

Kvinder på

kvindekrisecenter

En detaljeret undersøgelse om vold og voldens følgevirkninger over tid i et traumeperspektiv

SDU 


DANNER

KVINDE¹⁹⁹³
HJEMMET
EN NY BEGYNDELSE

Kolofon

Publikationen er udgivet af:

Syddansk Universitet, SDU
Videnscenter for Psykotraumatologi
under Institut for Psykologi
Campusvej 55, 5230 Odense M

Kontakt:

Sarah Bøgelund Dokkedahl,
sdokkedahl@health.sdu.dk

Rapporten er udgivet af Syddansk
Universitet i samarbejde med Danner
og Kvindehjemmet.

Forfattere:

Sarah Bøgelund Dokkedahl,
ph.d.-studerende v. Institut for
Psykologi, SDU

Mette Tegtmeier Olsen, projektleder,
Kvindehjemmet

Maiken Kirk Andersen, projektleder,
Danner

Tryk og grafik:

Grafisk Center, SDU

Foto:

Lea Meilandt

1. oplag. Udgivet juni 2021**Download rapporten på:**

https://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/institutter/psykologi/videnscenter+for+psykotraumatologi/rapporter/kvinder+pa+krisecentre.pdf

Der kan frit citeres fra rapporten med
angivelse af kilde.

ISBN:978-87-94006-33-0

EAN 9788794006330

Dette materiale økonomisk støttet af
Offerfonden. Materialets udførelse,
indhold og resultater er alene forfatternes
ansvar. De vurderinger og synspunkter,
der fremgår af materialet, er forfatternes
egne og deles ikke nødvendigvis af
Rådet for Offerfonden.

| RÅDET FOR OFFERFONDEN |

Indholdsfortegnelse

1. Forord	6
2. Resumé.....	9
3. Vold i et traumeperspektiv	12
4. Begreber	16
5. Kvindekrisecentre og Servicelovens § 109	20
6. Om deltagerne	26
7. Metode	30
Procedure for dataindsamling	30
Den vold vi undersøger.....	34
Repræsentation og generaliserbarhed	36
Analyse.....	37
Undersøgelsens begrænsninger og styrker - en opsummering	38
8. Resultater	40
Deltagerne	40
Voldens karakteristika	43
Forekomst af PTSD og Komplex PTSD	46
Udvikling af symptomer over tid	52
Opsummering af resultater.....	56
9. Kvalitative beretninger	58
10. Diskussion	62
11. Følgegruppens anbefalinger	72
12. Epilog: Erfaringer med anvendelse af et spørgeskema på krisecenter	76
13. Litteraturliste	80
14. Bilag	87



Jeg tror faktisk nok, at jeg er nået til den erkendelse, at jeg nok aldrig rigtig helt kommer mig over det [volden]. Forstået på den måde at der er nogle traumer som sidder der, som nok aldrig helt går væk (..) men jeg bliver bedre og bedre til at håndtere det, når det kommer. Efter ti måneder synes jeg absolut stadig ikke, det er sjovt, jeg synes stadig ikke, det er sjovt at gå ned gennem gågaden, men så ved jeg bare, at når jeg skal de ting, så skal jeg huske, at jeg ikke skal noget bagefter, for eksempel.

1.

Forord

Hvilken vold har kvinder, der flytter på krisecenter, været udsat for? Hvordan har volden påvirket dem? Og hvilken betydning har et krisecenterophold for kvindernes trivsel?

Det er nogle af de spørgsmål, vi i Danner og Kvindehjemmet længe har været optagede af at indsamle systematisk viden om, og som i denne rapport bliver belyst.

Det er veldokumenteret, at særligt kvinder i forhold til mænd er i øget risiko for at blive udsat for vold af en partner, eks-partner eller en anden nær relation. Undersøgelser viser, at kvinder er i højere risiko end mænd for at blive udsat for grov og mere gentagen vold, seksualiseret vold og i sidste ende er i risiko for at blive dræbt af en partner/eks-partner (Bjørnholt et. al, 2019; Laursen et al., 2020).

Vold sætter dybe spor i kvinders liv og har negativ påvirkning på kvinders trivsel, mentale sundhed og krop. Det ved vi. Nogle voldsudsatte kvinder kommer relativt hurtigt videre og får en velfungerende hverdag, mens andre kvinder kæmper med alvorlige konsekvenser fra volden resten af livet.

Denne undersøgelse bygger på eksisterende viden om kvinder på krisecenter samt vold mod kvinder i nære relationer og går et spadestik dybere ud fra et psykotraumatologisk perspektiv. Ved at følge 150 kvinder undervejs i deres ophold og tre måneder efter udflytning fra krisecentret har vi fået unik adgang til at belyse sammenhænge mellem vold, kvindernes trivsel og mentale helbred og ikke mindst deres psykiske udvikling undervejs i et krisecenterophold. Et lignende studie er ikke lavet før i Danmark eller internationalt.

Med rapporten ønsker vi at bidrage til mere kvalificeret viden om kvinder på krisecenter, så vi sikrer, at kvinderne hjælpes bedst muligt undervejs i deres ophold og i tiden efter. I et forebyggelsesperspektiv er det afgørende, at vi sikrer, at flere kvinder kommer fri af volden og dens nedbrydende konsekvenser, så færre kvinder og børn skal leve med vold i hjemmet, og færre ender i en ny voldelig relation.

Med forbehold for at undersøgelsen har sit udspring i krisecenterområdet, mener vi, at fundene også rummer relevant viden, der rækker udover kvinde-krisecentrenes beskyttende mure. Omkring 38.000 kvinder har været udsat for fysisk partnervold og knap fire ud af 100 kvinder har inden for et år været udsat for psykisk vold fra en nuværende eller tidligere partner (Deen et al.,

2018; Ottosen et al., 2018). Omkring 2.000 kvinder kommer på krisecenter årligt, men mange flere kvinder bliver udsat for vold og har brug for specialiseret hjælp til at bryde med voldsudøveren og bearbejde volden.

Rapporten er relevant for alle, der arbejder på eller er interesseret i kvindekrisecenterområdet. Den er relevant for fagpersoner, der på anden vis arbejder med, eller er i berøring med, voldsudsatte kvinder og børn. Rapporten er også til personer, der til daglig sidder i en myndighedsfunktion og koordinerer eller yder støtte til kvinder og børn. Endvidere er rapporten relevant for alle, som træffer beslutninger og udvikler lovgivning, der vedrører eller påvirker målgruppen. Endeligt er rapporten også tiltænkt forskere, som beskæftiger sig med feltet.

Rapporten bygger på et ph.d.-studie af Sarah Bøgelund Dokkedahl, under vejledning af professor Ask Elklit, fra Institut for Psykologi på Syddansk Universitet¹ og medvejleder overlæge Trine Rønne fra Center for Voldsramte. I denne rapport analyserer og diskuterer vi udvalgte resultater fra ph.d.-studiet.

Vi håber I vil læse med og blive klogere på voldens følgevirkninger for kvinder på krisecenter.

Endeligt skal der lyde en stor tak til undersøgelsens følgegruppe, hvis store engagement og værdifulde drøftelser har kvalificeret undersøgelsen undervejs og frem til den endelige rapport.

Danner og Kvindehjemmet,
juni 2021

Undersøgelsens følgegruppe bestod af:

Kamilla Bjørn Drøidal, direktør i
Landsorganisation af Kvindekrisecentre

Katrine Bindesbøl Holm Johansen,
chefkonsulent i Lev Uden Vold

Lise Barlach, specialkonsulent i Socialstyrelsen

Randi Theil Nielsen, tidligere sekretariatsleder
i Kvinderådet samt tidligere leder af
Det Nationale Voldsobservatorium

Trine Rønne Kristensen, overlæge og ph.d.
ved Center for Voldsramte

Inge Loua, psykolog, psykologisk konsulent
på RED Safehouse samt stifter og leder af
Minoritetskonsulenterne ApS

¹Dokkedahl, S. (2021). Psychological Trauma and Intimate Partner Violence, Grafisk Center, Syddansk Universitet, submitted.

2. Resumé

I denne rapport undersøger vi forekomsten af fysisk, psykisk og seksualiseret vold blandt 150 kvinder på fire danske kvindekrisecentre, samt hvordan volden påvirker deres mentale helbred, og hvordan de udvikler sig undervejs i opholdet. Undersøgelsen beror på et ph.d.-studie, der tager sit afsæt i psykotraumatologisk forskning².

Undersøgelsen er en spørgeskemaundersøgelse, hvor de deltagende kvinder har udfyldt spørgeskemaer ved indskrivning til krisecenter, undervejs i deres krisecenterophold og tre måneder efter endt krisecenterophold. Af de i alt 150 kvinder, der har deltaget i undersøgelsen, gennemførte 63 kvinder hele undersøgelsen.

Spørgeskemaerne indeholder en række valide skalaer, der undersøger forskellige former for fysisk, psykisk og seksualiseret vold samt en række mentale helbredsproblemer. Sidstnævnte dækker over symptomer på PTSD og Komplex PTSD og andre traumesymptomer som negativ affekt, somatisering og dissociation. Dertil præsenterer rapporten de væsentligste fund fra fem kvalitative interviews med kvinder, der har deltaget i undersøgelsen.

De største styrker i undersøgelsen er, at den giver et dybdegående indblik i den vold, kvinderne har oplevet, og de mentale helbredsproblemer kvinderne oplever som konsekvens af volden. De anvendte skalaer i undersøgelsen er internationalt anerkendte og har tidligere demonstreret høj validitet og pålidelighed. Det er desuden den første undersøgelse, som har undersøgt Komplex PTSD³ blandt voldsudsatte kvinder i Danmark. Undersøgelsens største begrænsninger er det relativt lave deltagerantal og lav diversitet blandt deltagerne, som gør, at undersøgelsen ikke er repræsentativ for målgruppen af kvinder på krisecenter. Undersøgelsen er desuden stærkest i forhold til at belyse partnervold og mindre stærk i forhold til at indfange familierelateret vold eller vold i andre nære relationer.

Generelt havde kvinderne, der deltog i undersøgelsen, oplevet en høj forekomst af både fysisk, psykisk og seksualiseret vold. Størstedelen havde oplevet grov fysisk vold (86.2%), og mange var blevet truet på livet (58.6%) eller truet med selvmord (42.9%), hvis de forlod den voldelige relation. Over halvdelen havde oplevet seksualiseret vold (59.3%), hvilket er højere end tidligere undersøgelser fra krisecenterområdet (Socialstyrelsen, 2017, 2018, 2019).

²Dokkedahl, S. (2021).

³Kompleks PTSD er en søsterdiagnose til den mere kendte PTSD. De to lidelser overlapper i deres symptomer, men som navnet indikerer, er der tale om et mere komplekst og omfattende symptom-billede end for almindelig PTSD (Cloitre, 2020; WHO, 2018).



Et overraskende fund var, at en stor del af kvinderne oplevede nye episoder af vold både under (57.3%) og efter opholdet på krisecenter (38.1%). Volden var oftest psykisk, og voldsudøveren var i størstedelen af tilfældene den samme, som havde udøvet vold forud for krisecenteropholdet. Resultater viste også, at de kvinder, som oplevede nye episoder af vold, også oplevede en mindre forbedring i deres symptomer på PTSD og Komplex PTSD undervejs i opholdet.

Fundene understreger vigtigheden af, at den vold, kvinderne oplever under og efter endt krisecenterophold, ikke negligeres af fagpersoner og myndigheder, og at der sættes ind for at forhindre, at volden kan få lov at fortsætte. Fremtidig forskning kan med fordel undersøge i dybden, hvilke voldsformer og voldelige dynamikker, kvinder på kvindekrisecentrene bliver udsat for.

Psykisk vold viste sig at være den af de tre voldsformer, der havde en signifikant sammenhæng med alle mentale helbredsproblemer, når man kontrollerede for indflydelsen af de andre voldsstyper. Undersøgelsen bidrager således til den internationale forskning med ny viden, der ikke alene indikerer, at psykisk vold kan have alvorlige psykiske konsekvenser, men også at forskere og fagpersoner bør forstå psykisk vold som en potentiel traumatisk begivenhed på linje med fysisk og seksualiseret vold.

Det understreger behovet for, at fagpersoner og myndigheder har kompetencerne til at opspore psykisk vold og tager den lige så alvorligt som andre voldsformer, særligt i lyset af at det er den voldsform, der, ifølge undersøgelsens resultater, oftest fortsætter i løbet af krisecenteropholdet.

Et bemærkelsesværdigt fund var, at den stærkeste signifikante sammenhæng⁴ var mellem psykisk vold og oplevelsen af tonisk immobilitet, som er en na-

turlig kropslig reaktion, hvor man fryser, når man er udsat for en traumatisk hændelse. Tonisk immobilitet var desuden forbundet med en større følelse af skyld blandt kvinderne i undersøgelsen. Mange af kvinderne havde en oplevelse af, at de burde have gjort mere for at beskytte sig selv, og at de ikke håndterede de voldshandlinger, som de blev udsat for af udøveren, godt nok.

Følelsen af skyld kan delvist forklare udviklingen af symptomer på PTSD og Komplex PTSD, hvilket understreger vigtigheden af at arbejde med voldsudsatte kvinders skyldfølelse og tolkning af deres egen respons⁵. Det er desuden vigtigt, at myndigheder, pårørende og andre, der møder den voldsudsatte, har en nuanceret forståelse af modstand og kroppens naturlige reaktioner, så kvinder fx ikke mødes med en forståelse af ikke at have handlet.

Størstedelen af de deltagende kvinder udviste symptomer på PTSD eller Komplex PTSD ved indskrivning (i alt 68,9%). Undervejs i opholdet oplevede de fleste kvinder et signifikant fald i symptomerne samt i andre mentale helbredsproblemer som negativ affekt (samlet betegnelse for symptomer på depression og angst), somatisering (fysiske symptomer på grund af psykisk mistroivsel) og dissociation (en traumelidelse der er kendetegnet ved mental afkobling). I øvrigt steg den generelle trivsel markant. Ved udflytning havde en gruppe af kvinder dog stadig symptomer på PTSD eller Komplex PTSD (i alt 30,2%).

En detaljeret analyse viste, at kvinderne generelt kunne inddeles i to grupper: Den første gruppe havde færre symptomer på PTSD end den anden gruppe ved indskrivning og oplevede markant bedring undervejs i opholdet (46,7%). Den anden gruppe havde flere PTSD-symptomer end den første gruppe ved indskrivning og oplevede et lavere fald i symptomer undervejs i deres ophold (53,3%). Har en kvinde flere traumesymptomer ved indskrivning, har hun altså typisk sværere ved at få det markant bedre under et krisecenterophold.

