

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Familjevåldsproblematik inom barn- och ungdomspsykiatri
– mammornas utsatthet för partnervåld och
deras psykiska hälsa**

Maria Andersson

Examensarbete 30hp
Psykologprogrammet
PM2519
Vårterminen 2019

Handledare: Ole Hultmann
Sandra Buratti

Familjevårdsproblematik inom barn- och ungdomspsykiatri – mammornas utsatthet för partnervåld och deras psykiska hälsa

Maria Andersson

Sammanfattning. Syftet var dels att beskriva livstidsprevalens gällande utsatthet för partnervåld hos mammor till BUP-patienter som deltog i en studie om familjevåld, dels att undersöka ett eventuellt samband mellan utsatthetens omfattning och mammornas psykiska hälsa. Data erhöles från ett forskningsprojekt inom BUP:s öppenvård. Mammorna svarade på självskattningsformulär gällande partnervåld (VMV) och psykisk ohälsa (BSI-18). Resultatet visade att merparten utsatts för psykiskt, fysiskt och sexuellt partnervåld samt hade många symtom på psykisk ohälsa. En regressionsanalys visade att det fanns ett måttligt positivt, men icke-signifikant, samband mellan våldsutsatthetens omfattning och mängden symtom på psykisk ohälsa. Behandlare inom BUP rekommenderas att utreda omfattningen av våldsutsatthet hos mammor och hur det påverkat deras psykiska hälsa när deras barn är aktuella för behandling.

Partnervåld, särskilt mot kvinnor, betraktas som ett folkhälsoproblem (Frenzel, 2014). Utöver personligt, socialt och ekonomiskt lidande så orsakar partnervåld betydande kort- och långsiktiga kostnader för samhället (Glenngård, Steen Carlsson & Berglund, 2010). Konsekvenser av partnervåld för kvinnor hanteras inom somatisk och psykiatrisk sjukvård, kriminalvård, socialtjänst och inom sjukförsäkringssystemet (Glenngård mfl., 2010; Frenzel, 2014). Sveriges regering har som ett uttalat jämställdhetsmål att mäns våld mot kvinnor ska upphöra (Regeringens skrivelse, 2016/17:10).

I den här uppsatsen kommer jag att använda begreppet partnervåld utifrån att den som utsätts är kvinna och mamma. Även om både kvinnor och män utsätts för partnervåld visar forskning att kvinnor oftare utsätts för återkommande och grövre partnervåld än män (Nybergh, Taft, Enander & Krantz, 2013; Simmons, Wijma & Svanbergh, 2015). Såväl de fysiska som de psykiska konsekvenserna tenderar att vara svårare för kvinnor än för män (Andersson, Heimer & Lucas, 2014; Campbell, 2002; Nybergh mfl., 2013). Kvinnor behöver oftare hjälp utifrån, till exempel i form av sjukvård, tandvård (Frenzel, 2014) eller olika former av psykiatriska och psykosociala insatser jämfört med män (Nybergh mfl., 2013). Statistiska centralbyråns (SCB) jämställdhetsstatistik visar också att kvinnor generellt tar större ansvar för barnen än män, även vid gemensam vårdnad (SCBa, 2018). När barnet behöver uppsöka sjukvård, som till exempel inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är det oftast mamman som tar den kontakten, även när hon är våldsutsatt (Hultmann, Möller, Ormhaug & Broberg, 2014).

Den här uppsatsen avser belysa utsattheten för partnervåld och psykisk ohälsa hos kvinnor som också är mammor till barn inom BUP, vilket vi hittills vet relativt lite om (Broberg, Hultmann & Axberg, 2016). Uppsatsen grundas i data som är insamlad inom BUP i en större studie (Broberg mfl., 2016), vilken undersökte effekten av psykoterapeutisk behandling för traumatiserade barn som upplevt våld i sin familj. Inom BUP sker barnets behandling vanligen i samarbete med föräldrarna (Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP), 2019). Barn med psykisk ohälsa behöver mer

omsorg och omvårdnad (SFBUP, 2019) något som en våldsutsatt mamma ofta har nedsatt förmåga att ge (Levendosky & Graham-Bermann, 2001). Det är därför viktigt för personal inom BUP att veta vad mamman varit med om och hur hon mår.

Att beskriva våld i parrelationer

Vanliga begrepp för att beskriva våld i parrelationer är *mäns våld mot kvinnor*, *våld i nära relationer* och *brott i nära relationer* (Frenzel, 2014). De innefattar enskilda kvinnors utsatthet för våld av en manlig partner, våld mellan olika familjemedlemmar och barnmisshandel samt kvinnors mer generella utsatthet för våld av olika slag, även samhälleligt (i form av lagar eller kulturella och religiösa normer) (Frenzel, 2014). För att undersöka det specifika våld som pågår inom en parrelation kan det vara fördelaktigt med ett mer avgränsat begrepp, som *partnervåld*. Det omfattar ”*fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld med syfte att skada, kontrollera eller tvinga den andra parten i en pågående eller tidigare parrelation*” (Heyman, Slep, & Foran, 2015, s. 1). Begreppet *partnervåld* innebär en avgränsning mot våld i andra nära relationer samt samhälleligt våld och är det begrepp som användes i den studie som data för min undersökning är inhämtat i (Broberg mfl., 2016). Det är också det begrepp som jag kommer att använda i den här uppsatsen.

Partnervåld beskrivs utifrån allvarlighetsgrad och typ (psykiskt, fysiskt, sexuellt) (Heyman mfl., 2015). Allvarlighetsgraden definieras på olika sätt men anges vanligen utifrån hur grovt våldet är, hur många olika typer av våld någon utsatts för, hur ofta det sker eller hur länge det pågått (Heyman mfl., 2015). Fysiskt våld är allt avsiktligt våld, med eller utan tillhygge/vapen, som partnern riktar mot den andras kropp. Det kan vara att knuffa, släpa, nypa, skaka eller hålla fast, ta stryptag, sparka, slå, bränna eller hindra den andra från att sova (Heyman mfl., 2015). Psykiskt våld innebär att partnern är verbalt kränkande eller utövar kontroll över den andras liv, utseende, aktiviteter och umgänge. Partnern kan också ägna sig åt förföljelse, hota med fysiskt eller sexuellt våld eller utöva bestraffande tystnad. Hot om fysiskt våld mot närstående, husdjur eller viktiga personliga tillhörigheter är också psykiskt våld (Heyman mfl., 2015). Sexuellt våld förekommer vanligen tillsammans med psykiskt och fysiskt våld. Partnern kan göra det besvärligt att neka till sex genom att utöva känslomässig utpressning, tjata, frysa ut eller skamma den andra. Hen kan tvinga sig till sexuellt umgänge genom hot eller fysiskt våld, tvinga den andra att titta på porr mot sin vilja eller till att ha sex med utomstående personer (Heyman mfl., 2015).

Partnervåld mot kvinnor pågår ofta under lång tid och vanligen sker en gradvis upptrappning av våldet (Lundberg, 2013). Personligt nedsättande kommentarer övergår till alltmer kontrollerande beteenden gällande exempelvis klädsel och umgänge, vilket småningom kompletteras med allt grövre fysiskt och sexuellt våld. Den gradvisa processen normaliserar våldet (Lundberg, 2013). Kvinnan tappar tron på sitt eget värde och sin förmåga att klara sig utan mannen, vilket gör det svårt att lämna honom (Lundberg, 2013). Om hon ändå lyckas så kan uppbrottet i sig göra att mannens våldsamma agerande eskalerar. Förföljelse, hot och trakasserier gör att kvinnan även efter uppbrottet lever i ständig rädsla för att hon själv och eventuella barn ska utsättas för våld (Lundberg, 2013). Den konstanta stressen gör att kvinnans psykiska ohälsa kvarstår eller förvärras ytterligare, även om de fysiska skadorna läker (Andersson mfl., 2014). I de fall där kvinnan är mamma så innebär alltså inte ett uppbrott per automatik att hennes förmåga att vara en tillräckligt bra förälder stärks eller återställs (Grip, 2012).

