daglige funktionsniveau i løbet af efterværnsperioden. Der ses endog en ikke-signifikant stigning i deltagernes stress forbundet med egen fysiske sikkerhed i løbet af efterværnet. Endelig er deltagernes uafhængighed af den voldelige ekspartner uforandret fra efterværnets opstart til dets afslutning. Det kan konkluderes, at efterværnsforløbet generelt ikke bidrager til en bedring af deltagernes psykologiske symptomer, sociale støtte, selvværd samt stress og bekymring, men at der heller ikke er tale om en forværring af deltagerens trivsel i denne fase af UVS-programmet.

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

Resultaterne viser, at deltagerne oplever en bedring i deres psykologiske symptomer, stress og bekymring fra UVS-forløbets opstart til dets afslutning.

Følgende resultater er fundet for hele UVS-forløbet:

- Reduktion af deltagernes symptomer på PTSD
- Reduktion af deltagernes symptomer forbundet med negativ affektivitet, somatisering og dissociation
- Reduktion af deltagernes symptomer på angst og depression
- Reduktion af stress forbundet med økonomi, barns samvær med far samt egen fysisk sikkerhed
- Større tillid til andre mennesker og et bedre funktionsniveau
- En større følelse af social støtte
- Bedre selvværd
- 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 reduktion af symptomer på PTSD
- En signifikant reduktion af symptomer omhandlende negativ affektivitet, somatisering og dissociation
- En signifikant reduktion af angst- og depressionssymptomer
- En signifikant reduktion af stress forbundet med barns samvær med far samt egen fysisk sikkerhed

- En signifikant stigning i selvværd
- En signifikant større uafhængighed fra voldelig ekspartner
- Et signifikant bedre funktionsniveau i det daglige

Disse forandringer er i overensstemmelse med mange af de mål, som Mødrehjælpen har opsat for stabiliseringsforløbet, hvor der tilstræbes en stabilisering af psykiske symptomer, sikkerhed, økonomi, boligspørgsmål, samvær og retshjælp. Kvinderne oplever imidlertid ikke en signifikant bedring i forhold til deres oplevelse af social støtte, deres økonomi samt deres tillid til andre mennesker. Der kan være mange årsager til dette, men der kan argumenteres for, at disse faktorer kan være svære at ændre, fordi bekymringerne omkring økonomi, social støtte og tillid er reelle. Undersøgelser har eksempelvis påvist, at voldsramte kvinder ofte har færre mennesker i deres liv til at støtte dem end kvinder, der ikke har været udsat for vold (Katerndahl et al., 2013). Ligeledes har mange af kvinderne levet i det voldelige parforhold i mange år, hvorfor det er naturligt, at de oplever en mistro til andre mennesker. Endelig kan bruddet med den voldelige ekspartner sætte kvinderne i en økonomisk vanskelig situation, idet der nu bl.a. ikke længere er to indkomster til at klare familiens udgifter.

Effektstørrelserne for stabiliseringsforløbet rangerer fra små til store afhængig af hvilke symptomgrupper, der er tale om. Samlet set indikerer dette, at stabiliseringsforløbet i varierende grad har god effekt på redueringen af kvindernes følgevirkninger af volden.

### **Behandlingsforløbet**

Fra før til efter behandlingen angiver kvinderne,

- En signifikant reduktion af symptomer på PTSD
- En signifikant reduktion af symptomer omhandlende negativ affektivitet, somatisering og dissociation



- En signifikant reduktion af angst- og depressionssymptomer
- Signifikant mere tillid til andre
- En signifikant større uafhængighed af voldelig ekspartner
- Signifikant mindre stress forbundet med økonomi og egen fysisk sikkerhed

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

Effektstørrelserne varierer fortsat afhængig af den givne symptomgruppe, hvorfor behandlingsforløbet har stor effekt på nogle symptomer og mindre effekt på andre.

### **Efterværnsforløbet**

Fra før til efter efterværnsforløbet angiver kvinderne:

- En signifikant reduktion af undgåelsesadfærd

Fra før til efter efterværnsforløbet er der færre indikatorer, som udviser signifikante forandringer end ved de to ovenstående behandlingstiltag.

Effektstørrelserne er ligeledes meget lave for efterværnsforløbet, hvilket indikerer, at styrken af efterværnsforløbets effekt er lav i forhold til de undersøgte variable.

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.

Resultaterne omhandlende efterværnsforløbet indikerer, at kvindernes psykologiske forbedring fastholdes i denne fase, hvilket i nogle tilfælde er op til et halvt år efter afslutningen på det egentlige rådgivnings- og behandlingsforløb.

## **Risikofaktorer**

Det har været målsætningen, at UVS II-rapporten også skulle indeholde et afsnit omhandlende risikofaktorer for kvinderne udvikling af PTSD. Forskning viser, at ikke alle traumeofre udvikler PTSD, og det er derfor interessant at kortlægge, hvilke faktorer der påvirker udviklingen af PTSD hos voldsramte kvinder. En sådan kortlægning kan i bedste fald forebygge udviklingen af PTSD eller medvirke til at specificere behandlingsindsatsen for de voldsramte kvinder, der rammes af PTSD.

I en stor meta-analyse af mange psykologiske undersøgelser identificeres en række risikofaktorer for udviklingen af PTSD hos traumeofre, herunder bl.a. flere demografiske faktorer såsom alder race og uddannelsesniveau og specifikke traumefaktorer såsom traumets sværhedsgrad og tidligere traumeeksponering (Brewin, Andrews & Valentine,2000). Ligeledes er manglende social støtte også identificeret som en risikofaktor for udviklingen af PTSD på tværs af traumepopulationer (Ozer, Best, Lipsey & Weiss,2003).