Dette fund harmonerer med andre internationale undersøgelser af kvinder på krisecenter, hvor en betydelig undergruppe fortsat udviser tegn på traumereaktioner. Data viste desuden, at de kvinder, der udviste symptomer på Komplex PTSD ved indskrivning, samt de kvinder, der oplevede nye voldsepisoder undervejs i deres ophold, havde et mindre fald i deres PTSD-symptomer. Kvinder uden dansk statsborgerskab og et andet fødeland end Danmark havde også signifikant flere symptomer på PTSD end etnisk danske kvinder. Dette er således grupper af kvinder, som kvindekrisecentrene og myndighederne bør være særligt opmærksomme på og tilbyde målrettet hjælp, eventuelt gennem et traumefokuseret behandlingstilbud.

⁴Statistisk signifikans henviser til et signifikansniveau på 0.5 eller derunder.

⁵Her kan man fx lade sig inspirere af Alan Wades teori om modstand (response-based practice).

3. Vold i et

traumeperspektiv

Siden 1970'erne har partner- og familierelateret vold fået opmærksomhed fra forskere i hele verden. Der er mange perspektiver, hvorfra man kan studere vold i nære relationer, og forskningen har blandt andet været optaget af, hvad der karakteriserer de voldsudsatte, sårbarhedsfaktorer for voldsudsatte- og udøvere, hvordan vi bedst hjælper voldens ofre, og hvordan voldsudøvere bør retsforfølges. Forskere og praktikere, som arbejder med vold i nære relationer, kommer fra mange forskellige faglige discipliner. Partner- og familierelateret vold er et samfundsproblem, og mange forskere har studeret volden fra et strukturelt perspektiv, hvor køn og ligestilling er i centrum.

Denne undersøgelse er designet af psykologer fra Syddansk Universitet, som forsker i partner- og familierelateret vold fra et psykotraumatologisk perspektiv. Psykotraumatologi er studiet i psykologiske traumer, det vil sige menneskers psykologiske reaktioner på voldsomme og traumatiske oplevelser. Psykotraumatologi har fokus på individet, og forskningen centrerer sig i særdeleshed om den psykiske lidelse PTSD⁶, der har en direkte årsagssammenhæng med traumatiske oplevelser.

Hvad er et traume?

Der findes forskellige tilgange til at forstå et traume og én af dem er WHO's definition, som denne rapport tager udgangspunkt i. Et traume henviser til en hændelse eller en begivenhed, som udsætter individet for fare og dermed potentiel skade. Verdenssundhedsorganisationen (WHO) definerer et traume som *"Eksponering for en ekstremt truende eller frygtelig begivenhed eller række af begivenheder"*⁷ (WHO, 2018). Tidligere blev et traume defineret ud fra en fysisk eller seksuel trussel, men med den nyeste definition fra WHO kan et traume også defineres ud fra psykologisk truende begivenheder som fx psykisk vold eller stalking (Hyland et al., 2021; WHO, 2018).

En traumatisk begivenhed fremkalder en emotionel respons, som kan være kendetegnet ved frygt og stress, og som kan have vidtrækkende sociale, psykiske og økonomiske konsekvenser (Lagdon et al., 2014; Johnson et al., 2008). Partner- og familierelateret vold er eksempler på traumatiske begivenheder, som et menneske kan opleve. Denne type af traumer kan have særligt alvorlige konsekvenser for individet, hvilket skyldes en bevidsthed om, at det er nogen, man måske elskede eller stolede på, der har gjort én skade. Dette kan desuden gøre det vanskeligere at bearbejde traumet (Klest et al., 2019).

Vold og de psykiske konsekvenser - hvad vi ved og ikke ved

Partnervold er en kendt risikofaktor for PTSD. Jaqueline Golding (1999) anslår, at mellem 31-84% af kvinder, der er udsat for partnervold, udvikler PTSD. Bredden i dette estimat skyldes, at man har undersøgt det på tværs af forskellige undersøgelsespopulationer, fx befolkningsundersøgelser eller kvinder på krisecenter, hvor man generelt finder den højeste forekomst af PTSD på kvindekrisecentre eller andre interventioner for voldsudsatte kvinder. Partnervold kan også medføre en forøget risiko for depression, angst, fysiske smerter og generel psykisk stress (Lagdon et al., 2014).

Det er ikke alle, der har oplevet vold, der udvikler PTSD eller andre psykiske følgevirkninger. Forskning peger eksempelvis på, at genetik forklarer op til 29% af symptomerne på PTSD for kvinder, hvilket betyder, at nogle mennesker kan være født med en sårbarhed, som sætter dem i større risiko for at udvikle PTSD efter en traumatisk hændelse (Duncan et al., 2018). Tidligere traumatiske begivenheder, som fx overgreb i barndommen kan gøre en person mere sårbar overfor PTSD, hvis man oplever nye traumer i voksenlivet (DeJonghe et al., 2008). Samtidig viser forskning, at kvinder også er mere sårbare overfor at udvikle PTSD-symptomer (Christiansen & Elklit, 2008).

Den nuværende viden om vold og følgevirkninger i Danmark stammer i høj grad fra kvinder på krisecenter. Tidligere undersøgelser har eksempelvis dokumenteret, at langt de fleste kvinder på krisecenter har været udsat for mere end én type vold, og at fysisk og psykisk vold er de mest hyppige måder, hvorpå volden kommer til udtryk (LOKK, 2020). En undersøgelse fra 2017 viste, at 44% af kvinder på krisecentre udviste symptomer på PTSD, da de fraflyttede krisecentret (Socialstyrelsen, 2017).

Ser man på international forskning, er der mange studier, der har dokumenteret en høj forekomst af PTSD blandt kvinder på krisecenter (Golding, 1999). De fleste studier har dog undersøgt kvinderne, da de kom til krisecentret, og kun ganske få studier har fulgt kvindernes udvikling og undersøgt deres mentale helbred ved opfølgning efter endt ophold (McFarlane et al., 2020; Shaked et al., 2020). PTSD kan blive kronisk, særligt hvis det forbliver ubehandlet. Derfor er det vigtigt at få mere viden om, hvordan sådanne symptomer udvikler sig blandt kvinder på danske krisecentre. De fleste studier om vold og PTSD er desuden gennemført i en tid, hvor man ikke anså psykisk vold som en potentiel traumatisk oplevelse. Der er derfor behov for mere viden om, hvordan psykisk vold påvirker det mentale helbred. Denne undersøgelse forsøger at udfylde disse videnshuller.

⁶Uddybende forklaring af PTSD findes i kapitel 4.

⁷Egen oversættelse.

Afgrænsning

I denne undersøgelse tager vi altså udgangspunkt i udviklingen af kvindernes mentale helbred fra et psykotraumatologisk perspektiv. Dette er gjort med en bevidsthed om, at der er mange andre interessante udfald, man kunne have målt på i projektet; fx job, bolig, tilfredshed med krisecenteropholdet samt uddybende indblik i, hvorvidt volden ophører. I denne undersøgelse tager vi dog udgangspunkt i kvindernes mentale helbred baseret på tidligere viden om voldens omfattende psykiske konsekvenser, som ubehandlede kan være langsigtede og have vidtrækkende følgevirkninger for kvinden.

I den sammenhæng er det væsentligt at understrege vigtigheden i at inddrage den konkrete sociale kontekst for at kunne forstå voldens dynamikker, og hvilken effekt vold har fx i en parrelation. Desuden er det relevant at medtænke den bredere sociale og samfundsmæssige kontekst, der også kan have indflydelse på om vold kan finde sted, såsom kulturelle normer og ulighed (Laursen et al., 2020). I denne undersøgelse er der imidlertid fokus på voldens individuelle konsekvenser for kvinders mentale helbred og således ikke på voldens årsager eller det iboende magtforhold, der også har betydning for kvinders sårbarhed for at blive voldsudsat og muligheden for at bryde med volden.

Forskningsspørgsmål

Med udgangspunkt i ovenstående tager undersøgelsen afsæt i følgende forskningsspørgsmål:

- Hvilke former for vold har kvinderne været udsat for, når de kommer på krisecenter?
- Hvor belastede er kvinderne af volden ved starten af deres ophold på krisecenter?
- I hvilken grad ændres kvindernes situation undervejs og efter opholdet på krisecenter?
- Kan vi påvise sammenhænge mellem typer af vold og traumereaktioner?

Med den viden, vi får fra undersøgelsen, vil vi få et mere dybdegående indblik i vold og voldens følgevirkninger, så vi i fremtiden kan tilbyde en mere kvalificeret hjælp til kvinder, som har været udsat for vold.



4.

Begreber

Som beskrevet i afsnittet om undersøgelsens genstandsfelt tager rapporten udgangspunkt i psykotraumatologisk forskning. I dette afsnit introducerer vi centrale begreber, som vil blive anvendt igennem rapporten. Begreberne relaterer sig til traumeforståelse og psykiske følgesymptomer, som et menneske kan opleve efter en traumatisk begivenhed.

Tonisk immobilitet

Der er en række faktorer, der kan have betydning for, hvordan individet oplever en traumatisk begivenhed, heriblandt kroppens reaktion i forbindelse med traumatet. Tonisk immobilitet henviser til et fænomen, hvor man føler sig fastfrosset, lammet eller ude af stand til at råbe eller reagere i en given situation (Marx et al., 2008). Denne reaktion er en naturlig menneskelig reaktion på samme måde, som en person bevidst eller ubevidst kan vælge at flygte eller kæmpe. *Tonisk immobilitet* er således en ufrivillig respons, som har til hensigt at beskytte os, når vi oplever fare (Ibid.). Selvom tonisk immobilitet skal beskytte individet, er det at fryse i situationen en af de største risikofaktorer for sidenhen at udvikle psykiske efterreaktioner (Hagenaars, 2016), og mange ofre oplever stor skyld- og skamfølelse over, at de ikke reagerede i situationen (Marx et al., 2008).

Traumesyntomer: PTSD og Komplex PTSD

En traumatisk begivenhed kan udløse psykiske følgesymptomer, som specifikt knytter sig til traumatet. I denne undersøgelse har vi målt på symptomer for Posttraumatisk Stressforstyrrelse (PTSD) og Komplex Posttraumatisk Stressforstyrrelse (Kompleks PTSD). Når vi anvender begrebet *traumesyntomer* i denne rapport, er det disse psykiske lidelser, vi henviser til.

Symptomer på PTSD og Komplex PTSD skal være til stede over flere uger, før man vil tale om en PTSD-diagnose (WHO, 2018). Dette er fordi, at man betragter symptomer på PTSD, som en naturlig reaktion på voldsomme og traumatiske hændelser. Når man ikke oplever en naturlig bedring over tid, efter man er kommet i sikkerhed, kan PTSD komme i betragtning som en klinisk diagnose. PTSD kan blive en kronisk lidelse, særligt hvis man ikke modtager behandling (Cahill & Pontoski, 2005). Det kræver en klinisk udredning at stille en PTSD- eller Komplex PTSD-diagnose, og diagnosen kan derfor ikke stilles alene på baggrund af et spørgeskema. Det er desuden et

krav, at de vanskeligheder, som kendetegner Komplex PTSD, ikke har været til stede før den traumatiske begivenhed (Cloitre, 2020). Når vi henviser til PTSD i denne rapport, er det altså symptomer på PTSD, vi har målt på. Der er ingen kvinder, der har fået en diagnose med PTSD alene på baggrund af denne spørgeskemaundersøgelse.

Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)

PTSD er en psykisk lidelse, som man kan udvikle, når man har oplevet en traumatisk begivenhed. Det er en lidelse, der opleves som meget invaliderende og funktionsnedsættende. PTSD er særligt kendetegnet ved tre kernesymptomer, som lidelsen diagnosticeres ud fra (WHO, 2018). Der er dog mange andre symptomer, som overlapper i symptombilledet, fx depression, angst, misbrug og selvmordstanker. De tre kernesymptomer for PTSD er:

- **Genoplevelse:** Dette symptom er karakteriseret ved gentagne, invaderende og belastende erindringer om, hvad der er sket. Det kan blandt andet komme til udtryk ved tilbagevendende og belastende drømme eller invaderende tanker, som forstyrrer ens daglige liv. Genoplevelse kan komme til udtryk ved intens psykisk stress eller fysiologiske reaktioner ved oplevelser eller begivenheder, der minder om den traumatiske begivenhed, fx lugte, lyde eller geografiske placeringer. I nogle tilfælde kan der opstå såkaldte dissociative reaktioner. Disse, bedre kendt som flashbacks, kan resultere i, at personen føler og agerer, som om den traumatiske begivenhed sker igen. Ofte resulterer genoplevelserne i stærke og overvældende følelser som frygt og rædsel.
- **Undgåelse:** Dette symptom er karakteriseret ved, at personen vedvarende forsøger at undgå forskellige ting, der kan være forbundet med begivenheden. Her er ikke kun tale om undgåelse af situationer, aktiviteter og steder, der kan minde om begivenheden, men også om undgåelse af tanker og følelser forbundet med traumatet. Mange udvikler undgåelsesstrategier, som kan være mere eller mindre bevidste. Måske tager personen omveje for at undgå en specifik bydel eller har fjernsynet kørende om natten, så man ikke skal være alene med sine tanker.
- **Øget vagtsomhed:** Øget stress og vagtsomhed er det tredje symptom, som kendetegner PTSD. Den forhøjede vagtsomhed skal være opstået efter den traumatiske begivenhed, før det kan betragtes som et symptom på PTSD. Eksempler på denne øgede vagtsomhed kan være irritabilitet, vredesudbrud, destruktiv adfærd, overvagsomhed, lavere tærskel for forskrækkelser, koncentrationsbesvær og vanskeligheder ved at falde i søvn eller generelt at sove igennem.