Partnervåldets utbredning och faktorer som innebär en ökad risk att utsättas

Det finns en stor mängd forskning inom partnervåld och närliggande begrepp, men det är svårt att få en samstämmig bild av hur många kvinnor som drabbas. Vad som blir synligt avgörs av vilka begrepp som används och i hur datainsamlingen utförs (enkäter, personliga intervjuer eller telefonintervjuer, enskilt eller i sällskap) samt om undersökningen avser utsatthet under senaste året eller livstidsprevalens (Frenzel, 2014; Andersson mfl., 2014). Mörkertalet är också stort, eftersom den som utsätts för partnervåld ofta skäms och är rädd för repressalier från förövaren (Frenzel, 2014). I den här uppsatsen kommer jag genomgående att redovisa livstidsprevalens för partnervåld. Även om partnervåldet pågått tidigare under livet och nu upphört så har det kvarstående effekter på kvinnans psykiska hälsa (Campbell, 2002). Det påverkar henne själv och, om hon är mamma, relationen till hennes barn (Grip, 2012). Det finns också stöd för att långvarig utsatthet eller utsatthet av flera förövare har mer negativa konsekvenser än om det skett vid enstaka tillfällen (Simmons mfl., 2015).

Berglund (2010) redogör i en rapport från Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) för en långtidsstudie från Världshälsoorganisationen (WHO) som visar att omkring 30–60 procent av kvinnorna i de flesta länder utsatts för partnervåld under sin livstid. I Sverige anses partnervåld vara något mindre vanligt än i exempelvis USA och Mellanöstern (Jewkes, 2002). I undersökningar gjorda på svensk normalpopulation (Lövestad & Krantz, 2012; Nybergh mfl., 2013; Andersson mfl., 2014) rapporterar trots det 20 – 40 procent av kvinnorna att de någon gång under livet utsatts för psykiskt partnervåld, 15 procent att de utsatts för fysiskt partnervåld och 10 procent att de utsatts för sexuellt partnervåld. Simmons mfl., (2015) beskriver att omkring hälften av kvinnorna i en svensk undersökning rapporterar utsatthet för flera typer av våld och omkring en tredjedel att de utsatts av flera förövare under sin livstid. Ett liknande mönster beskrivs av Andersson med kollegor (2014). Liksom andra kvinnor, bor våldsutsatta kvinnor oftast tillsammans med sina barn (Janson, 2010) och tar vanligen huvudansvaret för dessa (SCB, 2018). Undersökningar om barns utsatthet för våld visar att ungefär var tionde barn i Sverige har bevittnat våld i sin familj någon gång under livet (Janson, 2010).

Även om kvinnor från alla nivåer och grupper i samhället riskerar att utsättas för partnervåld, så finns faktorer både hos kvinnan själv och i hennes omgivning som ökar risken att drabbas. Flera studier visar att tidigare våldsutsatthet som barn eller vuxen ökar risken att utsättas för partnervåld senare i livet (Kalmakis & Chandler, 2015; Simmons mfl., 2015; Andersson mfl., 2014). Det har förklarats bland annat med hjälp av anknytningsteori, där våldsutsatthet i barndomen sägs skapa inre arbetsmodeller som är baserade på skräck och övergivenhet (Schemmings & Schemmings, 2017). Sådana inre arbetsmodeller gör att kvinnan känner sig ensam och upplever andra människor som farliga, men leder också till en förväntan om våld och misstänksamhet i samspelet med andra människor (Schemmings & Schemmings, 2017). Det kan göra både att kvinnan uppfattar aggressivitet och våld som det normala sättet att interagera (Carbone-Lopez, Rennison & Macmillan, 2012) men också att det tar längre tid innan hon vänder sig till andra för hjälp (Lundberg, 2013). En annan faktor som ökar risken att utsättas för partnervåld är social utsatthet, som arbetslöshet, låg inkomst och låg utbildningsnivå (Janson, 2010). Svårigheter att försörja sig och sina barn kan öka en mammas motivation att gå in i relation med en man, även om där finns tecken på våldsamt beteende (Carbone-Lopez mfl, 2012). Låga inkomster gör det också svårt att lämna en våldsam relation, särskilt om möjligheterna att få ett rimligt betalt arbete är små på grund av låg utbildning

(Janson, 2010). Vidare redovisar Grip (2012) forskning som ger stöd för att kvinnor som är mammor, särskilt till yngre barn, oftare utsätts för partnervåld än kvinnor utan barn. Simmons med kollegor (2014) understryker att partnervåld alltid inkluderar två personer – sårbarhetsfaktorer hos en kvinna innebär en risk för partnervåld först i kombination med en våldsbenägen partner. Utöver personliga och interpersonella faktorer så finns också faktorer på strukturell nivå som ökar risken för kvinnor att utsättas för partnervåld (Berglund, 2010). Även om partnervåld förekommer över hela världen och i alla grupper så är risken för kvinnor att utsättas för partnervåld större i länder eller områden med en konservativ, patriarkal syn på familjebildning (Jewkes, 2002). Men även i ett så pass jämställt land som Sverige, anses en starkt bidragande orsak till mäns utövande av partnervåld vara en existerande könsmaktsordning, där gruppen män generellt är överordnade gruppen kvinnor (Berglund, 2010; Regeringens skrivelse, 2016/17:10).

Partnervåldets effekter på kvinnors psykiska hälsa och vikten av att fråga om våld

Utöver fysiska skador som skelett- och muskelskador, hjärnskakning, strypskador och skador på inre organ (Campbell, 2002) så rapporterar kvinnor som utsätts för partnervåld genomgående en högre grad av psykiska besvär än kvinnor som inte utsätts (Andersson mfl., 2014). Kvinnor utsatta för partnervåld lider bland annat av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression, nedsatt minnesfunktion och koncentrationsförmåga, hyperuppmärksamhet, försvagad mentaliseringsförmåga, ångestsjukdomar samt alkohol- och drogmissbruk (Campbell, 2002; Andersson mfl., 2014). I svensk kontext konstaterar Andersson mfl. (2014) att kvinnor som utsätts för allvarligt våld under sin livstid beskriver symtom på PTSD tre till fyra gånger så ofta som icke utsatta kvinnor och att depression är dubbelt så vanligt. Simmons mfl. (2015) beskriver att kvinnor som utsätts för alla tre typerna av partnervåld (psykiskt, fysiskt eller sexuellt) och/eller av flera olika förövare (familj, partner, bekant/främling) rapporterar symtom på psykisk ohälsa fyra till sex gånger så ofta som kvinnor som utsätts för en typ eller förövare (Simmons mfl., 2015).