I denne undersøgelse er der imidlertid ikke fundet belæg for, at de variable, der identificeres som risikofaktorer i andre undersøgelser, har nogen indvirkning på kvindernes udvikling af PTSD i UVS II. Regressionsanalyser viser, at de demografiske faktorer i form af alder, civilstand, etnicitet, beskæftigelse og uddannelsesniveau ikke har nogen indvirkning på udviklingen af PTSD hos

deltagerne i UVS II, ligesom manglende social støtte heller kan forklare variationen i kvindernes PTSD-symptomatologi. Dog viser resultaterne, at én faktor i begrænset udstrækning kan forklare noget af variationen i deltagernes PTSD-niveau. Denne faktor omhandler kvindernes egen fornemmelse af belastningsgrad i hverdagen, hvor de kvinder der følte sig meget belastede i forhold til at udføre dagligdags gøremål også udviste et højt symptomniveau for PTSD. Denne faktor kan forklare 12 % af variationen i deltagernes PTSD-niveau. At denne variabel er en risikofaktor for kvindernes udvikling af PTSD, er der umiddelbart ikke noget opsigtsvækkende i, da den modsvarer belastningskriteriet i PTSD-diagnosen. Det er til gengæld opsigtsvækkende, at der ikke kan identificeres andre risikofaktorer for UVS II-deltagernes udvikling af PTSD. Det er umiddelbart svært at svare på, hvorfor dette gør sig gældende for UVS II deltagerne. Der er ikke lavet regressionsanalyser af datamaterialet fra UVS I, så det er ikke muligt at sammenligne de to grupper på dette område, men af sammenligningsafsnittet i denne rapport fremgår det, at de to grupper overordnet set ligner hinanden. Det er derfor svært at få billede på, at der kan identificeres mange flere risikofaktorer i forhold til UVS I-deltagerne end kvinderne i UVS II. Det er med andre ord nødvendigt at foretage nye undersøgelser med specifikt fokus på risikofaktorer for at kunne udsige noget nærmere om spørgsmålet.

## **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 også tilbudt at deltage i et gruppebehandlingsforløb. Forløbet er primært rettet mod børn i alderen 4-12 år, men ældre børn tilbydes ligeledes et gruppeforløb, hvis det vurderes relevant for barnet. 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**

Der er ændret i spørgeskemaerne fra UVS I til UVS II, således at kvinderne ikke længere adspørges om relationen til barnet. Det er derfor ingen tilgængelige data omkring dette tema for kvinderne i UVS II. Børnenes psykologiske fremgang i behandlingsforløbet måles herimod fortsat, og målingerne er foretaget ved starten af børnenes tilknytning til UVS og ved slutningen af deres kontakt til UVS. Til dette formål anvendes *The Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; 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. I **tabel 36** ses kategoriseringen af disse områder.

**Tabel 36** Kategorisering af scores i SDQ-skema

|                            | Normal | Grænseområde | Unormal |
|----------------------------|--------|--------------|---------|
| 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   |

## Barnets styrker og svagheder

Det fremgår af **tabel 37**, at alle børnenes problem scores falder i løbet af behandlingen. Ændringer af Cohen's d på .20 beskrives som små; ændringer på .50 som moderate og ændringer på .80 og derover som store. Børnenes prosociale adfærd er til gengæld stort set uændret fra første til anden måling ( $d = .07$ ). Endelig sker der et markant fald i den samlede gennemsnitsscore for børnenes vanskeligheder fra før til efter behandlingsforløbet ( $d = .75$ ). Det er vigtigt at bemærke, at der sker et stort frafald af respondenter fra første til anden måling, hvorfor resultaterne fra anden måling må fortolkes med en vis forsigtighed.

**Tabel 37** Gennemsnitsscores for børnenes SDQ-data

|                                      | <b>Start forløb<br/>M (SD)</b> | <b>Slut forløb<br/>M (SD)</b> | <b>Cohen's d</b> |
|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------|
| <b>Hyperaktivitet</b>                | 3,71 (2,61)<br>(n= 103)        | 3,04 (2,65)<br>(n= 45)        | .26              |
| <b>Adfærdsproblemer</b>              | 2,35 (1,91)<br>(n= 102)        | 1,62 (1,61)<br>(n= 45)        | .41              |
| <b>Følelsesmæssige<br/>problemer</b> | 4,46 (2,78)<br>(n= 103)        | 3,31 (2,54)<br>(n= 45)        | .43              |
| <b>Sociale problemer</b>             | 2,84 (1,36)<br>(n= 90)         | 0,75 (1,49)<br>(n= 40)        | .47              |
| <b>Prosocial adfærd</b>              | 8,11 (1,86)<br>(n= 103)        | 8,00 (2,01)<br>(n= 45)        | .07              |
| <b>Vanskeligheder total</b>          | 11,98 (4,95)<br>(n= 89)        | 8,18 (5,14)<br>(n= 40)        | .75              |

## Opsamling og diskussion

Resultaterne fra børnenes SDQ-skemaer indikerer, at de har god gavn af behandlingen, der formår at reducere deres vanskeligheder på flere områder. Børnene oplever ved behandlingsopstart flere problemer med adfærd, følelser og social kontakt til jævnaldrende end andre børn, der ikke har været udsat for vold i hjemmet. Dette ændrer sig imidlertid i to ud af tre tilfælde i løbet af behandlingen, således at børnene efter behandlingen udviser den samme mængde af adfærdsproblemer og sociale vanskeligheder som andre børn. Det er dog vigtigt at bemærke, at børnenes score for totale vanskeligheder både før og efter behandlingsforløbet ligger indenfor normalområdet, hvilket kan tyde på, at de på de målte områder ikke er så belastede af volden, som man kunne frygte. Dog er datagrundlaget for småt til at kunne udsige noget mere specifikt om børnenes vanskeligheder og symptomer. Det er således målsætningen, at UVS-børnenes vanskeligheder vil blive beskrevet mere udførligt i en senere rapport.