Kompleks Posttraumatisk stressforstyrrelse (Kompleks PTSD)

Kompleks PTSD er en søsterdiagnose til den mere kendte PTSD. De to lidelser overlapper i deres symptomer, men som navnet indikerer, er der tale om et mere komplekst og omfattende symptom-billede end for almindelig PTSD (Cloitre, 2020; WHO, 2018). Kompleks PTSD ses ofte hos personer, der har været udsat for en traumatisk begivenhed over en længere periode, eller som har oplevet gentagne og langvarige traumatiske hændelser, som fx partnervold eller overgreb i barndommen, frem for en enkelt eller få hændelser. Dette er dog ikke altid tilfældet og heller ikke et krav for at få diagnosen (Cloitre, 2020). De tre kernesymptomer for Kompleks PTSD er:

- **Følelsesregulering:** Problemer med følelsesregulering kan komme til udtryk både som hyper- eller hyporegulering. Ved hyperregulering forstås forhøjede følelsesreaktioner, hvor personen oplever stærke følelsesudbrud, fx ved at blive meget ked af det eller meget vred i situationer, der ikke lader til at påvirke andre mennesker i samme grad. Hyporegulering derimod er en form for følelsesnedlukning, hvor personen har svært ved at mærke, identificere eller udtrykke egne følelser, hvorfor personer med Kompleks PTSD for omverdenen kan forekomme passive.
- **Negativt selvkoncept:** Et negativt selvkoncept er kendetegnet ved en indre overbevisning om, at man er værdiløs, formindsket eller har lidt nederlag. Sådanne følelser er ofte ledsaget af en følelse af at være fortabt samt følelser af skyld og skam i relation til traumatet. Mange personer med Kompleks PTSD vurderer derfor sig selv om en fiasko.
- **Forstyrrede relationer:** Det tredje symptom, der kendetegner Kompleks PTSD, er vanskeligheder med at vedligeholde relationer og knytte tætte bånd til andre. Disse symptomer kan give omfattende problemer på blandt andet personlige, familiære, sociale samt uddannelses- og arbejdsrelaterede områder.

Andre mentale helbredsproblemer som projektet undersøger

Når vi bruger begrebet mentale helbredsproblemer i rapporten, henviser vi til PTSD, Kompleks PTSD og andre mentale helbredsproblemer, som beskrevet nedenfor. Da PTSD og Kompleks PTSD, som tidligere beskrevet, er kendetegnede ved store overlap med andre psykiske problemer, har vi i denne undersøgelse valgt at måle på nogle af de mest fremtrædende symptomer. Dette giver os et større indblik i de øvrige mentale helbredsproblemer, som kvinder, der har været udsat for vold, oplever. Følgende begreber er alle udtryk for symptomer på psykisk lidelse og altså ikke specifikke diagnoser.

Negativ Affekt

I undersøgelsen har vi målt på negativ affekt, som er en samlet betegnelse for symptomer på depression og angst. Størstedelen af de individer, som har PTSD, udviser også symptomer på psykiske lidelser, hvoraf angst og depression er blandt de mest almindelige (Spinhoven et al., 2014). Symptomerne kan eksempelvis komme til udtryk gennem søvnproblemer, nedtrykthed og gråd.

Somatisering

Somatisering henviser til smerter og fysiske symptomer. Mange mennesker, som har oplevet en traumatisk begivenhed, oplever mange fysiske symptomer som fx hovedpine, muskelsmerter, mavepine, temperaturforandringer og svimmelhed. Oftest findes der ikke en medicinsk forklaring på disse symptomer. Symptomerne kan opstå med forsinkelse, fx et halvt år efter traumet, hvorfor man ikke nødvendigvis kobler de to ting sammen, hvilket kan vanskeliggøre forståelse for og behandling af symptomerne (Gupta, 2013).

Dissociation

Dissociation er et begreb, der knytter sig til traumerelaterede lidelser. Dissociation betegner en tilstand, hvor man fx mister fornemmelsen for tid og sted, føler sig adskilt fra sin krop eller har en ud-af-kroppen-oplevelse, hvor man føler, at man observerer sig selv udefra fremfor at mærke, hvad der sker med kroppen. Dissociation er tæt tilknyttet oplevelsen af tonisk immobilitet, da dissociation i forbindelse med en traumatisk oplevelse kan give den udsatte en oplevelse af ikke at have handlet. For nogle kan følelsen af dissociation dog fortsætte længe efter, at den traumatiske begivenhed er forbi. Dissociation er udtryk for en mere alvorlig traumatisering med flere symptomer på PTSD og Kompleks PTSD (Lanius, 2015).

Trivsel

I tillæg til de mentale helbredsproblemer har projektet også undersøgt den generelle trivsel blandt kvinderne. Dette er inddraget for at vurdere kvindernes tilstand ud fra et mindre klinisk perspektiv. Trivsel er blandt andet målt ud fra spørgsmålet, om man inden for de seneste 2 uger har følt sig *glad og energisk og rolig og afslappet*.⁸

⁸Fra WHO-5, se kapitel 7.

5. Kvinde-

krisecentre

og Servicelovens

§ 109

Denne rapport tager sit afsæt i kvindekrisecentrenes arbejde, som det ser ud i dag. For at forstå konteksten for dette arbejde og kvindekrisecentrenes nuværende tilbud vil vi kort skitsere krisecentrenes historie, og hvordan vold mod kvinder blev til et offentligt anliggende i Danmark.

Kvindekrisecentre blev startskuddet til politisk indsats

I 1978 så det første kvindekrisecenter til voldsudsatte kvinder dagens lys.⁹ I dag findes der en række forskellige hjælpetilbud til både voldsudsatte og voldsudøvere, som varetages af offentlige og private aktører.¹⁰ At vi i dag tænker vold mod kvinder som et alvorligt problem, og ikke mindst et samfundsproblem som myndighederne har et ansvar for at afhjælpe, skyldes i høj grad kvindekrisecentrenes arbejde, både i Danmark og internationalt (Oldrup, 2020; Skjørten et al., 2019).

Kvindekrisecenterbevægelsen er rundet af kvindebevægelsens anden store bølge, der for alvor fik medfart i Danmark op gennem 1970'erne. Via lokale kvindegrupper blev det tydeligt, at mange kvinder var udsat for vold i hjemmet, og der blev oprettet frivillige rådgivninger, som forløber til reelle kvindekrisecentre. Partnervold mod kvinder blev for første gang også offentligt italesat og problematiseret. Budskabet var klart: Det, der alt for ofte skete bag lukkede døre i de danske hjem, skulle frem i lyset. Det var et samfundsproblem, og samfundet havde ansvar for at hjælpe (LOKK, 2012; Clemmensen, 2005). "Kvinder, bryd ikke sammen, bryd ud!" lød budskabet på en plakate fra Danner i 1980.

De første kvindekrisecentre så dagens lys i slutningen af 1970'erne. Det var primært frivillige kvinder, som stod for hjælpen, og mange arbejdede til dagligt som pædagoger, socialrådgivere, jurister og psykologer. Viden og faglighed på krisecenterområdet blev således skabt og udviklet i krydsfeltet mellem det fagprofessionelle arbejde og den erfaringsbaserede viden fra hverdagen på kvindekrisecentrene. De voldsudsatte kvinder blev mødt ud fra en *kvinde til kvinde tilgang*, og formålet var at støtte kvinders handlekraft ud fra forståelsen *hjælp til selvhjælp* (Bertelsen et al., 2020). Indsatsen var finansieret af private donationer, fonde og mindre tilskud fra kommuner (LOKK, 2012).

I løbet af 1990'erne blev der ansat flere socialrådgivere, børnepædagoger og andre fagprofessionelle på centrene, og de erfaringsbaserede metoder til at arbejde med kvinder og børn blev afprøvet og videreudviklet (Bertelsen et al., 2020).¹¹ Bevægelsen i Danmark flugtede med en større international opmærksomhed på problemet, og vold mod kvinder og børn blev for første gang defineret i FN i 1995.¹² I Danmark udkom den første officielle handleplan til bekæmpelse af vold mod kvinder i 2002.¹³ Med Servicelovens paragraf § 109 i

⁹ Ringsted krisecenter er Danmarks første krisecenter for kvinder udsat for vold fra deres partner eller eks-partner.

¹⁰ Foruden kvindekrisecentrene kan nævnes: Lev Uden Vold (national enhed og hotline), Sig det til nogen (ambulant rådgivning via en række krisecentre, blandt andet Danner), Ud af Voldens Skygge (ambulant rådgivning, Mødrehjælpen), Dialog Mod Vold (tilbud til voldsudøvere), Mandecentret (voldsudsatte mænd) m.m.

¹¹ I 1994 bliver metodearbejdet med børn på krisecenter for første gang udviklet ved hjælp fra offentlige midler, og børnepædagoger ansættes på krisecentrene (KRIB-midler).

¹² The United Nations Fourth World Conference on Women, Beijing, China - September 1995.

¹³ Den første handlingsplan hed Regeringens handlingsplan til bekæmpelse af vold mod kvinder. Udgivet 8. marts 2002.

2004 blev ydelsen på kvindekrisecentrene officielt formuleret, minimumskrav blev fastsat og ansvarsplaceringen tydeliggjort.¹⁴ I dag har Danmark forpligtet sig til at leve op til en række konventioner, der forebygger og bekæmper vold i nære relationer, særligt mod kvinder. Af dem er Europarådets konvention til forebyggelse og bekæmpelse af vold mod kvinder og vold i hjemmet fra 2011 (Istanbulkonventionen)¹⁵ en af de helt centrale.¹⁶

Kvindekrisecentrene i dag

Der eksisterer i alt 64 kvindekrisecentre, der opererer under § 109 i Danmark.¹⁷ Det svarer til i alt 638 pladser. Derudover eksisterer der fem krisecentre, hvor pladserne kan bruges til målgrupperne for både § 109 og § 110 (herberg). Se tabel 1. Størstedelen af kvindekrisecentrene i Danmark er *almindelige krisecentre*. Det vil sige, at de optager kvinder og børn, som har været udsat for vold og ellers ikke har andre udfordringer eller særlige behov. Der eksisterer desuden en række *specialiserede kvindekrisecentre*, der tilbyder hjælp til voldsudsatte kvinder, der fx har et misbrug eller en psykisk lidelse.

Tabel 1: Oversigt over kvindekrisecenterpladser, optalt den 16. marts 2021.

Ordinære pladser til kvinder efter § 109	581
Pladser til kvinder med misbrug og psykiske lidelser § 109	36
Pladser til kvinder udsat for æresrelateret vold § 109	15
I alt pladser § 109	632
Ordinære pladser, der kan benyttes til både § 109 og § 110	143
Pladser til æresrelateret vold, der kan benyttes til både § 109 og § 110	35

Kilde: Lev Uden Vold.

Kvindekrisecentrene er organiseret forskelligt; nogle er kommunale, andre er selvejende, nogle har driftsoverenskomst med kommunerne, og i de seneste år er der også kommet en række privatejede kvindekrisecentre til, der er organiseret som virksomheder. Alle kvindekrisecentre i Danmark er godkendt af Socialtilsynet, som også årligt reviderer centrene ud fra en kvalitetsmodel. 49 kvindekrisecentre er medlem af LOKK - Landsorganisation af Kvindekrisecentre.¹⁸

¹⁴Paragraffen hed i starten § 93a, men blev senere til § 109 i Serviceloven.

¹⁵Istanbul, d. 11. maj 2011.

¹⁶Af andre konventioner kan nævnes FN's Konvention om afskaffelse af alle former for diskrimination mod kvinder (Kvindekonventionen, også kaldet CEDAW, vedtaget i 1979), FN's Deklaration til afskaffelse af al vold mod kvinder (vedtaget i 1993) samt FN's børnekonvention (vedtaget 1991). Kilde: Oldrup, 2020.

¹⁷Opgjort den 16. marts 2021. Kilde: Lev Uden Vold.

¹⁸Optalt den 19. marts 2021. Kilde: LOKK - Landsorganisation af kvindekrisecentre.

Ret til hjælp – den formelle lovtekst i Serviceloven

I dag har kommunerne ansvaret for at tilbyde beskyttelse på et midlertidigt botilbud til kvinder udsat for vold samt deres børn. Formålet med opholdet er formuleret i Serviceloven § 109: "Kommunalbestyrelsen skal tilbyde midlertidigt ophold i boformer til kvinder, som har været udsat for vold, trusler om vold eller tilsvarende krise i relation til familie- eller samlivsforhold. Kvinderne kan være ledsaget af børn, og de modtager under opholdet omsorg og støtte."¹⁹

I praksis er det kvindekrisecentre, der varetager opgaven om botilbud, mens selve støtten til kvinder og børn ydes i et samarbejde mellem krisecentrene og kommunerne. Kvindens hjemkommune²⁰ forpligter sig fx til at yde "indledende og koordinerende støtte og vejledning" så tidligt som muligt i opholdet (stk. 7 i § 109). Kommunen skal ligeledes yde koordinerende rådgivning omkring bolig, økonomi, arbejdsmarked, skole, daginstitutioner, sundhedsvæsen m.v.²¹

En kvinde kan selv opsøge et krisecenter - det såkaldte *selvhenvenderprincip* - og det er lederen på det enkelte krisecenter, der kan visitere kvinden til en plads på krisecentret. Af § 109 fremgår det desuden, at børn har ret til op til ti timers psykologbehandling, som skal tilbydes af barnets hjemkommune. Kvinder på krisecentret blev medtaget i ordningen om psykologtilbud fra 1. juli 2020.

Hvad består ydelsen af?

Kvindekrisecentrenes opgave er formuleret i Servicelovens § 109 som *omsorg og støtte*. I vejledningen til § 109 suppleres det med formuleringen "eventuelt sikret ophold, rådgivning og efterværn".²² Af loven fremgår det, at kvindekrisecentrene ikke er et behandlingstilbud. Omsorg og støtte er en bred betegnelse, og det er forskelligt, hvordan kvindekrisecentrene fortolker og forvalter denne opgave. Det kommer blandt andet til udtryk i centrenes organisering, personalesammensætning, metodetilgang og tilbud til kvinder og børn.

I praksis består kvindekrisecentrenes tilbud i varierende grad af ambulante rådgivningssamtaler,²³ visitations- og sikkerhedsvurdering, løbende omsorgssamtaler med kvinder og børn, socialfaglig rådgivning og vejledning (fx ju-

¹⁹§ 109 i Serviceloven.

²⁰Kvindens hjemkommune er den kommune, hvor kvinden havde bopæl før indskrivning på krisecentret.

²¹Denne rådgivning skal iværksættes senest, når kvinden forbereder sig på at flytte ud og fortsætte, indtil kvinden og eventuelt børn er etableret i egen bolig (Serviceloven § 109, stk. 7).

²²Stk. 147 i VEJ nr. 10172 af 15/12/2019 Vejledning om botilbud m.v. til voksne udskrevet 30. nov. 2020.

²³Ambulante samtaler dækker over de samtaler, en kvinde eventuelt har, inden hun tager beslutning om at flytte på krisecenter.

ridisk rådgivning og økonomisk rådgivning), opholdsplaner, gruppeforløb for kvinder og børn samt initiativer målrettet mor-barn relationen, oplæg, psykoedukation om vold og voldens dynamikker og konsekvenser, psykologsamtaler, netværksskabende aktiviteter m.m. En omfattende evaluering af kvindekrisecentrene viser, at de særligt har en positiv effekt på kvindernes trivsel og livskvalitet, og at kvindernes selvbillede og selvopfattelse styrkes. Samtidig igangsætter opholdet refleksioner omkring volden samt en begyndende bearbejdning af voldens følgevirkninger, hvilket har en stabiliserende virkning for kvinden (Rambøll, 2015).