Komplex traumatisering (C-PTSD) är resultatet av att ha utsätts för flera och/eller långvariga överväldigande händelser eller situationer som en varken kunnat hantera eller fly ifrån (Gerge, 2016). Utöver PTSD-symtom som återupplevande, överspändhet och undvikande (American Psychiatric Association, 2014) så omfattar C-PTSD också depressiva symtom, skamkänslor, låg självkänsla och dissociativa symtom (Gerge, 2016). C-PTSD är ännu ingen egen psykiatrisk diagnos men kommer enligt WHO (refererad i Gerge, 2016) att införas i nästkommande version av ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), ICD-11 (Gerge, 2016). Stora longitudinella studier (Felitti mfl., 1998) liksom studier genomförda i olika sammanhang (Felitti mfl., 1998; Kalmakis & Chandler, 2015; Simmons mfl., 2015) visar hur risken att utveckla negativa psykiska och beteendemässiga symtom ökar ju fler potentiellt traumatiserande händelser en människa utsätts för under livet. Forskning inom relations- och familjevåld föreslår att den kontinuerliga stress som det innebär att utsättas för partnervåld eller barnmisshandel orsakar biologiska störningar som sätter funktioner i HPA-axeln och centrala nervsystemet ur spel (Crofford, 2007; Gupta, 2013). Det leder till att den utsatta individens biologiska larmsystem reagerar snabbare och på mindre signaler från eventuella hot, men också att det tar längre tid att återgå till normalläge

(Crofford, 2007). Gupta (2013) redogör för att den här konstanta beredskapen kan orsaka såväl immunologiska som neurologiska förändringar, vilka kan leda till fysiska, psykiska och kognitiva besvär. Partnervåld kan således orsaka symtom på psykisk ohälsa hos kvinnan som riskerar att påverka hennes förmåga att möta eventuella barns behov av närhet, trygghet och omsorg (Levendosky & Graham-Bermann, 2001; Grip, 2012). Att utsättas för partnervåld och samtidigt uppleva en oförmåga att ta hand om och skydda sitt barn väcker vanligen svåra skam- och skuld känslor hos mamman (Berglund & Stenson, 2010). Tillsammans med rädslan för repressalier från mannen så kan sådana känslor minska chansen att hon söker hjälp eller berättar om sin utsatthet för andra (Berglund & Stenson, 2010). Många kvinnor upplever det dock lättare att berätta ifall de vid kontakt med myndigheter och sjukvård får frågan om partnervåld, än om de själva behöver ta initiativet (Berglund & Stenson, 2010). SFBUP (2019) anger i sina riktlinjer att alla som söker hjälp inom BUP för trauma- och stressrelaterade syndrom ”*screenas för traumatiska händelser av interpersonell natur*” (s. 3).

Sammanfattning, syfte och frågeställningar

Partnervåld, särskilt mot kvinnor, är ett globalt samhällsproblem med stor utbredning också i Sverige. Kvinnor som också är mammor har en förhöjd risk att utsättas. När barn behandlas inom BUP finns en förväntan på föräldern att bidra till barnets tillfrisknande genom att motivera och stötta barnet i behandlingsprocessen. Negativa konsekvenser av partnervåld på mammans psykiska hälsa kan inverka på hennes förmåga att delta i barnets behandling. För behandlande personal inom BUP är det därför angeläget att få en uppfattning om i vilken utbredning mammor till barn inom BUP har utsatts för partnervåld och hur det påverkar hennes psykiska hälsa.

Syftet med den här undersökningen var 1) att beskriva omfattning och typ av utsatthet för partnervåld hos mammor till BUP-patienter med allvarliga traumasymtom, vilka deltog i en studie om familjevåld, och 2) att undersöka ett eventuellt samband mellan utsatthetens omfattning och mammornas psykiska hälsa. Undersökningens frågeställningar är följande:

- Vilken omfattning och vilka typer av partnervåld rapporterar mammorna att de utsatts för?
- Hur skattar mammorna sin psykiska hälsa?
- Har antalet våldshändelser som mammorna utsatts för något samband med deras psykiska hälsa?

Metod

Tillvägagångssätt

Data till den här uppsatsen erhöles från forskningsprojektet *Förekomst, bedömning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) av patienter som utsatts för våld i familjen* (Broberg mfl., 2016). Forskningsprojektet är godkänt av regionala etikprövningsnämnden, diarienummer: 166–11. Deltagarna lämnade informerat samtycke och datainsamlingen pågick på BUP Gamlestaden i Göteborg mellan 2011–2014. Inom projektet genomfördes en behandlingsstudie riktad mot barn med

traumasymtom. För att inkluderas i studien skulle dels barn eller omsorgsperson svara bekräftande på minst två frågor om våldsutsatthet i familjen, dels skulle barnet uppvisa allvarliga traumasymtom (minst fem traumasymtom, minst ett inom varje kluster, enligt DSM IV-diagnosen PTSD). Barnet uteslöts från urvalet om hen själv eller föräldern var i behov av tolk för att genomföra behandlingen, om barnet behövde läggas in, uppvisade tecken på psykos eller om där fanns misstanke om autism eller intellektuell funktionsnedsättning. Totalt 93 barn uppfyllde kriterierna för deltagande i behandlingsstudien. En av omsorgspersonerna till vart och ett av dessa barn ombads svara på frågor kring bakgrund, livssituation, utsatthet för våld i barndomen, utsatthet för partnervåld samt symtom på psykisk ohälsa i det för ändamålet anpassade samlingsformuläret *Förälder om sig själv* (härefter FOSS) (Broberg mfl., 2016). Jag fick tillgång till avidentifierade data från projektet i form av en SPSS-fil. Ur denna hämtade jag relevant data för min undersökning, vilken bearbetades i SPSS25 och Excel 2010.

Deltagare

Omsorgspersoner till de 93 barn som uppfyllde den ursprungliga behandlingsstudiens inklusionskriterier utgjordes av mammor, pappor, familjehemsföräldrar eller annan (till exempel Hem för vård eller boende, HVB). Urvalet till den här undersökningen skulle uppfylla två kriterier: 1) att vara mamma till ett barn i behandlingsstudien och 2) att ha besvarat frågor i ett formulär om våldsutsatthet. Av de 93 barnen uteslöts fem syskon och hos de kvarstående 88 omsorgspersonerna var 9 pappor, 12 familjehemsföräldrar och 4 andra omsorgsgivare ($n = 25$). Dessa exkluderades från urvalet på grund av undersökningens explicita fokus på kvinnor utsatta för partnervåld. 12 mammor föll bort eftersom de inte besvarat frågor i formuläret om våldsutsatthet. Orsaker till bortfallet rapporterades inte i den ursprungliga behandlingsstudien.

Undersökningsgruppen i min uppsats var 50 mammor. Uppgifter om ålder saknas. Utsatthet för barnmisshandel uppgavs av 23 (46 %) mammor. Gruppen mammor som inte besvarade formuläret om våldsutsatthet skiljde sig inte ifrån de som svarade, vad gäller utsatthet för barnmisshandel, barnets kön, migrationsbakgrund, ekonomisk situation, utbildningsnivå, vårdnad eller boendesituation. Tabell 1 (s. 7) redovisar deskriptiv karaktäristik för urvalet.

Tabell 1

Deskriptiv karaktäristik för urvalet (n=50)

Karaktäristik	n	(%)
Barnets kön		
Pojke	20	(40)
Flicka	30	(60)
Migrationsbakgrund		
Född i Sverige	28	(56)
Född i annat land	21	(42)
Uppgift saknas	1	(2)
Sysselsättning		
Arbetar/Studerar	28	(56)
Arbetslös/Försörjningsstöd	22	(44)
Utbildningsnivå		
Grundskola	17	(34)
Gymnasieutb./ Högskole-/universitetsutb.	32	(64)
Uppgift saknas	1	(2)
Vårdnad		
Gemensam vårdnad	17	(34)
Enskild vårdnad, mamman	32	(64)
Uppgift saknas	1	(2)
Barnets boendesituation		
Med båda föräldrar	4	(8)
Med mamma (med eller utan styvpappa)	35	(70)
Växelvis	3	(6)
Med pappa (med eller utan styvmamma)	1	(2)
Annat	7	(14)