Mødrehjælpen har i en kommentar til ovenstående anført, at de oplever en stor diskrepans mellem rapportens analytiske konklusioner om børnenes tilstand som relativt normal fungerende og behandlernes beskrivelse og observationer af de store følelsesmæssige konflikter og kropslige problemer, som mange af børnene oplever, når de starter og er undervejs i behandlingen i UVS. Diskrepansen kan skyldes flere forhold i de indsamlede data om børnene: 1) er der ikke indsamlet data om alle børn i UVS, hvilket begrænser muligheden for at kunne konkludere noget generelt om børnene i UVS, og 2) er der en relativt stærk bias forbundet med, at målinger efter SDQ-scoren baseres på mødrenes indberetninger om deres oplevelse af børnenes tilstand. Mange af de voldsramte kvinder, som starter i UVS, har – ved forløbets begyndelse – en meget begrænset forståelse/erkendelse af børnenes problemstillinger i forhold til volden. Således ses det tit, at kvinderne har tendens til at bagatellisere og fornægte voldens betydning for børnene, og nogle kvinder tror ikke, at børnene ved, at volden har fundet sted. Et tilsvarende underrapporteringsfænomen ses i mange andre undersøgelser af traumatiserede børn, hvor forældrene udtaler sig om deres børns problemer (Elklit & Gudmundsdóttir, 2006). Fremtidige undersøgelser bør sørge for, at der anvendes direkte målinger af børns oplevelser og symptomer.



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

Nærværende undersøgelse inkluderer et stort antal voldsramte kvinder, der fortløbende har henvendt sig til Mødrehjælpen i København og Aarhus med henblik på at modtage hjælp. Dette er med til at øge generaliserbarheden af resultaterne og pålideligheden af analysens konklusioner. Efterfølgende sker der et stort frafald af deltagere efter stabiliseringsforløbet. Da der ikke har været en selvstændig, opfølgende undersøgelse af alle, der begyndte et forløb, ved vi ikke om de, der slutter tidligt, har fået det bedre. Til gengæld kan vi se en positiv effekt af hver enkel projektfase.

Der er overvejende anvendt anerkendte og validerede værktøjer til måling af deltagernes symptomatologi, hvilket er en styrke ved undersøgelsen. Dog er enkelte skalaer sammensat af spørgsmål udviklet specifikt til UVS-projektet, hvor disse skalaer ikke er validerede i en bredere, psykologisk kontekst. Det er ligeledes en styrke, at undersøgelsen ikke blot fokuserer på den samlede effekt af UVS-forløbet men også identificerer effekten af hver enkelt fase i programmet. Dog er nærværende undersøgelse ikke i stand til at identificere andet end én risikofaktor for udviklingen af PTSD hos deltagerne, hvilket skal afsøges nærmere i en fremtidig undersøgelse.

## Sammenligning af UVS I og UVS II

Formålet med dette afsnit er en umiddelbar og deskriptiv sammenligning af deltagerne og behandlingsresultaterne fra UVS I med UVS II. Det er vigtigt at bemærke, at der ikke er anvendt de samme måleredskaber i de to undersøgelser, hvorfor behandlingsresultaterne kun vil blive sammenlignet på de punkter, hvor måleredskaberne matcher hinanden. Ligeledes fokuseres der kun på udvalgte symptommål, idet en fuldstændig sammenligning af alle symptommål ligger udenfor rapportens ramme.

### Demografi

I **tabel 36** ses hovedtallene for deltagerne demografiske oplysninger for henholdsvis UVS I og UVS II. Af tabellen fremgår at UVS I havde lidt flere henvendelser fra København end fra Aarhus, hvor dette er modsat for UVS II. Hvad angår gennemsnitsalderen for deltagerne, er denne nogenlunde ens for begge grupper, idet deltagerne i UVS II gennemsnit var 37,27 (6,7) år mens de i UVS I i gennemsnit var 38,04 (7,64) år. Ligeledes er der ligheder i forhold til civilstand, idet der for begge grupper vedkommende er en stor andel af enlige blandt deltagerne henholdsvis 78 % i UVS I og 71 % i UVS II. Der er til gengæld stor forskel på andelen af indvandrere i UVS I og UVS II, da knap en fjerdedel af alle deltagerne i UVS I havde indvandrerbaggrund mens dette kun gjorde sig gældende for 9 % af deltagerne i UVS II. For begge grupper vedkommende gælder det, at godt en tredjedel af dem er i arbejde, mens 27,8 % af deltagerne i UVS I er på offentlig ydelse mens dette gælder for 15 % af kvinderne i UVS II. Mange af deltagerne i begge grupper er blevet henvist til UVS-projektet vis Mødrehjælpen, dog er dette tal lidt højere for UVS II (49 %) end for UVS I (36,5 %). Ligeledes har knap en femtedel af deltagerne fra begge grupper henvendt sig til Mødrehjælpen på eget initiativ henholdsvis 19,7 % fra UVS I og 18 % fra UVS II. Endelig er der lighed mellem de to grupper i forhold til andelen af deltagere, der

har gennemført en mellemlang uddannelse, idet dette gælder for 27,1 % af kvinderne i UVS I og 25 % af dem i UVS II. Til forskel herfra er der en langt større andel af UVS I-deltagere (31,8 %), der aldrig har færdiggjort mere end en folkeskoleuddannelse, hvor dette kun er tilfældet for 13 % af kvinderne i UVS II.