Personalet på kvindekrisecentrene består typisk af socialrådgivere og pædagoger. Nogle få steder har desuden psykologer ansat. Hjælp fra frivillige udgør mange steder en central del af centrenes organisering. Dog har de i dag typisk en supplerende funktion til kerneydelsen fx ved at arrangere sociale arrangementer, varetage vagtfunktionen i ydertimerne eller byde ind med professionel hjælp med afsæt i deres faglige baggrund som eksempelvis massør, økonom eller jurist (Bertelsen et al., 2020).



**Et ophold på kvindekrisecenter tænkes typisk i faser.
Det kan inddeles således:**

Visitationsfasen

- Afklarende samtaler
- Styrke kvinder til at handle på volden
- Sikkerheds- og risikovurdering
- Visitation til et krisecenter

Stabiliseringsfasen

- Fysisk sikkerhed
- Akut krisehåndtering, herunder fokus på tryghed, ro og søvn
- Etablering af en ny hverdag og nye rutiner for både børn og kvinder
- Socialfaglig afklaring og igangsættelse af diverse støttetiltag vedr. adresseskift, økonomi, skilsmisse, samvær m.m.
- Koordinerende samtaler med kommunen

Bearbejdningsfasen

- Samtaler om volden og voldens følger
- Psykoedukation
- Minimering af skyld- og skamfølelse
- Psykologforløb i internt eller eksternt regi (både kvinder og børn)²⁴
- Afklaring af yderligere støttebehov, herunder henvisning til psykiatri

Udslusningsfasen

- Planlægning af flytning
- Håndtering af udfordringer forbundet med livet efter et krisecenterophold
- Sikre kontakt til koordinerende rådgivning²⁵ og igangsættelse af eventuelle støttebehov i efterværnsregi

Danner og Kvindehjemmets inddeling

²⁴Retten til psykologbehandling for børn på kvindekrisecenter varetages af barnets hjem-kommune, som er forpligtet til at yde denne støtte jf. Serviceloven 109, stk. 8. Kvinder på krisecentret blev medtaget i ordningen om psykologtilbud fra 1. juli 2020 jf. § 109, stk. 9, i Serviceloven.

²⁵Alle kvinder på krisecenter har ret til koordinerende rådgivning fra kommunen jf. serviceloven § 109, stk. 7.

6. Om

deltagerne

I dette afsnit vil vi præsentere de fire deltagende kvindekrisecentre samt de kvinder, der valgte at deltage i undersøgelsen. En samlet refleksion over repræsentation følger i kapitel 7. Dog bør det bemærkes, at hverken kvindekrisecentrene eller deltagerne kan tilskrives at være repræsentative for det generelle billede af kvinder på danske kvindekrisecentre.

Om de deltagende kvindekrisecentre

Danner og KvindeHjemmet tog initiativ til at udarbejde projektet i samarbejde med Syddansk Universitet. Herefter blev en række kvindekrisecentre kontaktet og spurgt, om de ville deltage. Odense Krisecenter og Røntofte Krisecenter takkede ja, og nogle andre adspurgte afslog grundet ressourcemæssige årsager.

Som tabel 2 viser, ligner krisecentrene hinanden i forhold til personalesammensætning og organisering, bortset fra Odense Krisecenter, der er kommunalt forankret. KvindeHjemmet er Danmarks største kvindekrisecenter, mens Danner, Røntofte og Odense krisecentre er mellemstore.

Tabel 2. Oversigt over krisecentre, der har deltaget i undersøgelsen.

	Kvinde- hjemmet	Danner	Odense Krisecenter	Røntofte Krisecenter
Beliggenhed	København	København	Odense	Helsingør
Kapacitet	36 pladser til kvinder og deres børn	18 pladser til kvinder og deres børn	15 pladser til kvinder og deres børn	14 pladser til kvinder og deres børn
Normering i det beboerrettede team i projektperioden (2017-2020)	Syv socialrådgivere, seks pædagoger, en psykolog. Herudover krisecenterleder og socialfaglig souschef.	Fem socialrådgivere, fire pædagoger, to psykologer. Herudover krisecenterleder og socialfaglig souschef.	Tre koordinerende rådgivere. Socialfagligt team bestående af i alt syv pædagoger og socialrådgivere. Børneteamet bestående af to pædagoger og en psykolog. Herudover en krisecenterleder	To socialrådgivere, to socialpædagoger, en psykolog, en børnepsykolog. Herudover en krisecenterleder.
Organisering	Privat selvejende	Privat selvejende	Kommunalt	Fond, selvejende



Om de deltagende kvinder

I undersøgelsen har i alt deltaget 150 kvinder fra de fire kvindekrisecentre. I dette afsnit vil vi præsentere baggrundsinformation om kvinderne. Overordnet ligner kvinderne i denne undersøgelse den samlede målgruppe for kvinder på krisecentre på parametrene alder, varighed i vold og tidligere ophold på krisecentre. På de resterende parametre adskiller kvinderne sig, hvilket vil blive udfoldet på side 28.

Sociodemografi

På stort set alle sociodemografiske faktorer (bortset fra alder) adskilte kvinderne i undersøgelsen sig væsentligt i forhold til anden data om kvinder på krisecentre.

- **Kvinderne i undersøgelsen er i gennemsnit 34.6 år²⁶.**
Gennemsnitsalderen for kvinderne i LOKKs årsstatistik 2019 var 35 år²⁷ (LOKK, 2020).
- **Den største andel af kvinderne i undersøgelsen har dansk statsborgerskab (74,3%).** Det er en højere andel sammenlignet med tal fra Socialstyrelsens årsstatistik 2015, hvor 60% af kvinderne havde dansk statsborgerskab (Socialstyrelsen, 2016).
- **Over halvdelen af kvinderne i undersøgelsen er født i Danmark (60,4%).** Tal fra Danmarks Statistik viser, at halvdelen (50%) af kvinderne på kvindekrisecentrene i 2018 havde andet oprindelsesland end dansk²⁸ (Danmarks Statistik, 2019).

- **Kvinderne i undersøgelsen har en større tilknytning til arbejdsmarkedet sammenlignet med anden data om kvinder på krisecenter. Eksempelvis var 38% i arbejde.** Tal fra LOKKs årsstatistik 2020 viste, at 26% af kvinderne på krisecenter var 'beskæftigede', 12% var 'ledige' og 62% var 'udenfor arbejdsstyrken' (LOKK, 2020).
- **Kvinderne i undersøgelsen har et højere uddannelsesniveau sammenlignet med anden data om kvinder på krisecenter.** Som eksempel havde 19.6% af kvinderne i undersøgelsen grundskole som den højest fuldførte uddannelse, mens tal fra Socialstyrelsens Årsstatistik 2015 viste, at 51% af kvinderne havde grundskole som højest fuldførte uddannelse (Socialstyrelsen, 2016).
- **Kvinderne har en markant længere opholdslængde sammenlignet med anden data.** Den gennemsnitlige opholdslængde blandt deltagerne er 202 dage.²⁹ I 2019 havde kvinder i gennemsnit ophold af 79 dages varighed på et krisecenter (LOKK, 2020). Opholdslængden er dog generelt højere i Region Hovedstaden, hvor to af de deltagende kvindekrisecentre ligger placeret.
- **Den største andel i undersøgelsen har børn (69.1%).** I gennemsnit havde kvinderne 1,6 børn. Størstedelen havde fælles forældremyndighed (83.7%). Her findes intet sammenligningsgrundlag.

Volden

Kvinderne i denne undersøgelse ligner den generelle målgruppe af kvinder på krisecenter, når vi ser på fysisk og psykisk vold, voldsudøver og tidligere ophold på krisecenter. Fordelingen af hvilke forskellige voldsformer kvinderne i undersøgelsen har været udsat for vil blive præsenteret i resultatafsnittet.

- **Kvinderne i undersøgelsen har i gennemsnit levet med vold i 5,2 år.³⁰** Sammenholdt med tal fra LOKKs årsstatistik 2019 havde den største andel af kvinderne været udsat for vold i mindst fem år af deres voksenliv (LOKK, 2020).
- **Knap en femtedel af kvinderne (19%) har tidligere i deres liv haft ophold på krisecenter.** I LOKKs årsstatistik 2019 havde 24% af kvinderne tidligere haft ét eller flere ophold på krisecenter (Ibid.).
- **I størstedelen af tilfældene er kvindens voldsudøver faren til barnet (74.1%).** Her findes intet sammenligningsgrundlag.

²⁶SD=10.1.

²⁷"Årsstatistik 2019 Kvinder og børn på kvindekrisecenter" af Landsorganisation af Kvindekrisecentre er en deskriptiv analyse af, hvad der karakteriserer kvinder og børn, der opholder sig på kvindekrisecentre, den vold de udsættes for samt omfang og karakter af henvendelser til kvindekrisecentrene.

²⁸Danmarks Statistik udgiver en årlig opgørelse af antal ophold og antal kvinder og børn, der er indskrevet på kvindekrisecentre. Statistikken opdeles efter bopælskommune, herkomst, alder og opholdets varighed.

²⁹SD = 148.5, range 6-644.

7.

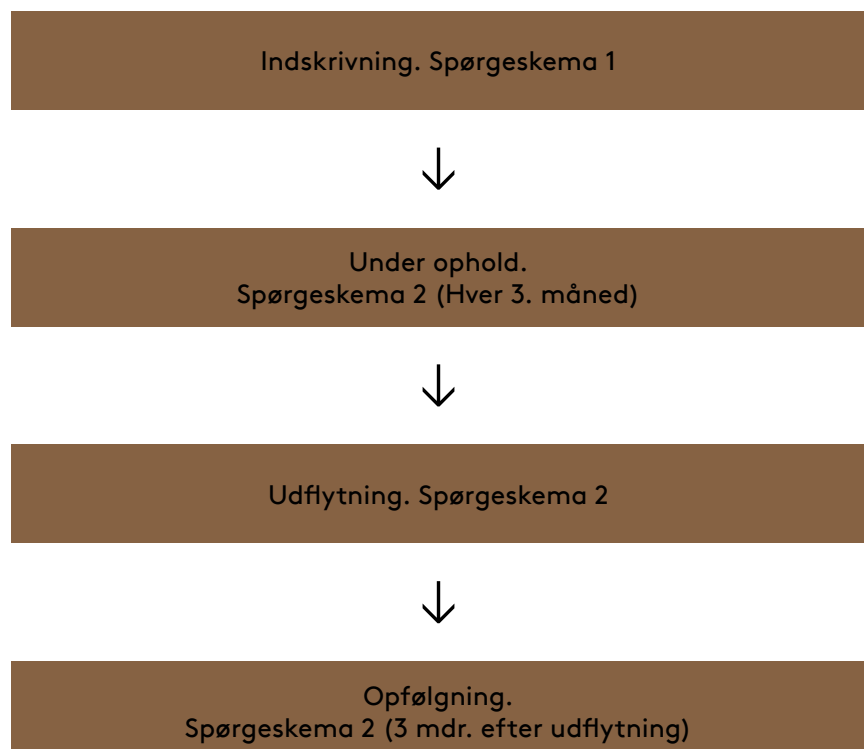
Metode

Denne undersøgelse bygger på en prospektiv spørgeskemaundersøgelse, som har fulgt 150 kvinder undervejs i deres krisecenterophold. Projektet har fokus på den vold, kvinderne har oplevet, de psykiske konsekvenser af volden samt hvordan disse mentale helbredsproblemer udvikler sig undervejs i kvindernes ophold. I dette afsnit vil vi gennemgå, hvilke data der er blevet indsamlet og hvordan samt kommentere på undersøgelsens udsigelseskraft, herunder repræsentativitet og validitet. En opsamling på undersøgelsens styrker og begrænsninger kan findes til sidst i afsnittet.

Procedure for dataindsamling

For at følge udviklingen i kvindernes mentale helbred blev de deltagende kvinder bedt om at udfylde et spørgeskema ved indskrivning, undervejs i opholdet frem til udflytning og igen ved opfølgning tre måneder efter endt ophold (se figur 1).

Figur 1. Procedure for indsamling af spørgeskemaer



Ved indskrivning

Det første spørgeskema (skema 1) blev udfyldt inden for de første ti dage af kvindens ophold. Kvinden blev inviteret til at deltage i projektet af en medarbejder på krisecentret, som forklarede projektets formål og informerede hende om rettigheder i forbindelse med deltagelse. Det var frivilligt, om kvinderne ønskede at deltage. De kvinder, som gav samtykke til at deltage i projektet, blev bedt om at udfylde første skema (skema 1). Kvinderne udfyldte skemaet på egen hånd i et privat samtalerum. En medarbejder fra krisecentret var til stede, hvis kvinden havde opklarende spørgsmål eller blev følelsesmæssigt påvirket af at besvare spørgsmålene.

Under opholdet og ved udflytning

Hver tredje måned undervejs i opholdet blev kvinderne bedt om at udfylde et nyt spørgeskema (skema 2). Kvinden udfyldte skemaerne i et samtalerum med en medarbejder i nærheden, medmindre hun selv bad om at udfylde spørgeskemaet på eget værelse. Ved udflytning blev skemaet udfyldt, hvis der var gået mere end 14 dage, siden det seneste skema var blevet udfyldt.

Opfølgning efter endt ophold

Tre måneder efter at kvinden var fraflyttet krisecentret, blev hun kontaktet af en medarbejder og udfyldte det sidste skema telefonisk (skema 2). Enkelte kvinder valgte at få skemaet tilsendt og returnerede det på egen hånd eller mødte op på det pågældende krisecenter og udfyldte det på stedet. Nogle af skemaerne blev også udfyldt i forbindelse med hjemmebesøg. På ét krisecenter blev telefonsamtalerne gennemført af en studentermedhjælper. Det er værd at bemærke, at telefoninterviews kan have påvirket resultaterne, da kvinderne mundtligt skulle fortælle en medarbejder om deres mentale helbredsproblemer og nye episoder af vold frem for at notere det i et spørgeskema.

Måleredskaber og definitioner

I undersøgelsen har vi både undersøgt typen og omfanget af den vold, som kvinderne har været udsat for samt de psykiske efterreaktioner, kvinderne kan opleve som følge af volden. Undersøgelsen har fokus på fysisk, psykisk og seksualiseret vold,³¹ da det er de tre mest kendte former for vold og tidligere studier har dokumenteret store mentale konsekvenser ved disse voldsformer. Undersøgelsen inkluderer både kvinder, der har været udsat for partnervold, samt kvinder, der har været udsat for vold fra andre nære relationer fx familiemedlemmer. På grund af de valgte skalaer er det dog især partnervold, som denne undersøgelse afdækker. Der er således former for vold og særlige nuancer inden for de inkluderede voldsformer, som undersøgelsen ikke fanger. Det vil vi skitsere i de følgende afsnit.