Instrument

Våld mot vuxna (VMV). I forskningsprojektet vid BUP-mottagningen i Göteborg skapades en kortversion, Våld mot vuxna (VMV), av formuläret Revised Conflict Tactics Scale (CTS2) (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). CTS2, liksom VMV, mäter utsatthet för psykiskt, fysiskt och sexuellt våld samt frekvens, det vill säga om våldet förekommit under senaste året eller tidigare i livet. Formuläret har god reliabilitet och validitet, vilket har beskrivits i ett stort antal studier (Chapman & Gillespie, 2019). CTS2 består i sin ursprungliga version av 39 frågor under fem delskalor (Straus mfl., 1996). VMV består i stället av åtta frågor för psykiskt, fysiskt och sexuellt våld (Broberg mfl., 2016). Två frågor avsåg psykiskt våld: ”*Min partner förolämpade, svor eller skrek åt mig*” samt ”*Förstörde något som tillhörde mig med flit*”. Fyra frågor avsåg fysiskt våld; ”*Jag fick en stukning, blåmärke eller ett litet sår på grund av bråk med honom/henne*”, ”*Han/hon knuffade eller skuffade undan mig*”, ”*Han/hon slog, sparkade eller misshandlade med något som kunde skada*” samt ”*Jag behövde uppsöka en läkare på grund av bråk med honom/henne men gjorde det inte*”. Två frågor avsåg sexuellt våld;

”Han/Hon använde våld (som att slå, hålla fast eller använda ett tillhygge) för att tvinga mig att ha oral- eller analsex” samt ”Han/hon insisterade på att ha sex när jag inte ville (men använde inte fysiskt tvång)”. Frågorna kunde besvaras med ett av åtta olika alternativ: 0 (*aldrig hänt*), 1 (*tidigare men inte senaste året*), 2 (*en gång*), 3 (*två gånger*), 4 (*3–10 gånger*), 5 (*minst en gång i månaden*), 6 (*flera gånger i månaden*) och 7 (*varje vecka eller nästan varje vecka*). Eftersom VMV skapades särskilt för det aktuella projektet saknas underlag för extern reliabilitet och validitet (Broberg mfl, 2016). Formulärets interna konsistens beräknades, och befanns tillfredsställande (Cronbachs $\alpha = 0.75$).

Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18). BSI-18 (Derogatis, 2017) är en förkortad version av Brief Symptom Inventory-53 (BSI-53) (Derogatis & Melisaratos, 1983). BSI-53 mäter psykisk ohälsa med 53 frågor över nio skalor: somatisering, tvångssyndrom, interpersonell känslighet, ångest, fientlighet, fobisk ångest, paranoida föreställningar och psykotiska symtom. BSI-53 är i sin tur en förkortad version av Symptoms Check List (SCL-90) (Derogatis, 2017) som innefattar 90 frågor över nio skalor. SCL-90 kan skilja ut personer med psykopatologi och det finns en svensk normering (Fridell, Cesarec, Johansson, Mallings & Thorsen, 2002; Grip, 2010). BSI-18 har visat god reliabilitet och validitet i bland annat studier med tysk och nordamerikansk normalpopulation (Franke, Jaeger, Glaesmer, Barkmann, Petrowski mfl., 2017; Derogatis & Fitzpatrick, 2004). Formulärets interna konsistens beräknades och befanns tillfredsställande (Cronbachs $\alpha = 0,92$). BSI-18 innehåller totalt 18 frågor över tre dimensioner med 6 frågor i varje: somatisering (SOM), depression (DEP) och ångest (ANX). Deltagaren ombeds svara på frågan om hur mycket hen subjektivt upplevt att olika symtom har besvärat eller plågat hen de senaste sju dagarna, genom att ange ett av fem alternativ. Svartalternativen är: 0 (*inte alls*), 1 (*lite grann*), 2 (*måttligt*), 3 (*en hel del*) eller 4 (*extremt mycket*). För att erhålla ett mått på generell psykisk besvärnivå (globalt svårighetsindex, GSI) summeras poängen för alla frågor (max 72p) och totalpoängen divideras sedan med antalet frågor. Måttet för GSI har god överensstämmelse med totalmåttet på SCL-90 och BSI (Derogatis, 2017).

Bearbetning av data och statistiska analyser

Information om mammornas utsatthet för barnmisshandel inhämtades från det större forskningsprojektet (Broberg mfl., 2016) via fråga 35 och 36 ur formuläret FOSS (Broberg mfl., 2016). Fråga 35 löd ”*Utsattes du för våld i någon form under din uppväxt? (om ja, vad hände och av vem?)*”. Fråga 36 löd ”*Om ja [på fråga 35, min kommentar], skulle du säga att du blev utsatt för barnmisshandel? (om ja, beskriv)*”. Om svar saknades på fråga 36 för enskilda mammor användes hennes svar och kommentarer på fråga 35 för att bedöma om hon utsatts för barnmisshandel eller inte. Till exempel, om en mamma svarat nekande på fråga 36 men bekräftande på fråga 35 och där kommenterat att det var mamma, pappa eller far-/morförälder som utövade våldet, så bedömdes hon ändå ha utsatts för barnmisshandel. För att besvara frågeställningen gällande livstidsprevalens för de olika våldstyperna har poängen för varje våldstyp på VMV summerats, oavsett när under livet händelsen inträffat. För att beräkna total våldsutsatthet så har alla bekräftande svar på någon fråga i VMV summerats för varje deltagare, oavsett när under livet händelsen inträffat. I datafilen saknades svar på tre frågor från två deltagare i VMV. Eftersom svaren från deltagarna på delskalornas andra frågor i dessa fall var 0 (*Aldrig hänt*) infördes värdet

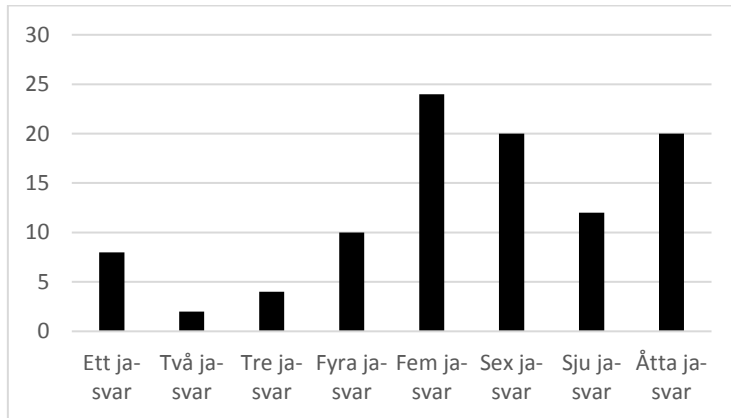
0 även i dessa celler. För att besvara frågeställningen om mammornas psykiska hälsa räknades deltagarnas poäng på hela BSI-18 om till en indexpoäng (GSI). För att undersöka sambandet mellan total våldsutsatthet och symtom på psykisk ohälsa genomfördes en multipel hierarkisk regression. Signifikansnivån sattes till ,05. För att beräkna skillnader i bakgrundsvariabler och utsatthet för barnmisshandel mellan de mammor som svarat på VMV och de som inte svarat användes χ^2 . Signifikansnivån sattes till ,05. För att få en uppfattning om hur mammorna påverkas av symtomen på psykisk ohälsa i vardagen har jag i den här undersökningen låtit svarsalternativ 2 (*måttligt*), 3 (*en hel del*) och 4 (*extremt mycket*) på frågorna i BSI-18 indikera att deltagaren upplevt besvär under minst hälften och upp till alla de senaste sju dagarna.

Resultat

Resultatet av min undersökning presenteras under rubrikerna: Utsatthet för psykiskt, fysiskt och sexuellt partnervåld under livstiden, Symtom på psykisk ohälsa samt Sambandet mellan utsatthet för partnervåld och psykisk ohälsa.