**Tabel 36** Demografiske hovedtal for UVS I og UVS II deltagere

|                                    | UVS I  | UVS II                                     |
|------------------------------------|--|--|
| <b>Afdeling %</b>                  | Aarhus: 42,8 %,<br>København: 52,6 %           | Aarhus: 41 %<br>København: 59 %            |
| <b>Alder M (SD)</b>                | 37,27 (6,7)                                    | 38,04 (7,64)                               |
| <b>Civilstand M (SD)</b>           | Enlig: 78 %<br>Gift/samboende: 18 %            | Enlig: 71 %<br>Gift/samboende: 10 %        |
| <b>Indvandret M (SD)</b>           | 23,3 %   | 9 %  |
| <b>Forsørgelsesgrundlag M (SD)</b> | I arbejde: 35,5 %<br>Off. ydelse*: 27,8 %      | I arbejde: 38 %<br>Off. ydelse*: 15 %      |
| <b>Henviser M (SD)</b>             | Mødrehjælpen: 36,5 %<br>Eget initiativ: 19,7 % | Mødrehjælpen: 49 %<br>Eget initiativ: 18 % |
| <b>Uddannelse</b>                  | Folkeskole: 31,8 %<br>Mellemlang udd.: 27,1 %  | Folkeskole: 13 %<br>Mellemlang udd.: 25 %  |

\*Kontanthjælp, førtidspension, revalidering, aktiveringsydelse

## Behandlingseffekt

I relation til UVS-programmets behandlingseffekt er der overordnet set store ligheder mellem resultaterne fra UVS I og UVS II. For begge grupper vedkommende sker der et fald i symptomer omhandlende PTSD, negativ affektivitet, somatisering, dissociation, angst og depression fra før UVS-forløbets opstart til efter dets afslutning. Ligeledes sker der i den samme periode en stigning i deltagernes oplevelse af social støtte og selvværd, hvilket også er gældende både for UVS I og UVS II. Dog skal det bemærkes, at der er anvendt forskellige redskaber til måling af social støtte og selvværd i UVS I og UVS II. Disse skalaer er derfor ikke medtaget i sammenligningen af de enkelte fasers effekt i UVS I og UVS II. I **tabel 37** ses udvalgte resultater for begge grupper.

**Tabel 37** Gennemsnitsscores for udvalgte symptommål for UVS I og UVS II før og efter UVS-forløbet

|                             | Før UVS           |                   | Efter UVS        |                  |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|
|                             | UVS 1<br>(n= 107) | UVS 2<br>(n= 174) | UVS 1<br>(n= 56) | UVS 2<br>(n= 48) |
| <b>HTQ total M (SD)</b>     | 46,49 (8,86)      | 60,25<br>(12,06)  | 33,27<br>(10,02) | 50,60 (13,10)    |
| <b>Genoplevelser M (SD)</b> | 13,76 (3,31)      | 14,26 (3,55)      | 10,08 (3,12)     | 12,40 (4,26)     |
| <b>Undgåelse M (SD)</b>     | 17,29 (4,30)      | 22,69 (6,28)      | 12,46 (4,46)     | 18,35 (5,08)     |
| <b>Vagtsomhed M (SD)</b>    | 15,33 (2,79)      | 19,69 (3,83)      | 10,71 (3,65)     | 16,65 (4,80)     |
| <b>TSC total M (SD)</b>     | 59,37<br>(13,50)  | 58,06<br>(18,89)  | 41,50<br>(10,07) | 49,52 (11,54)    |
| <b>HSCL total M (SD)</b>    | 56,80<br>(13,41)  | 57,33<br>(14,09)  | 36,01 (9,22)     | 47,81 (11,61)    |

Det fremgår af **tabel 37**, at deltagerne i UVS II har et højere symptomniveau ved UVS-forløbets begyndelse end UVS I-deltagerne. Dette er især udtalt i forhold til deltagerens samlede niveau af PTSD-symptomer, idet UVS I-deltagerens gennemsnit ligger på 46,49 (8,86) til forskel fra et gennemsnit på 60,25 (12,06) hos deltagerne i UVS II. Det er specielt deltagerens undgåelsesadfærd og vagtsomhedssymptomer, der adskiller sig fra hinanden, idet kvinderne i UVS II scorer langt højere på disse symptommål end deltagerne i UVS I.

Det fremgår også af **tabel 37**, at der generelt sker et større fald i UVS I-deltagerens gennemsnitsscores i løbet af UVS-programmet end hvad der er tilfældet for deltagerne i UVS II. Dette er specielt gældende for den samlede score for negativ affektivitet, somatisering og dissociation, hvor der for UVS I-deltagerens vedkommende sker et fald fra 59,37 (13,50) før opstart til 41,50 (10,07) efter UVS-forløbets afslutning, hvor UVS II-deltagerens score i samme periode falder fra 58,06 (18,89) til 49,52 (11,54). Samme udvikling gør sig gældende for den samlede score for angst og depression i UVS-forløbet, hvor deltagerne i UVS I oplever et fald fra 56,80 (13,41) til 36,01 (9,22), mens scoren for kvinderne i UVS II falder fra

57,33 (14,09) til 47,81 (11,61). Forskellene i faldene i gruppernes gennemsnitsscores kan være en umiddelbar indikator på, at UVS I-forløbet har haft større succes med at nedbringe deltagernes følgevirkninger af volden, end hvad der er tilfældet for UVS II-forløbet. En årsag til dette kan være, at UVS II-deltagernes højere symptomniveau komplicerer behandlingsprocessen og forlænger bedringsforløbet.