Hvad vi har målt - et overblik

Ved indskrivning blev kvinderne bedt om at udfylde et omfattende spørgeskema (skema 1). Dette skema afdækker den vold, kvinden havde oplevet, hvordan hun havde reageret under volden, og hvilke konsekvenser volden havde for hendes

³¹Inspireret af nyeste viden benytter vi konsekvent begrebet seksualiseret vold frem for udtrykket "seksuel vold", som typisk er mere anvendt. Med seksualiseret vold betones, at der er tale om vold, som har en seksualiseret udtryksform, og som ikke skal forveksles med sex, der beror på gensidighed.

mentale helbred. Der blev også spurgt ind til reaktioner under volden med fire spørgsmål, fx om kvinderne havde følt sig fastfrosset eller ude af stand til at råbe efter hjælp.³² Undervejs i opholdet og ved opfølgning udfyldte kvinderne et kortere spørgeskema, hvor der blev spurgt ind til nye episoder med vold, og som fulgte op på udviklingen i kvindernes mentale helbred og trivsel (skema 2).

Spørgeskemaerne undersøger forskellige former for fysisk, psykisk og seksualiseret vold samt en række mentale helbredsproblemer (se tabel 3). Sidstnævnte dækker over symptomer på PTSD og Komplex PTSD og andre traumesymptomer som negativ affekt, somatisering og dissociation. Der blev desuden målt på kvindernes generelle trivsel på en skala udviklet til at kunne sammenligne med den gennemsnitlige trivsel i befolkningen (WHO-5). Det er væsentligt at bemærke, at undersøgelsen måler på *symptomer* på mentale helbredsproblemer og altså ikke er en klinisk vurdering og diagnosticering. En uddybende definition af alle mentale helbredsproblemer, som vi undersøger, kan findes i kapitel 4.

De anvendte spørgeskemaer i undersøgelsen bygger på udvalgte og internationalt anerkendte skalaer, der tidligere har demonstreret høj validitet og pålidelighed. For uddybende information om scoringsmetoder og psykometri for de anvendte skalaer henvises der til bilag 1.

I undersøgelsen inkluderer vi desuden variabelen *psykologhjælp*, det vil sige, hvorvidt kvinderne har modtaget psykologhjælp eller ej undervejs i opholdet. Denne variabel blev medtaget, da kvinder på de danske kvindekrisecentre endnu ikke havde ret til psykologhjælp.³³ Det har ikke været muligt at nuancere omfanget og indholdet af den psykologhjælp, de deltagende kvinder har modtaget. Det vil sige, at der ikke bliver skelnet mellem, om kvinden har fået én psykologsamtale eller et længere forløb. Samtidig kan indsatsen fra psykologer på danske kvindekrisecentre ikke kun vurderes ud af den individuelle terapi. Psykologer indgår også som en del af et team, hvori de rådgiver

Tabel 3. Inkluderede skalaer i undersøgelsen.

	Måler	Skema 1	Skema 2
Conflict Tactic Scale (CTS2) Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI)	Fysisk og seksualiseret vold	X	
	Psykisk vold	X	
Kessler - traumatiske begivenheder	Tidligere traumatiske oplevelser	X	
Tonic Immobility Scale (TIS)	Tonisk immobilitet	X	
International Trauma Questionnaire (ITQ)	PTSD og Komplex PTSD	X	X
Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)	Skyld og skam	X	X
WHO-5	Trivsel	X	X
Trauma Symptom Checklist (TSC-26)	Negativ affekt, somatisering, dissociation	X	X

Note: Se bilag 1 for en mere detaljeret gennemgang af de anvendte skalaer.

kollegaer og sparrer med andre faggrupper i forbindelse med konkrete sager. Undersøgelsen kan derfor ikke konkludere noget om, hvorvidt psykologhjælp har betydning for kvindens mentale helbred eller ej.

Overvejelser i forhold til udvalgte skalaer og deres begrænsninger

De udvalgte skalaer i undersøgelsen er alle internationalt anerkendte og valide skalaer. Fordelen ved at udvælge skalaer, som ofte benyttes i undersøgelser om partner- og familierelateret vold og/eller traumestudier, er, at de tillader os at sammenligne resultaterne med tidligere undersøgelser. Samtidig kan vi have tiltro til, at resultaterne er pålidelige og gyldige. Skalaerne giver et generelt indblik i den vold, kvinderne har været udsat for, og forekomsten af volden i en population, fx populationen i denne undersøgelse. Det er en styrke, at skalaerne spørger ind til konkrete handlinger, og således undgår vi, at kvinden selv skal fortolke, om hun er blevet udsat for vold. Begrænsningen ved denne spørgeform er, at man ikke indfanger konteksten, hvori volden har fundet sted. Dette er en forudsætning, hvis man vil undersøge voldens komplekse dynamikker (Ottosen, 2020). Dette er dog ikke intentionen i denne undersøgelse.

Der findes mange internationale skalaer, som måler særligt på partnervold. I denne undersøgelse benytter vi os af CTS2 til at afdække fysisk og seksualiseret vold og PMWI til psykisk vold. Begge skalaer måler på kontinuerlige data, hvilket er med til at afdække nuancer og varians i voldens hyppighed og grovhed.³⁴ Det bør desuden bemærkes, at der forskningsmæssigt, internationalt såvel som i Danmark, ikke er konsensus om, hvordan man bør måle forekomsten af psykisk vold, og der eksisterer ikke en ensartet definition og afgrænsning (Ottosen, 2020).

CTS2

CTS2 har tidligere fået kritik for ikke at afdække voldens kontekst, herunder magtbalance og grad af frygt for partneren, da den kun måler på specifikke voldshandlinger. Til gengæld er det en fordel, at den både måler hyppigheden og grovheden af volden. Da denne undersøgelse ikke beskæftiger sig med de dynamikker, risikofaktorer eller årsagsforklaringer, der ligger bag volden, er den manglende kontekst ikke vurderet som værende et problem. Omvendt kan det ses som en begrænsning, da konteksten for volden, herunder magtforholdet og kvindens grad af frygt og intimidering kan antages at have en effekt på kvindens psykiske velbefindende efterfølgende. I fremtidige undersøgelser ville det være interessant at undersøge voldens kontekst i sammenhæng med de skadevirkninger, den har.

PMWI

Udfordringen ved at vælge en skala, der måler på psykisk vold, er den manglende overensstemmelse mellem, hvordan man definerer psykisk vold i de forskellige skalaer, der findes. PMWI er en anerkendt skala, som ofte anvendes. Skalaen har den fordel, at den måler på to undertyper af psykisk vold, som forekommer

³²Tonic Immobility Scale (TIS).

³³Fra 1. juli 2020 fik alle kvinder på krisecenter via Serviceloven ret til ti timers psykologbehandling.

³⁴”Kontinuerlig data” dækker over, at man har brugt en skala, som for hvert spørgsmål måler hyppigheden eller sværhedsgraden af en voldsform eller et symptom.

hyppigt i voldelige relationer. Den afdækker både den mere emotionelle og verbale vold samt den vold, der dominerer og isolerer den udsatte. Det giver muligheder for at sammenligne og teste de forskellige undertyper af psykisk vold og deres betydning for det mentale helbred. Ligeledes gælder det for PMWI, at denne skala ikke medtager konteksten, hvori volden har fundet sted.

ITQ

De mentale helbredsproblemer, som undersøgelsen afdækker, er udvalgt med afsæt i psykotraumatologisk videnskab. ITQ-skalaen, der måler på symptomer for PTSD og Komplex PTSD, repræsenterer den seneste revision af WHO's diagnosesystem, *International Classification of Diseases (ICD-11)*, som introduceres i Danmark i 2022. ITQ-skalaen er den eneste nuværende skala, som måler på symptomer for Komplex PTSD. Ved inddragelse af ITQ-skalaen er denne undersøgelse den første til at undersøge Komplex PTSD blandt voldsudsatte kvinder i Danmark. Den er desuden den første undersøgelse i verden, som specifikt undersøger forholdet mellem psykisk vold og Komplex PTSD.

Kessler

Kessler måler tidligere traume og benytter sig af overordnede kategorier, som ikke nødvendigvis fanger alle, som har oplevet det pågældende traume. Det er fx kun kvinder, som definerer sig selv som omsorgssvigtede eller udsatte for seksuelt overgreb i barndommen, der vil tilkendegive dette i svarmulighederne. Desuden er der ingen nuancer i rapporteringen, hvorfor det kan være svært at kontrollere for sværhedsgraden i mange af de udvalgte traumer, fx *ulykke, mistet nærtstående og fysisk mishandling*.

Andre skalaer

Skalaerne HTQ, TSC-26 og WHO-5 er desuden inkluderet i undersøgelsen med henblik på at belyse mentale helbredsproblemer, som ofte følger traumatiske begivenheder. Se bilag 1 for uddybende information om de anvendte skalaer.

Den vold vi undersøger

Når vi gennemgår resultaterne for omfanget af den fysiske, psykiske og seksualiserede vold, henviser vi til den måde, hvorpå volden er defineret i de udvalgte skalaer, som benyttes i undersøgelsen. Nedenfor følger en gennemgang af voldsdefinitionerne.

Fysisk vold

Fysisk vold blev målt med otte spørgsmål, som afdækker både den mindre grove fysiske vold, fx *skub* og *slag*, og den grove fysiske vold, fx *kvæltag* og *skade med behov for læge*.³⁵ Fysisk vold kan imidlertid komme til udtryk på et utal af måder, og der er fysisk voldelige handlinger, som undersøgelsen ikke indfanger, fx at blive rusket eller brændt med en cigaret.

Psykisk vold

Psykisk vold blev målt med 14 spørgsmål fordelt på to underskalaer: Emotionel/verbal vold, fx *kalde grimme ting, råbe og skrike, bebrejde og få den udsatte til at føle sig skør*, og dominans/isolation, fx *at overvåge den udsattes tid, forhindre relationer med familiemedlemmer eller bruge fælles penge uden at inddrage den udsatte*.³⁶ Ligesom den fysiske vold kan psykisk vold komme til udtryk på et utal af forskellige måder. Særligt den psykiske vold er kendetegnet ved, at den sociale kontekst er afgørende for at forstå voldens dynamikker. En handling kan i sig selv virke harmløs, men med inddragelsen af den sociale kontekst kan den være et udtryk for psykisk vold i en relation. I valget af skala har vi lagt vægt på, at nogle af de mest af almindelige former for psykisk vold mod kvinder var inkluderet.

Seksualiseret vold

Seksualiseret vold blev målt med tre spørgsmål, som spurgte ind til, om partneren *insisterede på sex, selvom kvinden ikke havde lyst, brugte trusler for sex, eller brugte tvang til sex*.³² Seksualiseret vold kan forstås bredere end belyst gennem CTS2. Forsker Eva Bertelsen og sexolog Camilla Dremark har for nyligt udarbejdet en model over, hvordan seksualiseret vold i en nær relation kan komme til udtryk på en variation af måder - fra fysisk tvang til fx kontrol og overvågning, systematiske afvisninger og uønskede berøringer (Dremark et al., 2021).

Denne undersøgelse indfanger således ikke bredden i de seksuelle krænkelse, der kan opstå i en nær relation. Hertil bør det dog nævnes, at undersøgelsens inklusion af spørgsmålet insistere på sex, selvom kvinden ikke havde lyst, er en bredere forståelse af seksualiseret vold, end typisk set i danske forsknings- og befolkningsundersøgelser.³⁷

Trusler

I skema 1 blev der desuden spurgt ind til, om kvinderne havde oplevet, at partneren havde truet med at slå dem ihjel eller truet med at begå selvmord, hvis de gik fra forholdet. Disse spørgsmål var udarbejdet til undersøgelsen og kan kategoriseres som psykisk vold. I analysen anvendes svarene til at estimere grovheden og alvorsgraden af den vold, kvinderne har oplevet. Det er dog ikke muligt at indregne spørgsmålene i de mere komplicerede analyser, der ser på sammenhængen mellem volden og det mentale helbred, da vi her udelukkende anvender de validerede skalaer.

Alle spørgsmål, der omhandler den vold, kvinderne har oplevet, fremgår af tabel 5 i resultatafsnittet kapitel 8.

Andre voldsformer

Der findes en række andre anerkendte voldsformer foruden fysisk, psykisk og seksualiseret vold. De mest gængse og anvendte i en dansk kontekst er

³⁵Conflict Tactic Scale (CTS2).

³⁶Psychological Maltreatment of Women (PMWI).

³⁷I Offerundersøgelsen fra 2019 udarbejdet af Det Kriminalpræventive Råd spørges der til sex ved brug af vold eller trusler om vold. I Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen udarbejdet af Syddansk Universitet fra 2017 spørges der til ubehagelig seksuel beføling, forsøg på tvunget samleje, gennemført tvunget samleje og andre seksuelle overgreb.

materiel vold, økonomisk vold, stalking, digital vold samt æresrelateret vold. Med valget af de anvendte skalaer følger en række begrænsninger i forhold til hvilken vold, vi kan undersøge.

Undersøgelsen afdækker således fysisk, psykisk og seksualiseret vold. Vi har dog indhentet begrænset viden om andre former for vold. Dette blev gjort i de opfølgende skemaer (skema 2), hvori kvinderne blev bedt om at angive nye episoder af vold. Her kunne de angive fysisk vold, psykisk vold, seksuel vold, materiel vold, økonomisk vold, æresrelateret vold samt stalking. Dette blev gjort med en formodning om, at kvinderne, med udgangspunkt i samtaler om vold på krisecentret, selv kunne kategorisere det, de havde oplevet.

Partnervold og anden vold i nære relationer

Både CTS2 og PMWI er udviklet til at afdække partnervold. I denne undersøgelse deltager også kvinder, som har oplevet vold fra familien eller andre. De kvinder, der havde oplevet vold fra en anden end en partner eller havde været udsat for vold fra flere voldsudøvere, blev bedt om at besvare spørgsmålene ud fra dette. Dette er set i tidligere undersøgelser, da voldens udtryksform, fx slag, spark, hån og ydmygelse kan minde om hinanden uafhængigt af den relationelle kontekst, volden forekommer i. Der vil dog være særlige nuancer inden for de inkluderede voldsformer, som undersøgelsen ikke fanger, og man kan med rimelighed antage, at eksempelvis den æresrelaterede vold ikke er afdækket til fulde i denne undersøgelse.