Utsatthet för psykiskt, fysiskt och sexuellt våld under livstiden

Enligt mammornas svar på VMV har 76 % (n = 38) utsatts för fem eller fler våldshändelser av en partner under livstiden (m = 5.5, sd = 2). Figur 1 visar andelen bekräftande svar i VMV.



Figur 1. Andel bekräftande svar i VMV.

Alla mammor utom en har utsatts för psykiskt våld (n = 49, 98%) nästan alla har utsatts för fysiskt våld (n = 46, 92%) och drygt två tredjedelar (n = 30, 62.5%) har utsatts för sexuellt våld av en nuvarande eller tidigare partner, någon gång under sin livstid. Vad gäller samtidig utsatthet så har 3 mammor utsatts för enbart psykiskt våld, 46 mammor har utsatts för fysiskt och psykiskt våld och 30 mammor har utsatts för psykiskt, fysiskt och sexuellt våld.

Symtom på psykisk ohälsa

Svarsfrekvensen på BSI – 18 var 92% (n = 46). Värdet på generell psykisk besvärnivå (GSI) varierade mellan 0 – 3.28 (M = 1.36, sd = 0,85). Hos hälften av deltagarna var GSI \geq 0,80, vilket enligt svensk normering innebär att de ligger över gränsen för klinisk symtomatologi. Tabell 2 visar andelen mammor som svarat minst ”måttligt” på frågan om respektive symtoms besvärnivå.

Tabell 2

Andel som svarat ”måttligt”, ”en hel del” eller ”extremt mycket” på frågan om symtomets besvärnivå under de senaste 7 dagarna.

SOM	%	DEP	%	ANX	%
Att känna dig svag i delar av kroppen	41,3	Att känna dig nedstämd	58,7	Att känna dig spänd eller upphetsad	63,0
Illamående eller orolig mage	54,3	Att inte känna något intresse för saker	43,5	Nervositet eller invärtes oro	74,0
Domningskänslor eller krypningar	32,6	Att känna dig ensam	50,0	Att känna dig rädd	45,7
Svimmningskänslor eller yrsel	32,6	Att känna hopplöshet inför framtiden	30,4	Perioder av skräck eller panik	43,8
Svårigheter att andas	32,6	Känslor av värdelöshet	41,3	Att plötsligt bli skräckslagen utan anledning	28,3
Smärtor i hjärta eller bröst	45,7	Tankar på att göra slut på ditt liv	4,3	Att känna dig så rastlös att du inte kunnat sitta still	23,9

Sambandet mellan utsatthet för partnervåld och psykisk ohälsa

För att undersöka sambandet mellan variablerna skapades först en korrelationstabell (tabell 3, s. 11). De variabler som ingick i korrelationstabellen var: utbildning, sysselsättning, utsatthet för barnmisshandel, utsatthet för partnervåld under livstiden samt psykisk ohälsa. Den enda korrelation som nådde signifikans var den mellan utsatthet för partnervåld under livstiden och psykisk ohälsa ($r = 0,34$, $p = ,02$).

Tabell 3

Interkorrelation mellan variablerna psykisk ohälsa, utbildning, sysselsättning, utsatthet för barnmisshandel och utsatthet för partnervåld.

	1	2	3	4	5
1. Psykisk ohälsa	-	-0,10	-0,04	0,19	,340*
2. Utbildning	-	-	0,24	0,10	0,21
3. Sysselsättning	-	-	-	-0,06	0,05
4. Utsatthet för barnmisshandel	-	-	-	-	0,20
5. Utsatthet för partnervåld	-	-	-	-	-

* $p > ,05$

För att kontrollera hur stor unik påverkan samt hur stor del av variansen i psykisk ohälsa som förklaras av utsatthet för partnervåld genomfördes en hierarkisk multipel hierarkisk regressionsanalys. I första steget lades kontrollvariablerna utbildning och sysselsättning in. Utsatthet för barnmisshandel och partnervåld lades in i separata steg för att kunna undersöka hur mycket varians de unikt förklarar. Utsatthet för barnmisshandel lades in före utsatthet för partnervåld eftersom den förra innebär en utsatthet som skett kronologiskt tidigare. Risken för kollinearitet bedömdes som mycket låg då VIF-värdena för samtliga variabler var under 2 (Borg & Westerlund, 2012).

I regressionen analyserades svar från 39 mammor. I steg 1 fördes kontrollvariablerna utbildning och sysselsättning in, vilket förklarade 4,5 % av variansen i graden av symtom på psykisk ohälsa. Detta steg var inte signifikant, $\Delta R^2 = 0,045$, ($p = ,43$). I steg 2 fördes variabeln utsatthet för barnmisshandel in, vilket förklarade ytterligare 5,2 % av variansen i graden av symtom på psykisk ohälsa. Denna ökning var inte signifikant, $\Delta R^2 = 0,052$, ($p = ,17$). I sista steget tillkom variabeln utsatthet för partnervåld under livstiden, vilket förklarade 8 % av variansen i graden av symtom på psykisk ohälsa men inte heller detta steg var signifikant, $\Delta R^2 = 0,083$, ($p = ,07$). Tabell 4 visar resultatet av regressionsanalysen.

Tabell 4

Multipel hierarkisk regressionsanalys med psykisk ohälsa som beroendevariabel ($n = 39$).

Oberoende variabler	ΔR^2	β
Steg 1	,05	
Utbildning		-,18
Sysselsättning		-,08
Steg 2	,05	
Utsatthet för barnmisshandel		,23
Steg 3	,08	
Utsatthet för partnervåld		,29

Diskussion

Den här undersökningen ämnade beskriva det partnervåld som mammorna till en grupp BUP-patienter med traumasymtom har utsatts för under sin livstid samt att undersöka om det fanns något samband mellan utsatthetens omfattning och mammornas psykiska hälsa. I det här avsnittet kommer jag att resonera kring undersökningens resultat utifrån varje frågeställning och i relation till tidigare forskning. Därefter diskuterar jag kring möjliga brister i undersökningens metod. I konklusionen redogör jag för mina slutsatser och ger förslag på hur personal inom berörda verksamheter kan använda sig av undersökningens resultat i mötet med våldsutsatta mammor.

Vilken omfattning och vilka typer av partnervåld, sett över livstid, rapporterar mammor till barn inom BUP, som är aktuella i en studie om familjevåld?

Nästan alla mammor i undersökningen har utsatts för psykiskt och fysiskt partnervåld under sin livstid och över två tredjedelar har också utsatts för sexuellt våld. Hälften av mammorna har utsatts för sex eller fler våldshändelser av en partner under livet och en femtedel har svarat bekräftande på alla åtta frågorna. Resultatet visar också en betydande samtidig utsatthet för partnervåld. Alla som utsatts för fysiskt våld har också utsatts för psykiskt våld, och alla som utsatts för sexuellt våld har också utsatts för psykiskt och fysiskt våld. Bakgrundsdata ger vidare information om att knappt hälften av mammorna i den här undersökningen har utsatts för barnmisshandel. Mammorna har utsatts för psykiskt våld minst dubbelt så ofta, och för fysiskt och sexuellt våld mer än sex gånger så ofta som kvinnor i Sverige generellt (Lövestad & Krantz, 2012; Nybergh mfl., 2013; Andersson mfl., 2014). Graden av våldsutsatthet hos undersökningens mammor kan liknas vid den bland kvinnor som är patienter i vuxenpsykiatri eller kvinnor som är i missbruk. En undersökning med 1382 kvinnliga patienter i öppen och sluten psykiatrisk vård visade att 63 procent utsatts för fysiskt, emotionellt eller sexuellt våld under vuxenlivet och drygt en fjärdedel för fysiska och/eller sexuella övergrepp i barndomen. Av de som utsatts under barndomen hade hela 74 procent utsatts också i vuxenlivet, de allra flesta av dem (cirka 80 procent) av en nuvarande eller tidigare partner (Bengtsson-Tops, 2010). I en undersökning om våldsutsatthet hos kvinnor i missbruk uppgav ungefär 90 procent (n = 103) att de utsatts för fysiskt, sexuellt eller emotionellt våld av en man, de flesta (cirka 75 procent) av en tidigare eller nuvarande partner (Berglund, 2010).