En sammenligning af deltagernes stress forbundet med økonomi, barns samvær med far og egen fysisk sikkerhed viser også, at der for både UVS I- og UVS II-deltagerne sker et fald i gennemsnitsscores på disse parametre fra start til slut på UVS-programmet. Ligeledes sker der en stigning i scores for begge grupper i forhold til deltagernes uafhængighed af den voldelige ekspartner. **Tabel 38** viser udviklingen i disse scores for begge grupper.

**Tabel 38** Gennemsnitsscores for deltagerne i UVS I og UVS II fra før til efter UVS-programmet

|  | Før UVS           |                   | Efter UVS        |                  |
|--|-------------------|-------------------|------------------|------------------|
|  | UVS 1<br>(n= 106) | UVS 2<br>(n= 174) | UVS 1<br>(n= 56) | UVS 2<br>(n= 48) |
| <b>Stress - økonomi<br/>M (SD)</b>                   | 67,71<br>(28,06)  | 59,51<br>(34,56)  | 51,52<br>(32,24) | 56,40 (30,94)    |
| <b>Stress - barns<br/>samvær med far<br/>M (SD)</b>  | 72,12<br>(33,79)  | 64,66<br>(35,17)  | 40,36<br>(34,12) | 51,65 (31,37)    |
| <b>Stress - egen<br/>fysisk sikkerhed<br/>M (SD)</b> | 52,17<br>(32,33)  | 42,02<br>(32,25)  | 25,36<br>(31,37) | 28,96 (28,05)    |
| <b>Uafhængighed af<br/>ekspartner<br/>M (SD)</b>     | 10,19 (2,76)      | 11,53 (2,53)      | 15,88 (2,79)     | 13,79 (2,22)     |

Af **tabel 38** fremgår det at deltagerne i UVS I udviser et højere niveau af stress for økonomi, barns samvær med far og egen fysisk sikkerhed end UVS II-deltagerne karakteriseret ved højere gennemsnitsscores før UVS-opstart. Ligeledes følger kvinderne i UVS I sig mere afhængige af deres voldelige eks partnere end

deltagerne i UVS II. Dette står i modsætning til resultaterne omhandlende de psykologiske symptomer, hvor deltagerne i UVS II havde sværere symptomer end kvinderne i UVS I. Der er således ikke nogen umiddelbar sammenhæng mellem sværhedsgraden af deltagernes psykologiske symptomer og sværhedsgraden af deres stress forbundet med de nævnte faktorer. Tallene i **tabel 38** viser også, at der sker et større fald i gennemsnitsscores for deltagerne i UVS I-forløbet end for kvinderne i UVS II-forløbet. Dette kan være en indikation på, at UVS I-forløbet har haft større succes med at nedbringe deltagernes stress og højne deres uafhængighed af den voldelige ekspartner end UVS II-forløbet.

### Stabiliseringsfasen

**Tabel 39** Udvikling i gennemsnitsscores for begge grupper af UVS-deltagere før og efter stabiliseringsfasen

|                               | Før stabilisering        |                          | Efter stabilisering      |                          |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                               | UVS 1                    | UVS 2                    | UVS 1                    | UVS 2                    |
| <b>HTQ total<br/>M (SD)</b>   | 46,16 (8,63)<br>(n= 96)  | 60,94 (11,12)<br>(n= 79) | 40,82 (10,57)<br>(n=96)  | 56,06 (15,26)<br>(n= 79) |
| <b>TSC total<br/>M (SD)</b>   | 59,03 (13,67)<br>(n= 96) | 58,92 (13,46)<br>(n= 79) | 51,64 (13,67)<br>(n= 96) | 49,78 (12,86)<br>(n= 79) |
| <b>HSCCL total<br/>M (SD)</b> | 56,43 (13,18)<br>(n= 89) | 58,33 (14,32)<br>(n= 79) | 48,51 (14,46)<br>(n= 89) | 47,32 (13,71)<br>(n= 79) |

Af **tabel 39** fremgår det, at deltagerne i UVS I og UVS II oplever omtrent det samme signifikante fald i gennemsnitsscores for samlede niveau af PTSD, negativ affektivitet, somatisering, dissociation samt angst og depression i løbet af stabiliseringsfasen. Et eksempel på dette er deltagernes samlede symptomål for PTSD, hvor UVS I-deltagerne oplever en nedgang fra 46,16 (8,63) til 40,82 (10,57), mens UVS II-deltagerne oplever en nedgang fra 60,94 (11,12) til 56,06 (15,26) – altså en nedgang på omkring 5 for begge grupper. Det samme gør sig gældende for det samlede symptomniveau for negativ affektivitet, somatisering og dissociation samt angst og depression, hvor størrelsesordenen på faldene ligner

hinanden for begge grupper. Disse resultater indikerer, at stabiliseringsfasen i henholdsvis UVS I- og UVS II-forløbene er lige succesfulde i forhold til at nedsætte deltagernes psykologiske symptomer.

### Behandlingsfasen

I **tabel 40** ses det, at der sker omtrent den samme nedgang i UVS I- og UVS II-deltagernes gennemsnitsscores for negativ affektivitet, somatisering og dissociation i behandlingsfasen. Dette gør sig ligeledes gældende for den samlede score for angst og depression, hvor begge gruppers symptomer i gennemsnit falder med cirka 9 i løbet af behandlingsperioden. For begge grupper gælder det desuden at disse resultater er signifikante. Dog ses en forskel på de to grupper af deltagere i forhold til den samlede score for PTSD-symptomer, hvor UVS II-deltagerne oplever et fald i gennemsnitsscoren på 10,29, mens dette fald for UVS I-deltagernes vedkommende ligger på 5,98. For begge grupper gælder det, at faldene er statistisk signifikante. Resultaterne kan indikere, at behandlingsfaserne i UVS I og UVS II er nogenlunde lige succesfulde i forhold til at nedbringe deltagernes symptomer omhandlende negativ affektivitet, somatisering dissociation, angst og depression. Herudover tyder resultaterne dog på, at UVS II-forløbet har lidt mere succes med at nedbringe deltagernes PTSD-symptomer end UVS I-forløbet i behandlingsfasen.