Repræsentation og generaliserbarhed

Undersøgelsen repræsenterer en gruppe af 150 kvinder fra fire danske kvindekrisecentre. Hverken kvindekrisecentrene eller deltagerne kan tilskrives at være repræsentative for det generelle billede af kvinder på danske kvindekrisecentre. I Danmark findes der 64 kvindekrisecentre, som ikke er underlagt en fast metode, hvorfor tilbuddene adskiller sig fra hinanden. Der er desuden en væsentlig størrelsesforskel på krisecentrene, hvilket også kommer til udtryk i forskellig personalesammensætning og ressourcer. Denne undersøgelse forholder sig således kun til de fire deltagende kvindekrisecentre og 150 deltagende kvinder.

Sammenligner vi de deltagende kvinder med tidligere årsstatistikker for kvinder på krisecenter, fremgår det, at deltagerne adskiller sig på flere parametre, hvilket udfoldes i kapitel 6. Kvinderne i denne undersøgelse havde eksempelvis et højere uddannelsesnivea end tidligere undersøgelser har vist (Socialstyrelsen, 2016). I forhold til minoritetsetnisk baggrund adskiller deltagerne sig også, da denne undersøgelse har en overrepræsentation af etnisk danske kvinder samt minoritetsetniske kvinder, der taler dansk (LOKK, 2020). Kvinderne havde i gennemsnit en væsentlig længere opholdstid end landsgennemsnittet. Der er dog også områder, hvor kvinderne kan siges at være sammenlignelige med kvinder på kvindekrisecenter, herunder alder, forekomst af fysisk og psykisk vold, voldsudøver og tidligere ophold på krisecenter.

Inklusions- og eksklusionskriterier

De kvinder, der kunne deltage i undersøgelsen, var voksne og talte enten dansk, engelsk eller arabisk. I alt blev 143 kvinder (37.3%) ekskluderet fra at deltage i undersøgelsen. Kvinderne blev ekskluderet af følgende årsager; 49.6% opholdt sig ikke længe nok på kvindekrisecenteret til at deltage, 45.5% blev ekskluderet på grund af sprog og 4.9% var for psykisk påvirkede til at deltage.

Svarprocent

I alt blev 216 kvinder inviteret til at deltage i projektet i perioden maj 2017 til august 2019.³⁸ Den samlede svarprocent i projektet var på 69.4%, hvilket resulterede i N = 150 deltagende kvinder. Blandt de ikke-deltagende kvinder afslog 85% af personlige årsager,³⁹ mens de resterende 15% ikke tilkendegav en årsag. Blandt de 150 kvinder, som deltog i undersøgelsen ved indskrivning, var svarprocenten på 58% ved opfølgning tre måneder efter endt ophold (N = 63).⁴⁰

Den lave svarprocent og det relativt høje frafald undervejs betyder, at undersøgelsen kun giver et begrænset indblik blandt de udvalgte kvinder. At 30.6% valgte ikke at deltage, typisk grundet manglende overskud, kan ligeledes have påvirket resultaterne. En antagelse er, at det var de mere ressourcestærke kvinder eller kvinder med et mentalt overskud, som valgte at deltage.⁴¹ Derudover kan vi formode, at begrænsede læsevner hos nogle af kvinderne har betydet, at nogle har takket nej til at deltage i undersøgelsen.

Sprog

Spørgeskemaerne blev oversat til engelsk og arabisk for at kunne inkludere kvinder, der ikke taler dansk. Valget af sprogene engelsk og arabisk er baseret på data fra krisecentrenes tolkeservice, der viste, at disse sprog er de mest udbredte sprog udover dansk. Desværre valgte kun få engelsk- (3.3%) og arabisktalende kvinder (2.7%) at deltage i undersøgelsen.

Kvinder der frafaldt undersøgelsen

Der var ingen signifikante sammenhænge på en række væsentlige faktorer, mellem de kvinder som gennemførte undersøgelsen (N = 63), og de kvinder som droppede ud undervejs i undersøgelsen (N = 87).⁴² Det vil sige, at vi ikke har nogen grund til at tro, at de kvinder, der afsluttede undersøgelsen før tid, havde flere mentale helbredsproblemer eller færre ressourcer end de kvinder, der fuldførte.

Analyse

I resultatafsnittet præsenteres deskriptive analyser om kvindernes baggrund, sociodemografiske forhold, voldens omfang og forekomsten af symptomer på mentale helbredsproblemer. En række *hypotesetests* (t-tests og Chi-square tests) blev udført for at sammenligne forskellige grupper, fx forskelle i oplevet vold eller udvikling i symptomniveau. Sammenhængen mellem volden og mentale helbredssymptomer, fx sammenhæng mellem omfanget af vold

³⁸Yderligere 20 kvinder opfyldte inklusionskriterierne, men nåede ikke at blive inviteret med i projektet inden for tidsrammen.

³⁹Primært begrundet med manglende overskud.

⁴⁰Bemærk: Der var tre aktive kvinder i projektet, som fortsat boede på krisecentret, da projektet blev afsluttet.

⁴¹Det har ikke været muligt at sammenligne de kvinder, der deltog i undersøgelsen, med de kvinder, der takkede nej.

⁴²Følgende faktorer blev testet med henholdsvis t-tests og Chi-tests: alder, fortsat kontakt med udøver, tidligere ophold på KC, børn, jobstatus, uddannelsesniveau, statsborgerskab, fødeland, fysisk vold, psykisk vold og seksualiseret vold, symptomer på PTSD og Komplex PTSD, sikkerhedsfølelse, trivsel, tonisk immobilitet og tidligere traumer.

og symptomer på PTSD, blev undersøgt ved hjælp af *korrelationsanalyser*. En *mediationsanalyse* blev ligeledes brugt til at teste forholdet mellem tonisk immobilitet, følelsen af skyld og symptomer på PTSD. Endelig blev en *Latent Class Growth Analysis* (latent klasse- og vækstanalyse) benyttet til at teste individuelle forskelle i udviklingen af PTSD. Her blev der samtidig udført *logistisk regression* til at teste, hvilke faktorer, der kan være med til at forudsige symptomudviklingen. Denne analyse vil ikke blive præsenteret til fulde grundet analysens kompleksitet, men kan findes i den tilknyttede ph.d.-afhandling (Dokkedahl, 2021).

I resultatafsnittet vil det løbende blive forklaret, hvilke analyser der er benyttet, og hvordan man skal forstå resultaterne. For et bedre overblik for læsere, som ikke har dybdegående kendskab til statistisk analyse, er visse tabeller og resultater vedlagt som bilag (se bilag 2). Der henvises yderligere til de videnskabelige publikationer, som også gennemgår metoden i dybden.⁴³

Kvalitative interviews med udvalgte kvinder

En mindre kvalitativ undersøgelse blev gennemført med henblik på at få et dybdegående indblik i kvindernes oplevelse af deres ophold og for at give de kvinder, det hele handler om, en stemme i projektet. Den kvalitative del består af fem interviews af cirka en times varighed. I de pågældende interviews delte kvinderne deres oplevelser fra ankomst til udflytning med fokus på blandt andet, hvilke typer af hjælp de havde modtaget, deres forhold til personalet, deres forhold til de andre kvinder, deres oplevelse af at have børn med, deres udvikling undervejs i opholdet samt deres generelle oplevelse af at have haft ophold på et kvindekrisecenter.

Formålet med de kvalitative interviews er at supplere rapportens kvantitative fund med mere kvalitative beskrivelser. Interviewene har søgt at besvare, hvordan kvinderne har oplevet at bo på krisecenter, herunder hvordan kvinderne har oplevet konsekvenserne af den vold, de har været udsat for, og hvordan kvinderne selv oplever at have tacklet voldens konsekvenser både under og efter krisecenteropholdet.

Interviewundersøgelsen blev vanskeliggjort grundet Covid-19, og derfor var det kun muligt at inkludere kvinder fra Danner og Kvindehjemmet. De interviewede kvinder er blevet udpeget af Danner og Kvindehjemmet. Det kan betyde, at krisecentrene har adspurgt kvinder, som de ved har været positive overfor deres ophold på krisecentret og deltagelsen i spørgeskemaundersøgelsen. Kriterierne for udvælgelsen af interviewpersoner var, at kvinden havde deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, og at kvinden talte dansk eller engelsk. Derudover lagde vi vægt på både at interviewe kvinder med og uden børn.

Alle interviews er blevet transskriberet og efterfølgende analyseret med henblik på at identificere mønstre og tematikker på tværs af interviewene. De vigtigste temaer fra de pågældende interviews vil blive præsenteret i kapitel 9.

Undersøgelsens begrænsninger og styrker - en opsummering

Med undersøgelsens prospektive design og nyhedsværdi følger en række styrker, men også nogle begrænsninger, som vi vil opsummere i det følgende.

For det første giver undersøgelsen et dybdegående indblik i den vold, kvinderne har oplevet og de mentale helbredsproblemer, der er en konsekvens af volden. De anvendte skalaer i undersøgelsen bygger på udvalgte og internationalt

anerkendte skalaer, der tidligere har demonstreret høj validitet og pålidelighed. Undersøgelsen afdækker i stort omfang fysisk, psykisk og seksualiseret vold, da der spørges ind til en række konkrete handlinger samt hyppighed og grovhed. Den detaljerede information om volden muliggør dybdegående analyser af særligt undertyper af psykisk vold og deres betydning for det mentale helbred. Forholdet mellem undertyper af psykisk vold og Komplex PTSD er ikke undersøgt før hverken i Danmark eller internationalt. På baggrund af de valgte skalaer er det især partnervold, som denne undersøgelse afdækker.

Det er den første undersøgelse, som har undersøgt Komplex PTSD blandt voldsudsatte kvinder i Danmark, og undersøgelsen har bidraget til valideringen af ITQ-skalaen (WHO's nye skala, som måler på PTSD og Komplex PTSD). Der er desuden kun få andre studier i verden, som har undersøgt udviklingen af symptomer undervejs i et krisecenterophold samt lavet opfølgning med kvinderne efter endt ophold. Dette er aldrig tidligere blev undersøgt med fokus på Komplex PTSD. Undersøgelsen giver dermed indsigt i de langsigtede konsekvenser og behov, som voldsudsatte kvinder har. Resultaterne fra undersøgelsen giver anledning til at anbefale fremadrettede retningslinjer i forhold til forebyggelse og intervention i arbejdet med voldsudsatte kvinder (se kapitel 11).

Af begrænsninger bør nævnes, at undersøgelsen har et relativt lavt deltagerantal og lav diversitet, som betyder, at undersøgelsen ikke kan siges at være repræsentativ for målgruppen kvinder på krisecenter. Den lave svarprocent betyder ydermere, at undersøgelsen kun giver et begrænset indblik blandt udvalgte kvinder. Mange undlod at deltage i undersøgelsen grundet manglende overskud, hvilket kan have påvirket resultaterne grundet en mere ressourcestærk deltagerrepræsentation. Ligeledes er manglende deltagelse fra ikke dansktalende kvinder en begrænsning. Der var desuden et stort frafald af deltagere undervejs i projektet. For at øge deltagerantallet ved opfølgning benyttede undersøgelsen telefoninterviews for lettere at kunne komme i kontakt med kvinderne. Dette kan have påvirket resultaterne, da kvinderne ikke på samme måde kunne give deres svar anonymt.

Undersøgelsen måler på *symptomer* for eksempelvis PTSD og Komplex PTSD. Det er vigtigt at understrege, at dette ikke er en klinisk vurdering, men udelukkende baseret på selvrapporterede symptomer på en valideret skala. For at få stillet en diagnose, kræver det en klinisk vurdering fra en fagperson med efteruddannelse i diagnostik, som regel en læge eller specialpsykolog i psykiatrien.

Der er desuden visse begrænsninger ved de udvalgte skalaer. Voldsskalaerne (CTS2 og PMWI) er udviklet primært til partnervold, og er derfor ikke de bedste repræsentationer for de kvinder, som eksempelvis var udsat for vold fra et andet familiemedlem end en partner. Der er således former for vold og særlige nuancer inden for de inkluderede voldsformer, som undersøgelsen ikke fanger. Undersøgelsen kan desuden ikke sige noget konkluderende om, hvorvidt psykologhjælp har betydning for kvindernes mentale helbred eller ej.

⁴³Ph.d.-afhandling: Dokkedahl, S. (2021) samt Dokkedahl et al. (2021) og Dokkedahl et al. (submitted).

8.

Resultater

Undersøgelsens datagrundlag muliggør en række analyser. Vi vil først præsentere de mere simple analyser, hvorefter vi dykker ned i kompleksiteten og ser på en række faktoreres betydning for blandt andet udvikling af PTSD og Komplex PTSD. Resultaterne er baseret på den psykotraumatologiske forskningstradition og en sundhedsvidenskabelig videnskabsteoretisk tilgang. Det betyder, at vi i det følgende præsenterer statistiske udtryk og komplicerede tabeller. Relevante fund bliver forklaret i brødteksten, opsummeret til sidst i kapitlet samt taget videre i rapportens diskussion.

Deltagerne

I alt deltog 150 kvinder i undersøgelsen og 63 kvinder fuldførte hele undersøgelsen (ved opfølgning).⁴⁴ I dette afsnit fremhæver vi de forhold, som er blevet medtaget i undersøgelsens analyser som baggrundsvariabler. For en mere generel præsentation af de deltagende kvinder, og hvordan de relaterer sig til andre tal fra krisecentrene, henviser vi til kapitel 6.

Gennemsnitsalderen blandt kvinderne var 35 år ved indskrivning. Kvinderne havde i gennemsnit levet i volden i 5,2 år.⁴⁵ 29,1% havde levet i volden i op til 1 år, 38,5% havde levet i volden i 2-5 år, 17,9% havde levet i volden i 6-10 år og 14,5% havde levet i volden i mere end 10 år. Kvindernes relation til voldsudøveren fremgår af figur 2. Ved indskrivning havde halvdelen (49,7%) af kvinderne fortsat kontakt med udøveren. De hyppigste årsager til kontakt var fælles barn og bodeling.