De flesta av mammorna (70 %) i den här undersökningen lever på heltid tillsammans med sina barn. Ett rimligt antagande är att barnen har utsatts för partnervåldet indirekt, genom att de sett, hört eller försökt att stoppa det (Broberg mfl., 2016; Janson, 2010). Många av barnen kan också antas ha utsatts för direkt våld, barnmisshandel, eftersom ett inklusionskriterie i det större forskningsprojektet var att barnet eller föräldern bekräftat minst två frågor om våld (Broberg mfl., 2016). Finkelhor med kollegor (2007; återgivet i Simmons mfl., 2014) introducerade begreppet polyviktisering vilket innebär den samlade mängden våldshändelser en individ utsatts för under sin barn- och ungdomstid. Finkelhor med kollegor menar att för barn som utsätts för flera typer av våld under barndomen så kan våldet inte räknas i enskilda händelser. Det handlar då snarare om att de lever i en våldsam miljö (Simmons mfl., 2014). Simmons mfl. (2014) föreslår

att ett sådant perspektiv också kan läggas på vuxna som utsatts för flera olika typer av våld (psykiskt, fysiskt, sexuellt) eller av flera olika förövare (förälder, partner, bekant/främling) under livstiden. Mammorna i den här undersökningen och deras barn kan med ett sådant resonemang sägas leva, eller ha levt, tillsammans i en våldsam miljö. För mig innebär begreppet våldsam miljö en djupare förståelse av hur partnervåld och barnmisshandel är en kontinuerlig process, där varje enskild våldshändelse inte bara tillför extra skada utan också förvärrar effekterna av de tidigare. Jag finner det också rimligt att dra paralleller mellan våldsam miljö och komplex traumatisering. Båda begreppen innebär långvarig eller upprepade utsatthet för händelser som upplevts överväldigande och omöjliga att hantera eller fly ifrån (Simmons mfl 2015; Gerge, 2016). Att leva under sådana omständigheter ställer naturligtvis höga psykiska, kognitiva och emotionella krav på både barnet och mamman (Levendosky & Graham-Bermann, 2001; Schemmings & Schemmings, 2017).

Hur skattar mammorna sin psykiska hälsa?

Undersökningens resultat visar att många av mammorna upplever psykosomatiska och psykiska symtom som ingår i diagnoser som egentlig depression, PTSD och olika ångestsjukdomar (American Psychiatric Association, 2014). Symtombilden liknar också den som föreslås för C-PTSD (Gerge, 2016). Över hälften av mammorna rapporterade att de varit illamående eller oroliga i magen, känt sig nedstämda, ensamma, spända eller oroliga i en sådan grad att det påverkat dem *"måttligt"*, *"en hel del"* eller *"extremt mycket"* de senaste sju dagarna. Drygt två femtedelar rapporterar att de känt sig svaga i kroppen, haft smärtor i hjärta eller bröst, känt sig ointresserade av saker, känt sig värdelösa, rädda och haft perioder av skräck eller panik. Omkring en tredjedel uppger att de upplevt domningskänslor eller krypningar, svimningskänslor eller yrsel, känt hopplöshet inför framtiden och drygt fyra procent uppger att de haft tankar om suicid som besvärat dem i minst måttlig grad. Hälften av mammorna rapporterar så pass många symtom på psykisk ohälsa att det kunna vara aktuellt med någon form av medicinsk eller psykologisk behandling (Fridell mfl, 2002). Gerge (2016) menar att det inte finns någon mer tydlig koppling inom psykiatrin än den mellan komplex traumatisering, i barndomen eller vuxenlivet, och psykiatriska symtom. Jag tycker att mammornas samlade symtombild kan sägas stödja tanken om att de levt i en våldsam miljö och att det innebär en risk för symtom på komplex traumatisering. I den undersökning inom psykiatrin i Region Skåne som tidigare nämnts, tillfrågades kvinnorna också om vilka konsekvenser våldsutsattheten orsakat i deras vardag (Bengtsson-Tops, 2010). Kvinnorna beskrev bland annat en generaliserad rädsla och en förhöjd rädslorespons på olika situationer och personer, negativ självbild, ensamhetskänslor och svårigheter med tillit och närhet till andra personer (Bengtsson-Tops, 2010). Dessa symtom stämmer väl överens med det som mammorna i den här undersökningen uppger. Utifrån detta finner jag det nödvändigt att behandlare inom BUP reflekterar över vad sådana symtom kan ha för påverkan på mammans deltagande i barnets behandling. Kanske handlar mammans uteblivande från möten eller hennes känslomässigt flacka agerande inte om ointresse, utan helt enkelt på att hon inte har den kognitiva eller emotionella kapaciteten just nu? Jag vill i detta sammanhang understryka att det är först när vi vet vad en mamma blivit utsatt för, hur hon har det och hur hon mår som vi kan bemöta henne på ett adekvat sätt och erbjuda det stöd hon behöver för att kunna understödja barnets tillfrisknande. Eftersom många våldsutsatta kvinnor upplever det svårt att berätta spontant om sin situation och be om

hjälp (Berglund & Stenson, 2010) så behöver berörd personal ta initiativ till sådana samtal (Berglund & Stenson, 2010).

Har antalet våldshändelser som mammorna utsatts för något samband med deras psykiska hälsa?

Den inledande korrelationsanalysen visade att det fanns ett måttligt positivt samband mellan omfattningen av utsatthet för partnervåld under livstiden och mängden symtom på psykisk ohälsa. Efter kontroll för utbildning, sysselsättning och barnmisshandel fanns sambandet i stort sett kvar men var inte längre signifikant, vilket diskuteras längre ner i texten. Det positiva sambandet i den inledande korrelationsanalysen var förväntat, det liknar resultaten från tidigare forskning som visar en dos/respons-relation mellan våldsutsatthet och psykisk ohälsa (Andersson mfl., 2014; Levendosky & Graham-Bermann, 2001; Simmons mfl., 2015). När den som egentligen ska utgöra ens trygghet (förälder eller partner) istället är den som skrämmer, verkar effekterna av våld bli särskilt svåra (Simmons mfl., 2015; Schemmings & Schemmings, 2017). Psykiskt eller sexuellt våld från en familjemedlem eller partner verkar exempelvis leda till fler negativa konsekvenser på den psykiska hälsan, än fysiskt våld från en främling (Carbone-Lopez mfl., 2012; Simmons mfl., 2015). Sådant våld kan också uppfattas som ett svek (Gerge, 2016). Det väcker en ilska i den som utsätts, vilken sällan kan utageras på ett säkert sätt. Den vänds istället mot det egna självet och kan, tillsammans med den skam och den vanmakt som ofta väcks i våldsutsatta, leda till självdestruktiva beteenden och depression (Gerge, 2016). Den konstanta stress som det innebär att leva i en våldsamt miljö orsakar också biologiska förändringar som kan leda till fysiska, kognitiva och emotionella problem (Crofford, 2007; Gupta, 2013). Nära hälften av mammorna i den här undersökningen har utsatts för såväl olika typer av partnervåld som barnmisshandel. En person som har med sig flera belastande barndomserfarenheter som barnmisshandel, sexuella övergrepp och omsorgsbrist har en högre risk att utveckla psykiska och fysiska sjukdomar i vuxen ålder (Andersson mfl., 2014; Kalmakis & Chandler, 2015). Med kunskapen om att tidigare forskning visar ett tydligt samband mellan utsatthet för barnmisshandel, upprepade våldsutsatthet och psykisk ohälsa i vuxenlivet (Felitti mfl., 1998; Kalmakis & Chandler, 2015) var det rimligt att förvänta sig ett liknande resultat också i den här undersökningen. Så blev alltså inte fallet. Även om den inledande korrelationsanalysen visade ett förväntat samband mellan utsatthet för partnervåld och psykisk ohälsa, så var det lika förväntade sambandet med utsatthet för barnmisshandel tämligen svagt och inte signifikant ($r = 0,2$, $p = < ,05$). I den efterföljande regressionsanalysen visade det sig att mammornas utsatthet för barnmisshandel eller partnervåld varken ensamt eller i kombination kunde förklara mängden symtom på psykisk ohälsa. En trolig förklaring till att signifikansen försvann efter kontroll för utbildningsnivå, sysselsättning och barnmisshandel är att urvalet är litet (Borg & Westerlund, 2012). En del saknade värden ledde till att analysen gjordes med enbart 39 mammor och det är troligt att analysen sett annorlunda ut med en större grupp. Men även om resultatet av regressionsanalysen hade nått signifikans så förklarar utsatthet för partnervåld endast en relativt liten del (8 %) och barnmisshandel en ännu mindre (5 %) av skillnaden i psykisk ohälsa. Så, vad mer skulle kunna förklara att mammorna rapporterar så pass stor mängd symtom på psykisk ohälsa? Tidigare forskning visar att kvinnor med låg utbildning och låga inkomster både utsätts för partnervåld i högre grad