**Tabel 40** Udvikling i gennemsnitsscores for begge grupper af UVS-deltagere før og efter behandlingsfasen

|                              | Før behandling           |                          | Efter behandling         |                          |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                              | UVS 1                    | UVS 2                    | UVS 1                    | UVS 2                    |
| <b>HTQ total<br/>M (SD)</b>  | 42,83 (10,21)<br>(n= 68) | 60,73 (11,01)<br>(n= 41) | 36,85 (11,73)<br>(n=68)  | 50,44 (12,48)<br>(n= 41) |
| <b>TSC total<br/>M (SD)</b>  | 54,98 (13,65)<br>(n= 66) | 55,63 (10,84)<br>(n= 41) | 46,98 (13,38)<br>(n= 66) | 46,71 (9,51)<br>(n= 79)  |
| <b>HSCL total<br/>M (SD)</b> | 49,93 (12,66)<br>(n= 62) | 54,00 (11,24)<br>(n= 41) | 41,06 (11,42)<br>(n= 62) | 44,22 (8,42)<br>(n= 41)  |

## Efterværnsfasen

Af **tabel 41** fremgår det, at deltagerne i UVS II oplever fald i forhold til alle grupper af psykologiske symptomer i efterværnsfasen, men at ingen af disse fald er statistisk signifikante, og hermed heller ikke valide indikatorer på efterværnets effektivitet. I modsætning hertil sker der signifikante fald i UVS I-deltagernes symptomer omhandlende negativ affektivitet, somatisering og dissociation samt angst og depression. Der sker ligeledes et fald i den samlede score for PTSD for deltagerne i UVS I, men dette fald er ikke signifikant, og kan derfor ikke anvendes som en valid indikator på efterværnets effekt. Resultaterne indikerer, at UVS I-forløbet har større succes med at nedbringe deltagerens psykologiske symptomer i efterværnsfasen, end hvad der er tilfældet for UVS II-forløbet. Dog er det vigtigt at bemærke, at efterværnsfasen i sit udgangspunkt ikke er designet til at nedbringe deltagerens symptomer men snarere konsolidere og stabilisere effekten af de tidligere faser.

**Tabel 41** Udvikling i gennemsnitsscores for begge grupper af UVS-deltagere før og efter efterværnsfasen

|                              | Før efterværn             |                          | Slut efterværn            |                          |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
|                              | UVS 1                     | UVS 2                    | UVS 1                     | UVS 2                    |
| <b>HTQ total<br/>M (SD)</b>  | 35,18 (11,68)<br>(n= 55)  | 51,74 (12,96)<br>(n= 39) | 33,00 (9,90)<br>(n=55)    | 49,13 (12,91)<br>(n= 39) |
| <b>TSC total<br/>M (SD)</b>  | 45,35* (12,88)<br>(n= 51) | 50,64 (12,90)<br>(n= 39) | 41,68* (10,30)<br>(n= 51) | 48,72 (11,16)<br>(n= 39) |
| <b>HSCL total<br/>M (SD)</b> | 40,27* (12,21)<br>(n= 51) | 46,46 (11,05)<br>(n= 39) | 36,19* (9,22)<br>(n= 51)  | 47,23 (11,48)<br>(n= 39) |

\*p<0,05

## Opsamling

Kvinderne, der har deltaget i henholdsvis UVS I og UVS II, ligner hinanden på en række demografiske områder. De er i gennemsnit sidst i 30'erne, enlige, og knap en tredjedel af deltagerne fra begge grupper har en mellemlang, videregående uddannelse bag dem. Herudover er godt en tredjedel af dem i arbejde, og knap en



femtedel af begge grupper af deltagere har valgt at henvende sig til Mødrehjælpen på eget initiativ. Ser man på forskellene mellem grupperne, består UVS I-gruppen af flere indvandrere end UVS II-gruppen, ligesom UVS I-deltagerne oftere modtager offentlige ydelser end UVS II-deltagerne. En langt større andel af UVS I-deltagerne har desuden aldrig fået en uddannelse udover folkeskolen, end hvad der er tilfældet for kvinderne i UVS II. Flere deltagere i UVS I er desuden gift eller samboende sammenlignet med UVS II-deltagerne, og de kommer oftere fra Mødrehjælpens afdeling i København, end hvad der er tilfældet for kvinderne i UVS II, hvor den største andel kommer fra afdelingen i Aarhus. Endelig er en større andel af deltagere fra UVS II blevet henvist til UVS-forløbet via Mødrehjælpen, end hvad der er tilfældet for UVS I-deltagerne.

Deltagerne i UVS II har før UVS-forløbets opstart et højere symptomniveau end deltagere i UVS I. Dette gælder for PTSD, negativ affektivitet, somatisering og dissociation samt angst og depression, hvor deltagere i UVS I derimod oplever mere stress forbundet med økonomi, barns samvær med far og egen fysisk sikkerhed end kvinderne i UVS II. Kvinderne i UVS I føler sig inden opstart også mere afhængige af deres voldelige ekspartner end kvinderne i UVS II. Resultaterne viser, at der sker et større fald i UVS I-deltagernes gennemsnitsscores for de nævnte symptommål, end UVS II-deltagernes scores. Dette kan være en indikation på, at UVS I-forløbet er mere succesfuldt, end UVS II-forløbet, i forhold til at reducere deltagernes følgevirkninger af volden. Dog skal der bl.a. tages højde for UVS II-deltagernes højere symptomniveau ved opstart, der kan komplicere bedringsprocessen og påvirke behandlingseffekten.