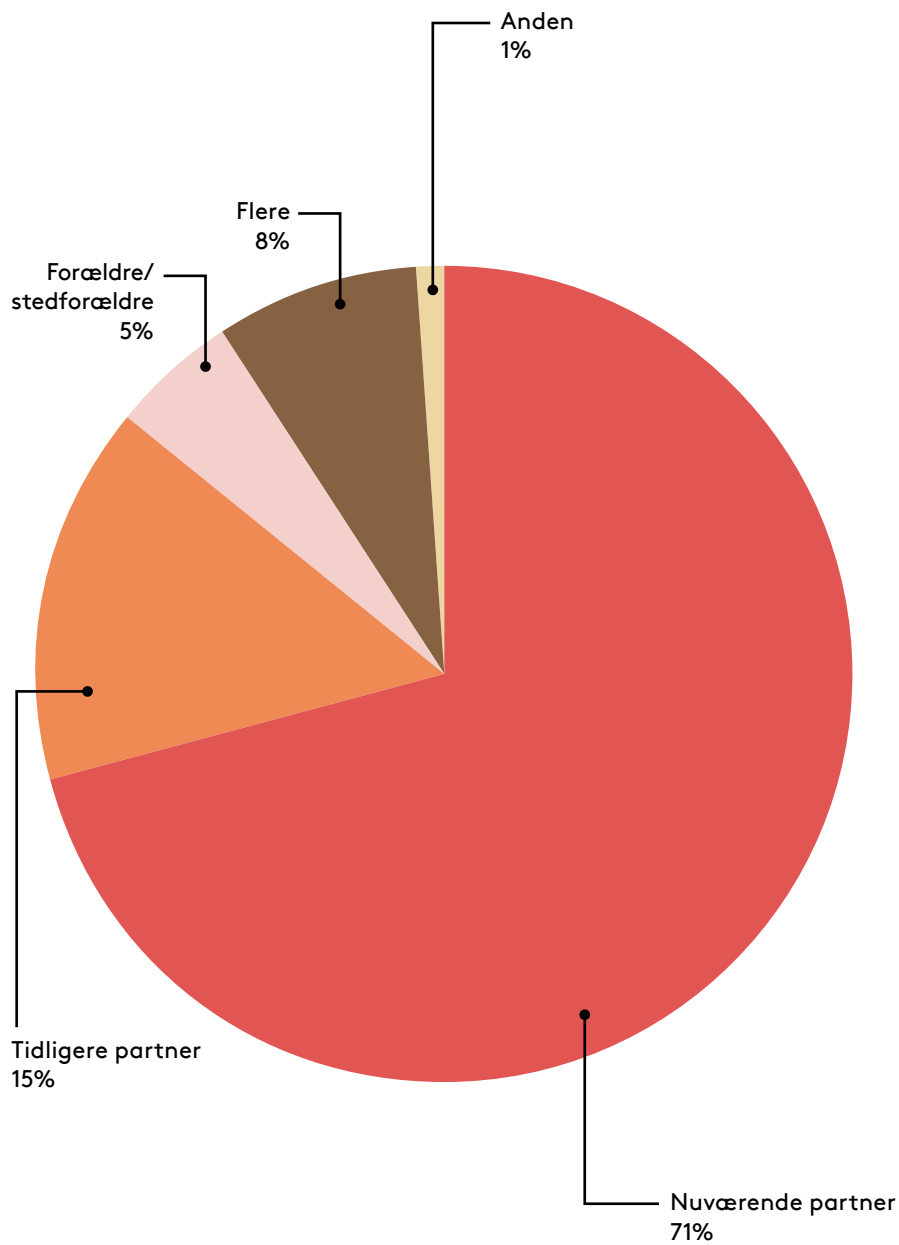
I alt havde 19% af kvinderne tidligere haft ophold på et kvindekrisecenter. Den gennemsnitlige opholdslængde var 202 dage.⁴⁶ Yderligere baggrundsinformation og sociodemografiske oplysninger kan findes i tabel 4 på side 42.

⁴⁴Kvinderne deltog fra de fire medvirkende krisecentre: Danner (38,0%), Kvindehjemmet (35,3%), Krisecenter Odense (16,7%) og Røntofte Krisecenter (10,0%).

⁴⁵SD = 5,5, range 0-24 år.

⁴⁶SD = 148,5, range 6-644.

Figur 2.
Kvindens relation
til voldsudøveren
(N = 150).



Tabel 4. Grundoplysninger (N = 150)

	%	M (SD)
Alder	-	34.6 (10.1)
Børn	69.1	-
Antal børn	-	1.6
Jobstatus		-
• Job/selvstændig	38.2	
• Studerende	18.8	
• Hjemmegående	4.2	
• Pension	1.4	
• Jobsøgende, sygemeldt eller anden social ydelse	37.5	
Højeste uddannelsesniveau		-
• Ingen grundskole	0.7	
• Grundskole	19.6	
• Ungdomsuddannelse	15.5	
• Erhvervsfaglig uddannelse	20.3	
• Kort videregående uddannelse	9.5	
• Mellemlang videregående uddannelse	24.3	
• Lang videregående uddannelse	8.8	
• Forskeruddannelse	1.4	
Dansk statsborgerskab	74.3	-
Født i Danmark	60.4	-

Note: M står for gennemsnit (Mean). SD står for standardafvigelsen, det vil sige bredden i datasættet. I denne tabel er gennemsnitsalderen fx 34.6 år, mens standardafvigelsen er 10.1, da kvindernes alder rangerede fra 18 til 79 år.



Voldens karakteristika

I det følgende vil vi udfolde, hvilke former for vold, kvinderne havde været udsat for. Vi vil se på, hvilken karakter volden havde, samt i hvilket omfang volden fortsatte under og efter krisecenteropholdet. De forskellige typer af vold, som kvinderne blev spurgt ind til, fremgår af tabel 5.⁴⁷

Høj forekomst af grov vold

Vi ved fra tidligere forskning, at vold kan variere i former, hyppighed og alvorgrad. På baggrund af detaljerede svar fra de deltagende kvinder om den vold, de havde oplevet, finder vi følgende interessante fund:

Psykisk vold var den oftest forekommende voldsform, hvoraf 98.4% af kvinderne havde oplevet emotionel/verbal vold og 94.8% dominans/isolation (se tabel 5 for eksempler på disse to undertyper af psykisk vold). Derudover havde over halvdelen af kvinderne oplevet at blive truet på livet (58.6%) og lidt under halvdelen have oplevet at blive truet med, at partneren begik selvmord (42.9%), hvis de afsluttede forholdet. I alt havde 17.8% af kvinderne været udsat for psykisk vold i et omfang, der kan klassificeres som særligt groft, da volden havde fundet sted i et omfang, der lå betydeligt over gennemsnittet af, hvad kvinderne generelt rapporterede.⁴⁸

Overordnet havde kvinderne oplevet en høj forekomst af mindre grov fysisk vold som skub/puf, slag og spark (92.2%) og grov fysisk vold defineret som slag med genstand, der kan gøre skade, behov for læge efter voldsepisoden, besvimelse efter slag samt kvælertag (86.2%). Over halvdelen af kvinderne havde været udsat for seksualiseret vold (59.3%) defineret som trusler til sex, insisteren på sex selvom kvinden ikke havde lyst samt fysisk tvang. Se den samlede opgørelse i tabel 5.

Vi ved fra tidligere undersøgelser, at voldsudsatte kvinder typisk har været udsat for flere voldsformer på samme tid (polyviktimering⁴⁹).⁵⁰ Ser vi alene på den særligt grove vold, rapporterede 13.4% af kvinderne om både grov psykisk, grov fysisk og seksualiseret vold. 52.9% havde oplevet både grov fysisk vold og seksualiseret vold samtidig.

Over halvdelen af kvinderne oplevede nye voldsepisoder, mens de boede på krisecenter

Vi ved fra kvindekrisecentrene, at volden for nogle kvinder fortsætter, selvom kvinderne flytter på krisecenter. Undervejs i opholdet blev kvinderne derfor bedt om at oplyse, hvis de havde oplevet nye tilfælde af vold. Undersøgelsens data bekræfter, at dette er tilfældet for en høj andel af kvinderne.

Lidt over halvdelen af kvinderne (57.3%) oplevede nye episoder af vold under deres ophold (N = 63). Ved udflytning havde 35.5% af kvinderne oplevet nye

⁴⁷Disse spørgsmål nævner partneren som udøver. Kvinder, der havde en anden relation til udøveren, blev bedt om at svare på de samme spørgsmål.

⁴⁸Målt ved én standardafvigelse over gennemsnittet af den totale score for psykisk vold.

⁴⁹Polyviktimering kendetegner, når man har været udsat for flere forskellige typer af vold, fx fysisk, psykisk og seksualiseret vold, samtidig. Polyviktimering er ofte forbundet med, at volden er af grov karakter.

⁵⁰Se for eksempel Årsstatistik 2019 kvinder og børn på kvindekrisecenter udgivet af LOKK - Landsorganisation af Kvindekrisecentre.

voldsepisoder inden for de seneste tre måneder af deres ophold (N = 27). I størstedelen af begge tilfælde var voldsudøveren den samme person, som havde udøvet vold forud for deres ophold på krisecenter (91.7% ved udflytning). Ved opfølgning tre måneder efter deres ophold fortalte 38.1% af kvinderne om nye voldsepisoder (N = 24). Her var voldsudøveren i 79.2% af tilfældene den samme person, der havde udøvet vold forud for deres ophold på krisecenter. I alt havde 19.1% af kvinderne oplevet nye voldsepisoder både under og efter deres ophold.

Tilfælde af nye voldsepisoder under og efter opholdet havde ingen sammenhæng med, hvorvidt kvinderne havde børn, eller om de fortsat var i kontakt med udøveren. De kvinder, der oplevede nye voldsepisoder, havde altså ikke i højere grad børn eller var mere i kontakt med voldsudøver, end de kvinder, som ikke oplevede ny vold, hvilket ellers var en af projektets hypoteser. Af de kvinder, der havde oplevet episoder med ny vold ved udflytning og opfølgning, havde langt størstedelen oplevet psykisk vold. Én ud af fire havde oplevet stalking og/eller økonomisk vold, hvilket fremgår af figur 3.

Høj forekomst af tidligere traumer

Tidligere undersøgelser har vist en sammenhæng mellem voldsudsatte kvinder og en høj forekomst af tidligere traumer. I undersøgelsen havde kvinderne oplevet en høj forekomst af, hvad der kan klassificeres som tidligere traumer i deres liv (se figur 1). I alt angav 88.2% minimum ét af de nævnte traumer i figur 4. I gennemsnit havde kvinderne oplevet 3.8 tidligere traumer. De tre hyppigste traumer var mistet en nærtstående, overfald/vold, og omsorgssvigt som barn.

Figur 3. Nye episoder af vold, som kvinderne oplevede ved udflytning og opfølgning.

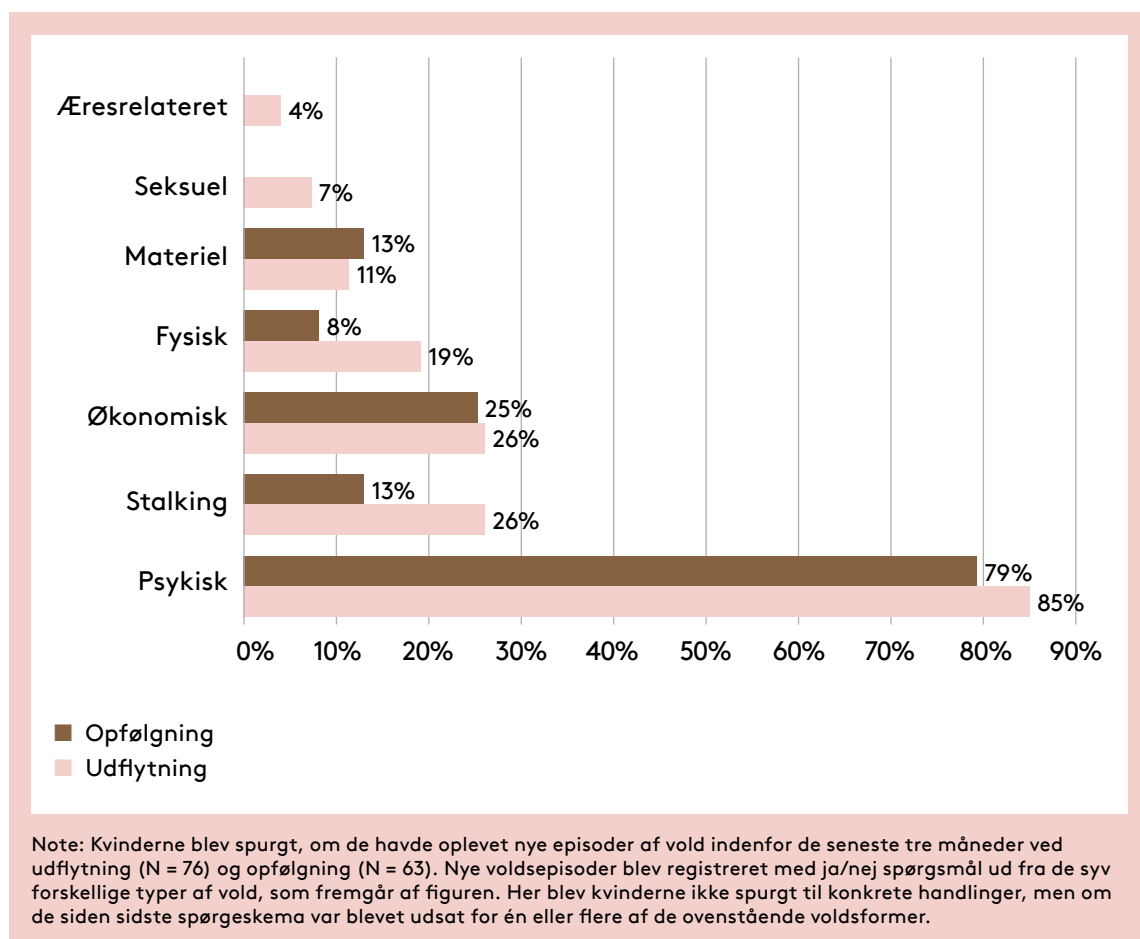
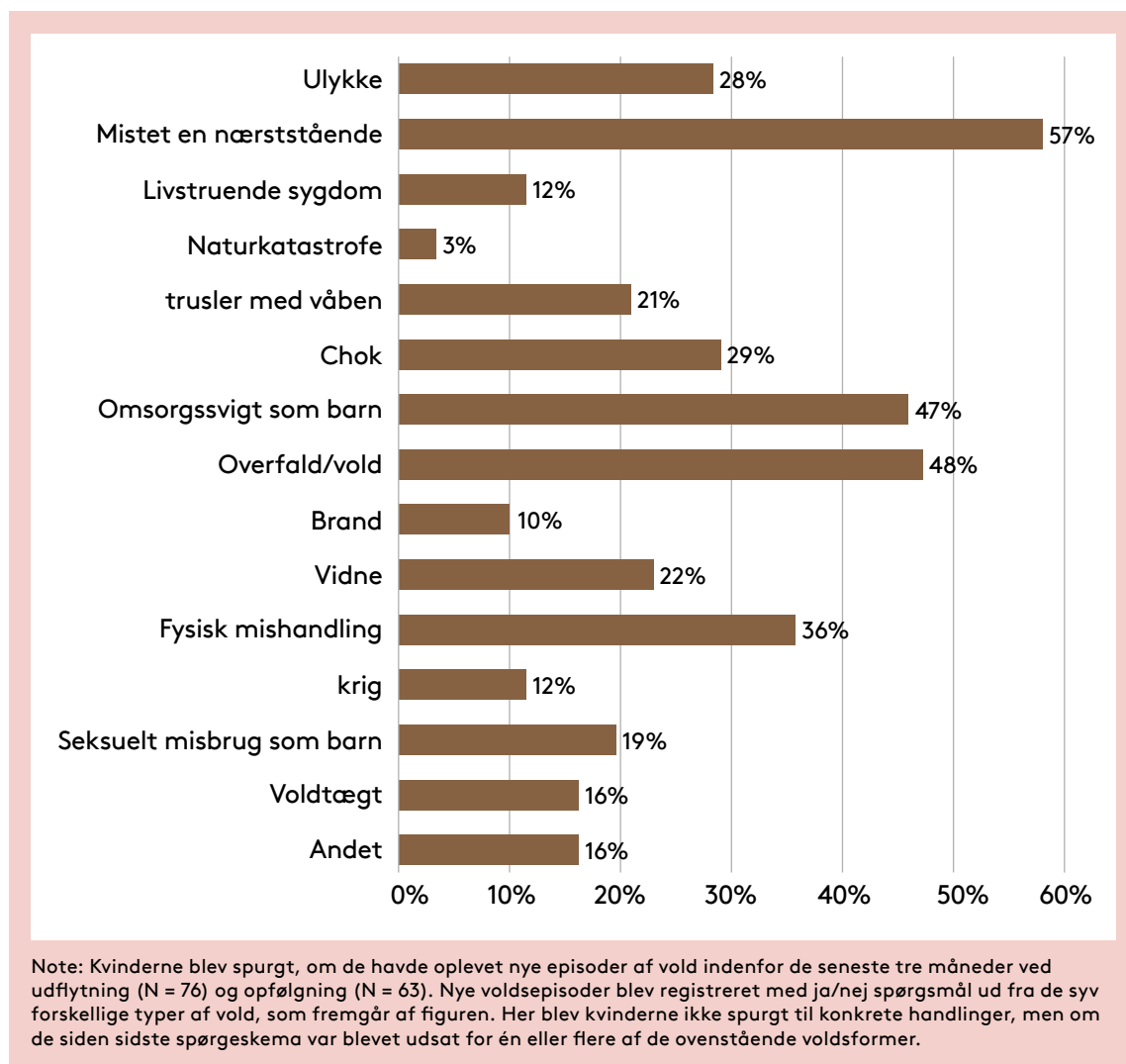