(Janson, 2010) och mår sämre än andra kvinnor (Andersson mfl., 2014). På den mottagning där data till den här undersökningen är insamlat tas barn från flera geografiska områden (Broberg mfl, 2016) emot. En stor del av dessa områden klassas som socioekonomiskt utsatta (Göteborgs stad: Social resursförvaltning, 2014). Det innebär att människorna som lever här oftare klarar sin försörjning genom ekonomiskt bistånd, mer sällan arbetar eller studerar, presterar sämre i skolan och har sämre hälsa än göteborgare i genomsnitt (Göteborgs stad: Social resursförvaltning, 2014). Utifrån bakgrundsdata verkar delar av detta stämna på mammorna i den här undersökningen. Omkring en femtedel av mammorna i undersökningsgruppen uppger att de klarar sin försörjning med hjälp av ekonomiskt bistånd, vilket är fem gånger fler än bland kvinnor generellt i Sverige (SCBb, 2019). En tredjedel av mammorna uppger vidare att de slutfört en treårig gymnasieutbildning vilket också är färre än kvinnor generellt i Sverige, där nästan hälften uppger denna utbildningsnivå (SCBb, 2019). Men, vad som talar emot det här resonemanget är ju att varken den inledande korrelationsanalysen eller regressionsanalysen visade något signifikant samband mellan mammornas utbildningsnivå, sysselsättning och deras psykiska hälsa. Utbildningsnivå och sysselsättning förklarade tillsammans endast 5 % av skillnaderna i mängden symtom på psykisk ohälsa. I den här gruppen mammor måste det alltså vara någon ytterligare faktor som gör att de mår så pass psykiskt dåligt. För att få syn på dessa faktorer tycker jag att det vore intressant att undersöka mammornas egen upplevelse av att leva under knappa omständigheter, i ett område som klassas som socioekonomiskt utsatt och samtidigt ha ansvaret för traumatiserade barn. Hur uppfattar de sig själva? Vilka möjligheter att påverka sin situation anser de sig ha? Hur upplever de bemötandet i kontakter med myndigheter och sjukvård? Vad menar de själva att de behöver för att kunna vara tillräckligt bra mammor för sina barn?

Metoddiskussion

En brist i datainsamlingen är att formuläret VMV är anpassat särskilt för ett specifikt forskningsprojekt. Det saknas därför normering samt kunskap om dess reliabilitet och validitet i andra populationer. Formuläret VMV behandlas vidare i den här undersökningen som en kontinuerlig skala trots att de olika våldshändelserna egentligen inte går att addera till varandra på det sättet. Det valda förfarandet gör att alla våldshändelser anses likvärdiga och att det enbart är antalet som avgör hur våldsutsatt en mamma varit. Mot detta kan invändas att alla varianter av sexuellt våld vanligen betraktas som värre än mildare psykiskt eller fysiskt våld. Ett gott argument för att antalet våldshändelser är ett rimligt mått på utsatthet menar jag är att tidigare forskning så tydligt visar hur utsatthet för flera typer av våld orsakar fler symtom på psykisk ohälsa (Andersson mfl., 2014; Simmons mfl., 2015)

En ytterligare brist i undersökningen är att urvalet är litet, endast 50 mammor. Fler deltagare hade troligen ökat undersökningens styrka och kanske givit fler signifikanta resultat, vilket hade ökat generaliserbarheten. Kunskap saknas om varför mammorna inte svarat, men ett rimligt antagande kan vara att det är en kombination av tidsbrist på mottagningen, bristande rutiner, osäkerhet hos personalen om formulärens relevans i det enskilda fallet och mammornas egna förbehåll (Berglund & Stenson, 2010; Hultmann mfl, 2014).

Liksom i alla undersökningar som bygger på deltagares egna uppgifter finns risken att mammorna har under- eller överrapporterat utsatthet för partnervåld och symtom på

psykisk ohälsa. En orsak för mammorna att inte rapportera utsatthet för partnervåld skulle till exempel kunna vara rädsla för ingripanden från socialtjänsten gällande vårdnad om barnen eller boendesituationen. De skam- och skuld känslor som är så vanligt hos utsatta för partnervåld kan också ha minskat benägenheten att rapportera. Gällande symtom på psykisk ohälsa så skulle underrapportering kunna bero på att mammorna upplever symtom så ofta att det dåliga måendet upplevs som ett normaltillstånd. Jag finner risken för att mammorna skulle överrapportera utsatthet för partnervåld och symtom på psykisk ohälsa som liten. En orsak till överrapportering av utsatthet för partnervåld och symtom på psykisk ohälsa skulle möjligen kunna vara att mammorna hoppas väcka personalens sympati och därigenom kunna få mer stöd och hjälp än vad de annars förväntar sig.

Konklusion

Med den här uppsatsen ville jag belysa situationen för en grupp mammor som utsatts för partnervåld och vars barn behandlades för traumasymtom på en BUP-mottagning i Göteborg. Mammorna har under sin livstid utsatts för mycket psykiskt, fysiskt och sexuellt partnervåld och de upplever många symtom på psykisk ohälsa. Även om min undersökning inte visar på ett signifikant samband mellan graden av våldsutsatthet och psykisk ohälsa så är det ändå uppenbart att de flesta av mammorna ofta mår psykiskt dåligt. Tillsammans med kunskapen om att många av mammorna också utsatts för barnmisshandel, har ensamt ansvar för traumatiserade barn och lever under knappa ekonomiska omständigheter så framträder en bild av att många befinner sig i en mycket utsatt situation. För att mammor och barn i liknande situationer ska kunna få adekvat hjälp krävs det att våldet i familjen görs talbart. Det åstadkoms med fördel genom rutinmässiga frågor om våldsutsatthet i de verksamheter som möter de här familjerna. Personal inom BUP rekommenderas också att bedöma hur en mammas våldsutsatthet och psykiska mående inverkar på hennes förmåga att delta i sitt barns behandling.