Sammenlignes effekten af de enkelte faser for UVS I og UVS II viser resultaterne, at stabiliseringsfasen er nogenlunde lige succesfuld i begge forløb i forhold til at nedsætte deltagernes psykologiske symptomer. Dette er ligeledes gældende for

behandlingsforløbet, hvor deltagerne oplever omtrent den samme nedgang i symptomer i UVS I som i UVS II. Dog virker UVS II-forløbet til at have mere succes i behandlingsfasen med at nedbringe deltagernes samlede niveau af PTSD-symptomer end UVS I-forløbet. Endelig indikerer resultaterne, at UVS I-forløbet har mere succes med at nedbringe deltagernes psykologiske symptomer i efterværnsfasen, end hvad der er tilfældet for UVS II-forløbet. Dog er efterværnsfasen ikke i udgangspunktet designet til at nedbringe deltagernes symptomatologi men snarere at konsolidere og stabilisere de tidligere faser effekt, hvilket UVS II-forløbet op til.

## Sammenfatning af rapporten

Denne rapport udgør anden del af evalueringsprojektet omhandlende rådgivnings- og behandlingsprogrammet "UVS", som Mødrehjælpen i Aarhus og København har tilbudt voldsramte kvinder og deres børn siden 2012.

Henvendelserne fra kvinderne er nogenlunde ligeligt fordelt på afdelingerne i Aarhus og København, og de fleste af deltagerne er i aldersgruppen 31-40 år. De bor herudover ofte alene med deres børn, de er relativt oftere etniske danskere, og i arbejde eller under uddannelse. Størstedelen af dem har enten en mellemlang videregående uddannelse eller en erhvervsuddannelse bag sig, og halvdelen af deltagerne er blevet henvist til UVS-forløbet via Mødrehjælpen.

De mest almindeligt oplevede voldsformer blandt deltagerne er psykisk vold og trusler om vold, men en stor andel af dem har ligeledes været udsat for fysisk vold. Desuden har knap en femtedel af kvinderne været udsat for seksuel vold. Volden har typisk varet i en periode på 1-4 år, og er typisk sket dagligt eller på ugentlig basis. Knap 40 % af kvinderne har været sygemeldt på grund af vold eller chikane.

De hyppigste steder, hvor kvinderne har søgt hjælp i forbindelse med volden, er hos politiet, socialforvaltning og egen læge, hvor respondenterne har oplevet bedst rådgivning hos lægen. Størstedelen af deltagerne har desuden gennemført UVS-forløbet, mens den mest almindelige form for præmature afslutning skyldes udeblivelse fra deltagernes side.

Der sker et markant fald i gennemsnitscores for samtlige symptomål, herunder bl.a. PTSD, angst, depression, negative følelser samt bekymring og stress fra UVS-forløbets opstart til dets afslutning. Ligeledes sker der en stigning i deltagernes oplevelse af social støtte, selvværd og deres uafhængighed fra den voldelige

ekspartner undervejs i UVS-forløbet. Disse resultater indikerer, at UVS-forløbet har succes med at hjælpe de udsatte mødre med at afhjælpe psykologiske følgevirkninger af volden og skabe øget trivsel hos dem.

Resultaterne viser også, at de to første faser i UVS-forløbet har en signifikant og god effekt på kvindernes symptomatologi, stress og bekymring, mens efterværnsfasen stabiliserer og konsoliderer effekten af de tidligere faser.

Deltagernes oplevelse af social støtte er den eneste faktor, som ikke stiger signifikant i én eller flere faser af UVS-forløbet. Da det er en specifik målsætning i UVS-programmet at øge deltagernes oplevelse af social støtte, er dette et muligt fokuspunkt for den fremtidige rådgivnings- og behandlingsindsats. Dog viser tidligere undersøgelser, at voldsramte kvinder ofte har mindre sociale netværk end andre kvinder, og at dette netværk i mindre udstrækning giver den voldsramte kvinde den ønskede støtte (Katerndahl, Burge, Ferrer, Becho & Wood, 2013). Såfremt dette også afspejler kvinderne i UVS II, kan det, uanset behandlingsindsats, være svært at højne deltagernes tilfredshed omkring social støtte.

Det har ikke været muligt at identificere andet end én risikofaktor for udviklingen af PTSD hos deltagerne i UVS II. Denne faktor omhandler kvindernes daglige funktionsnedsættelse, og kan alene forklare 12 % af variationen i PTSD hos deltagerne. Det er opsigtsvækkende, at der ikke kan findes andre risikofaktorer, idet forskningslitteraturen ofte peger på en række af faktorer, der kan påvirke udviklingen af PTSD hos traumeofre. Det er derfor nødvendigt at foretage flere undersøgelser af UVS-deltagerne for at kunne udforske dette område nærmere.

Nærværende undersøgelse har også medtaget resultater fra børnenes deltagelse i UVS II-forløbet. Resultaterne indikerer, at børnene har god gavn af den behandling, som de modtager i UVS, idet behandlingen formår at reducere deres

vanskeligheder på flere områder. De voldsramte børn udviser på nogle områder flere vanskeligheder end andre børn; det er derfor tilfredsstillende at resultaterne peger i retning af, at børnene får det bedre i løbet af behandlingen.