Referenser

- American Psychiatric Association (2014). Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5. Stockholm: Pilgrim Press.
- Andersson, T., Heimer, G., & Lucas, S. (2014). Våld och hälsa: En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Hämtad från <https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/fulltext/1088>
- Bengtsson-Tops, A. (2010) Våldsutsatthet bland kvinnor som vänder sig till psykiatrisk vård. I Nationellt centrum för kvinnofrid (2010:4). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Hämtad från <https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/fulltext/753>
- Berglund, A. (2010). Förekomst av våld mot kvinnor i Sverige och internationellt. I Nationellt centrum för kvinnofrid (2010:4). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Hämtad från <https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/-fil/fulltext/753>
- Berglund, A. (2010). Särskilt sårbara grupper. I Nationellt centrum för kvinnofrid (2010:4). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Hämtad från <https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/-publik/-fil/fulltext/753>

- Berglund, A. & Stenson, K. (2010). Att ställa frågan om våld. I Nationellt centrum för kvinnofrid (2010:4). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* Hämtad från <https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/-fil/fulltext/753>
- Borg, E & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare* (3:e uppdat. och omarb. uppl.) Malmö: Liber.
- Broberg, A. G., Hultmann, O., & Axberg, U. (2016). Förekomst, bedömning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) av patienter som utsatts för våld i familjen. Slutrapport. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331-1336. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8
- Carbone-Lopez, K., Rennison, C. M., Macmillan, R. (2012). The transcendence of violence across relationships: new methods for understanding men's and women's experiences of intimate partner violence across the life course. *Journal of Quantitative Criminology*, 28 : 319-346. doi:10.1007/s10940-011-9143-9
- Chapman, Harriet & Gillespie, Steven. (2018). The revised conflict tactics scales (CTS2): A review of the properties, reliability, and validity of the CTS2 as a measure of partner abuse in community and clinical samples. *Aggression and Violent Behavior*. 44. doi:10.1016/j.avb.2018.10.006.
- Crofford, L. J. (2007). Violence, stress, and somatic syndromes. *Trauma, violence & abuse*. 8 (3). 299-313. doi: 10.1177/1524838007303196
- Derogatis, L. (2017). Symptom Checklist-90-Revised, Brief Symptom Inventory, and BSI-18. I Handbook of psychological assessment in primary care settings. Routledge Hämtad från <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9781315658407.ch3>
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3). 595-605. doi:10.1017/S0033291700048017
- Devries, K. M., Mak, J. Y. T., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., . . . Watts, C. H. (2013). Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science (New York, N.Y.)*, 340(6149). 1527. doi:10.1126/science.1240937
- Evans, S. E., Davies, C., & Dillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2). 131-140. doi:10.1016/j.avb.2008.02.005
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4). 245-258. Retrieved from [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/pdf](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/pdf). doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Franke, G. H., Jaeger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K., & Braehler, E. (2017). Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC medical research methodology*, 17(1), 14. doi:10.1186/s12874-016-0283-3
- Frenzel, A. (2014). *Brott i nära relationer : en nationell kartläggning*. (2014:8). Stockholm: Brottsförebyggande rådet (Brå)

- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., och Malling, Thorsen, S. (2002) SCL-90 Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. I SiS 4/02. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS.
- Gerge, A. (2016). Trauma: Om psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik (2. uppl. ed.). Vaxholm: Insidan.
- Glenngård, A., Steen Carlsson, K., & Berglund, A. (2010). Ekonomiska konsekvenser av mäns våld mot kvinnor : en kunskapsöversikt samt kostnadsberäkningar utifrån tre typfall. I Nationellt centrum för kvinnofrid (2010:4). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Hämtad från <https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/fulltext/753>
- Grip, K. (2012). The damage done. Children exposed to intimate partner violence and their mothers: towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children. Doktorsavhandling. Göteborg: Psykologiska inst., Göteborgs universitet. Hämtad från <https://gupea.ub.gu.se/handle/-2077/30153>
- Gupta, M. A. (2013) Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder, *International Review of Psychiatry*, 25(1), 86-99. doi: 10.3109/0954-0261.2012.736367
- Göteborgs stad: Social resursförvaltning. (2017). *Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg*. Hämtad från https://goteborg.se/wps/wcm/connect/3fe012fe-9367-4bd9-a0e9-52999da2ee7d/Jämlikhetsrapporten2017_171219.pdf
- Heyman, R. E., Slep, A. M. S., & Foran, H. M. (2015). Enhanced definitions of intimate partner violence for DSM- 5 and ICD- 11 may promote improved screening and treatment. *Family Process*, 54(1). 64-81. doi:10.1111/famp.12121
- Hultmann, O., Möller, J., Ormhaug, S. M., & Broberg, A. (2014). Asking routinely about intimate partner violence in a child and adolescent psychiatric clinic: A qualitative study. *Journal of Family Violence*, 29, 67-78. doi: 10.1007/s10896-013-9554-5
- Janson, S. (2010). Barn som lever med våld i hemmet. I Nationellt centrum för kvinnofrid (2010:4). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Hämtad från <https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/-publik/fil/fulltext/753>
- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 359(9315), 1423-1429. doi:10.1016/S0140-6736(02)08357-5
- Kalmakis, K., & Chandler, G. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(8), 457-465. doi: 10.1002/2327-6924.12215
- Levendosky, A. A., & Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: the effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16(2), 171-192. Hämtad från <https://doi.org/10.1023/A:1011111003373>
- Lundberg, T. (2013). Kvinnor som blivit utsatta för partnervåld: Sårbarhetsfaktorer för fortsatt utsatthet efter separation från gärningsmannen (Examensuppsats på magisternivå). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:miun:diva-20282>
- Lövestad, S., & Krantz, G. (2012). Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: an epidemiological study from Sweden. *Bmc Public Health*, 12(1), 945. doi:10.1186/1471-2458-12-945
- Nybergh, L., Taft, C., Enander, V., & Krantz, G. (2013). Self-reported exposure to intimate partner violence among women and men in Sweden: results from a

- population-based survey. *BMC Public Health*, 13. 845-858. doi:10.1186/1471-2458-13-845
- Schemmings, D. & Schemmings, Y. (2017). Desorganiserad anknytning. Lund: Studentlitteratur
- Simmons, J., Wijma, B., & Swahnberg, K. (2014). Associations and experiences observed for family and nonfamily forms of violent behavior in different relational contexts among Swedish men and women. *Violence and Victims*, 29(1). 152-170. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-12-00084
- Simmons, J., Wijma, B., & Swahnberg, K. (2015). Lifetime co-occurrence of violence victimisation and symptoms of psychological ill health: a cross-sectional study of Swedish male and female clinical and population samples. *BMC Public Health*, 15(1). 979-993. doi:10.1186/s12889-015-2311-3
- Socialstyrelsen (2014). *Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer*. Hämtad 2019-04-17 från <http://www.socialstyrelsen.se/-valdsochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/upptackavald>
- Statistiska centralbyrån (SCB) (2018a). *På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet 2018*. Hämtad 2019-04-10 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/jamstallldhet/jamstallldhets-statistik/>
- Statistiska centralbyrån (SCB) (2018b). *Statistikdatabasen*. Hämtad 2019-04-10 från <http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/?rxid=aa7fe619-566f-46ad-8731-a8d21dc4db84/>
- Straus, M., Hamby, S., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The Revised conflict tactics scales (CTS2): development and preliminary psychometric Data. *Journal of Family Issues*, 17(3). 283-316. doi:10.1177/019251396017003001
- Sverige. Socialdepartementet. (2016). *Makt, mål och myndighet : Feministisk politik för en jämställd framtid* (Regeringens skrivelse : 2016/17:10). Hämtad 2019-04-10 från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2016/11/skr.20161710/>