Nærværende undersøgelse har flere metodiske styrker bl.a. i form af et stort antal deltagere, der fortløbende har henvendt sig til Mødrehjælpen, hvilket sikrer den eksterne validitet. Ligeledes er der anvendt validerede og anerkendte redskaber til måling af deltagerne symptomatologi, ligesom det er en styrke, at der også fokuseres på effekten af de enkelte faser i behandlingsforløbet.

Endelig er det på baggrund af en sammenligning af deltagerne fra henholdsvis UVS I og UVS II fundet, at deltagerne ligner hinanden på en række demografiske områder. De er i gennemsnit sidst i 30'erne, enlige, og knap en tredjedel af deltagerne fra begge grupper har en mellemlang, videregående uddannelse bag dem. Herudover er godt en tredjedel af dem i arbejde, og knap en femtedel af begge grupper af deltagere har valgt at henvende sig til Mødrehjælpen på eget initiativ. De største forskelle på grupperne er, at flere fra UVS I er indvandrede, gift, modtager offentlige ydelser og aldrig har fået en uddannelse der ligger over folkeskoleniveau.

Deltagerne i UVS II har før UVS-forløbets opstart et højere symptomniveau forbundet med bl.a. PTSD, angst og depression end deltagerne i UVS I, der til gengæld oplever mere stress forbundet med økonomi, barns samvær med far og egen fysisk sikkerhed end kvinderne i UVS II. Kvinderne i UVS I føler sig inden opstart også mere afhængige af deres voldelige ekspartner end kvinderne i UVS II. Resultaterne viser også, at der sker et større fald i UVS I deltagernes gennemsnitsscores for de nævnte symptom mål, end UVS II deltagernes scores. Dette kunne være en indikation på, at UVS I-forløbet var mere succesfuldt end UVS II-forløbet i forhold til at reducere deltagernes følgevirkninger af volden, men

nok så sandsynligt er det en afspejling af et højere symptomniveau hos UVS II deltagerne.

Effekten af stabiliseringsfasen er nogenlunde lige succesfuld i begge forløb i forhold til at nedsætte deltagernes psykologiske symptomer. Dette er ligeledes gældende for behandlingsforløbet, hvor deltagerne oplever omtrent den samme nedgang i symptomer i UVS I som i UVS II. Endelig indikerer resultaterne, at UVS I-forløbet har mere succes med at nedbringe deltagernes psykologiske symptomer i efterværnsfasen, end hvad der er tilfældet for UVS II-forløbet.

## Referencer

- Bach, M. E. (2003). En empirisk belysning og analyse af 'Emotional Numbing' som eventuel selvstændig faktor i PTSD [An empirical analysis of Emotional numbing as possible independent factor in PTSD]. *Psykologisk Studieforskningsserie*, 6(1), 1–199.
- 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. *Journal of the American Academy for Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 557-64.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766. doi: 2048/10.1067/0022-006X.68.5.748.
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33). *Journal of Interpersonal Violence*, 4(2), 151-163. doi: 10.1177/088626089004002002
- Canty-Mitchell, J. & Zimet, G.D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28, 391-400.
- Christensen, E. (2010). Alkoholproblemer og partnervold. Det nationale forskningscenter for velfærd. Hentet fra:  
[http://www.lokk.dk/files/Dokumenter/rapporterogpublikationer/voldinrerelationer/alkoholproblemer\\_og\\_partnervold.pdf](http://www.lokk.dk/files/Dokumenter/rapporterogpublikationer/voldinrerelationer/alkoholproblemer_og_partnervold.pdf)
- Derogatis, L. R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Díez, S. U., Escutia, C. V., Pachero, B. N., Martínez, M. S., Caracena, N. V., & Contreras, A. O. (2009). Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 411-427.
- Elklit, A., Pedersen, S. S., & Jind, L. (2001). The crisis support scale: Psychometric qualities and further validation. *Personality and Individual Differences*, 31, 1291-1302. doi:10.1016/S0191-8869(00)00220-8

- Enander, V. (2010). "A Fool to Keep Staying": Battered women labeling themselves stupid as an expression of gendered shame. *Violence Against Women, 16*, 5-31.
- Elklit, A., & Gudmundsdóttir, D. B. (2006). *Posttraumatisk stressforstyrrelse hos børn og unge*. Virum: Forlaget Skolepsykologi
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*, 99-132.
- Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581-586.
- Gray-Little, B., Williams, V.S.L., & Hancock, T. D. (1997). An item response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 23*, 443-451.
- Hansen, N. B., Eriksen, S. E., Elklit, A. (2014). Effects of an intervention program for female victims of intimate partner violence on psychological symptoms and perceived social control. *European Journal of Psychotraumatology, 5*: 24797. Doi: [org/10.3402/ejpt.v5.24797](https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24797)
- Helweg-Larsen, K. (2012). *Vold i nære relationer. Omfang, karakter, udvikling og indsats i Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed og Ministeriet for Ligestilling og kirke.
- Herman, J. (1995). *I voldens kølvand*. København: Reitzel.
- 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*, 99-119.
- Katerndahl, D., Burge, S., Ferrer, R., Becho, J., & Wood, R. (2013). Differences in social network structure and support among women in violent relationships. *Journal of Interpersonal Violence, 28*, 1948-1964. doi: 10.1177/0886260512469103.
- Krog, T., & Duel, M. (2003). Traume symptom checkliste (TSC): en validering og revidering/ Tina Krog og Mette Duel. *Psykologisk Studiefkriftserie, 6(3)*, 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*, 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*, 111-116.
- Nettelblatt, 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.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-73. doi: 2048/10.1037/0033-2909.129.1.52.
- 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*.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- 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*, 65-78.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30-41. Doi: 10.1207/s15327752jpa5201\_2



ISBN: 978-87-93192-25-6

EAN: 9788793192256