Table 5. Volden som kvinderne har været udsat for.

	%	M (SD)
CTS2 - Fysisk vold		13.3 (9.6)
• Min partner skubbede eller puffede til mig	90.8	3.5 (1.9)
• Min partner slog mig	71.5	2.6 (2.2)
• Min partner slog mig med noget, som kunne skade mig	45.8	1.5 (2.0)
• Jeg tog til lægen grundet et skænderi med min partner	38.1	.8 (1.2)
• Jeg havde behov for at besøge en læge efter et skænderi med min partner, men gjorde det ikke	52.7	1.7 (1.9)
• Min partner sparkede mig	48.3	1.6 (2.0)
• Jeg besvimede efter at være blevet slået af min partner i hovedet under et skænderi	17.0	0.4 (1.1)
• Min partner tog kvælertag på mig	50.0	1.3 (1.6)
CTS2 – seksualiseret vold		4.2 (5.0)
• Min partner brugte trusler for at få mig til at have sex	29.9	1.1 (2.0)
• Min partner insisterede på sex, når jeg ikke havde lyst (men brugte ikke fysisk tvang)	58.2	2.5 (2.4)
• Min partner brugte tvang (f.eks. at slå, bide, holde nede, brug af våben) for at få mig til at have sex	19.2	.6 (1.5)
PMWI – Total psykisk vold		35.1 (12.6)
PMWI – Verbal/emotionel		20.9 (6.6)
• Min partner kaldte mig en masse grimme ting	95.1	3.0 (1.2)
• Min partner bandede af mig	95.0	2.9 (1.3)
• Min partner har råbt og skreget af mig	97.9	3.1 (1.1)
• Min partner behandlede mig som mindreværdig	97.9	3.3 (1.0)
• Min partner fortalte mig, at mine følelser var irrationelle eller skøre	93.7	3.0 (1.3)
• Min partner bebrejdede mig for sine problemer	96.4	3.1 (1.3)
• Min partner fik mig til at føle, at jeg var skør	93.0	2.9 (1.4)
PMWI – Dominans/isolation		14.6 (7.5)
• Min partner overvågede min tid og tvang mig til at gøre rede for, hvor jeg havde været	84.4	2.5 (1.5)
• Min partner brugte mine/vores fælles penge uden at inddrage mig	68.3	1.7 (1.6)
• Min partner var jaloux eller mistænksom overfor mine venner	87.3	2.5 (1.5)
• Min partner anklagede mig for at have en affære med en anden mand	66.7	1.7 (1.7)
• Min partner blandede sig i mine relationer med andre familiemedlemmer	83.8	2.3 (1.5)
• Min partner forsøgte at forhindre mig i at gøre noget for mig selv	90.1	2.5 (1.4)
• Min partner begrænsede mit forbrug af telefonen	69.6	1.8 (1.6)
Partner truede hende på livet, hvis hun ville forlade partner	58.6	-
Partner truede med selvmord, hvis hun forlod partner	42.9	-

Note: N = 150. M (SD) angiver den gennemsnitlige symptomscore (Mean) og standardafvigelsen. Standardafvigelsen siger noget om variationen i den vold, kvinderne har oplevet. Fx er der blandt kvinderne større variation i hyppigheden af den fysiske vold, sammenlignet med den psykiske vold.

Figur 4. Tidligere traumer angivet i procent (N = 150).



Forekomst af PTSD og Komplex PTSD

Et af studiets fokusområder var at undersøge forekomsten af symptomer på PTSD, Komplex PTSD og andre mentale helbredsproblemer blandt kvinder på krisecenter. I det følgende vil vi derfor dykke ned i dette tema. Vi ser på forekomsten af PTSD og Komplex PTSD og sammenholder den med en række centrale forhold som sociodemografiske data, volden, tidligere traumer samt udviklingen af traumesymptomer undervejs i opholdet. Formålet er at belyse, hvilke faktorer der har en sammenhæng med forekomsten af PTSD og Komplex PTSD og hvilke der ikke har. Det kan gøre os klogere på, om der er forhold, som man særligt skal være opmærksom på i arbejdet med voldsudsatte kvinder samt i udviklingen af forebyggende initiativer.

Størstedelen havde symptomer på PTSD og Komplex PTSD ved indskrivning

Vores data viser, at der generelt var en høj forekomst af mentale helbredsproblemer hos kvinderne. I alt udviste 31% af kvinderne symptomer på PTSD ved indskrivning, mens 37,9% havde symptomer på Komplex PTSD. Det svarer til i alt 68,9% af kvinderne. Der blev ligeledes fundet en høj forekomst af følgesymptomerne negativ affekt, somatisering, dissociation og lav trivsel (se tabel 6 i bilag 2).

Sammenhæng mellem statsborgerskab/fødeland og PTSD

Vi har i analysen set på, om der er en statistisk sammenhæng mellem indikationer på PTSD og sociodemografiske oplysninger som *alder, børn, jobstatus, uddannelsesniveau, statsborgerskab, fødeland og tidligere ophold på krisecenter*.⁵¹ Resultaterne varierede blandt de undersøgte faktorer. Der var ingen signifikante sammenhænge mellem *jobstatus, børn, uddannelsesniveau* eller *tidligere ophold på krisecenter*. En række Chi²-tests fandt derimod, at *statsborgerskab*⁵² og *fødeland*⁵³ begge havde signifikante sammenhænge med PTSD-symptomer ved indskrivning. Sammenligner man kvinder med og uden dansk statsborgerskab, havde 65.7% af kvinder med dansk statsborgerskab symptomer på PTSD eller Kompleks PTSD, sammenlignet med 83.3% af kvinder med ikke-dansk statsborgerskab. 63% af kvinderne født i Danmark havde symptomer på PTSD eller Kompleks PTSD, sammenlignet med 82.1% af de kvinder, som ikke var født i Danmark. En t-test viste desuden, at kvinder med PTSD-symptomer signifikant var lidt ældre (36.3 år) sammenlignet med de kvinder, der ikke havde symptomer på PTSD (31.4 år).⁵⁴

Størst sammenhæng mellem psykisk vold og traumesymptomer

Vi har også set på sammenhængen mellem de forskellige typer af vold, kvinderne har været udsat for, og udvikling af mentale helbredsproblemer. Dette har vi gjort ved hjælp af korrelationsanalyser, der viser, om der er sammenhæng

PTSD er en psykisk lidelse, der er kendetegnet ved symptomer på genoplevelse af traumat, undgåelse af bestemte aktiviteter eller situationer og forhøjet stressniveau.

Kompleks PTSD er udover symptomerne på PTSD kendetegnet ved problemer med følelsesregulering, negativt selvværd og problemer med relationer. Disse symptomer omtales som DSO-symptomer.

Negativ affekt er en samlet betegnelse for symptomer på depression og angst.

Somatisering er fysiske symptomer, som kommer til udtryk på grund af psykisk mistrivsel, fx ondt i hovedet eller mavepine.

Dissociation kan opstå i forbindelse med traumer og/eller psykisk lidelse. Det er kendetegnet ved en mental eller følelsesmæssig afkobling fra omverdenen.

⁵¹En t-test og flere Chi²-tests undersøgte, om der var signifikante forskelle på de nævnte sociodemografiske faktorer mellem de kvinder, som opfyldte kriterierne for PTSD ved indskrivning, og de kvinder, som ikke mødte de fulde kriterier.

⁵² $\chi^2(1) = 3.99, p = .046$

⁵³ $\chi^2(1) = 6.09, p = .014$

⁵⁴ $t(-100.7) = -3.04, p = .003$

mellem to faktorer. Helt overordnet kan vi se, at jo grovere og mere hyppig vold kvinderne har været udsat for, jo flere mentale helbredsproblemer har de. Styrken i de signifikante sammenhænge inddeles fra lille, medium til stor effektstørrelse. Analyserne findes i bilag 2.

Traumesymptomer henviser i denne rapport til symptomer på PTSD eller Kompleks PTSD.

Mentale helbredsproblemer henviser til en samlet betegnelse for alle psykiske symptomer, dvs. PTSD, Kompleks PTSD, negativ affekt, somatisering, dissociation og trivsel.

Tonisk immobilitet er en reaktion på voldsomme eller traumatiske oplevelser som for eksempel vold, hvor man føler sig fastfrosset, lammet og/eller ude af stand til at reagere.

Vores data viser, at psykisk vold havde den største sammenhæng med alle helbredsproblemer, herunder PTSD, negativ affekt, somatisering, dissociation og tonisk immobilitet (alle med medium til stor effektstørrelse). Se tabel 7 i bilag 2. For psykisk vold og Kompleks PTSD havde sammenhængen en lille til medium effektstørrelse. Til sammenligning havde fysisk og seksualiseret vold også en signifikant sammenhæng med ovenstående helbredsproblemer. Denne var dog kun af lille til medium effektstørrelse. Hverken psykisk, fysisk eller seksualiseret vold havde en signifikant sammenhæng med trivsel (målt med WHO-5). Det betyder, at de kvinder, der havde været udsat for grovere og hyppigere vold, ikke trivedes mere eller mindre end de kvinder, der havde været udsat for mindre grov vold. Dog havde kvinderne generelt en lav trivselsscore ved indflytning. Til gengæld var der en sammenhæng mellem lavere trivsel og flere mentale helbredsproblemer (med medium til stor effektstørrelse).

Vi ved fra tidligere forskning og fra kvindekrisecentrene, at psykisk, fysisk og seksualiseret vold oftest overlapper hinanden. Der er desuden tidligere påvist, at alle tre voldsformer har en sammenhæng med udvikling af mentale helbredsproblemer (Lagdon et al., 2014), hvilket også denne undersøgelse bekræfter. Imidlertid viser data, at psykisk vold individuelt lader til at have den stærkeste sammenhæng med PTSD, Kompleks PTSD, negativ affekt, somatisering og dissociation med lille til medium effektstørrelse, når man kontrollerer for indflydelsen af fysisk og seksualiseret vold (undersøgt ved delvis korrelation, se tabel 8 i bilag 2). Omvendt havde hverken fysisk eller seksualiseret vold en signifikant sammenhæng med nogle af de mentale helbredsproblemer, når man kontrollerer for psykisk vold.

Jo mere vold, jo større følelse af lammelse

Vores data viser, at alle de undersøgte voldsformer (fysisk, psykisk og seksualiseret vold) havde en positiv signifikant sammenhæng med tonisk immobilitet. Det betyder, at oplevelsen af at fryse eller være lammet blev forhøjet i takt med, at volden blev mere omfattende og alvorlig.

Igen fandt vi den største sammenhæng mellem tonisk immobilitet og psykisk vold (medium til stor effektstørrelse). Oplevelsen af tonisk immobilitet havde desuden en positiv signifikant sammenhæng med udvikling af samtlige mentale helbredsproblemer samt trivsel (målt med WHO-5) med medium til stor effektstørrelse (tabel 7, bilag 2). Det indikerer, at jo mere en kvinde har følt sig ude af stand til at reagere under volden, jo værre har hun det efterfølgende.

Denne undersøgelse viser altså, at graden af vold - og i særdeleshed psykisk vold - har en sammenhæng med oplevelsen af tonisk immobilitet. Samtidig påviser undersøgelsen, at tonisk immobilitet har en sammenhæng med udvikling af mentale helbredsproblemer.

Nye voldsepisoder, mere PTSD

I vores data finder vi en signifikant sammenhæng mellem oplevede nye voldsepisoder og PTSD-symptomer:

De kvinder, der ved udflytning rapporterede om nye episoder af vold, havde signifikant flere symptomer på PTSD⁵⁵ sammenlignet med kvinder, der ikke havde oplevet nye voldsepisoder.⁵⁶ Lignende resultater blev fundet ved opfølgning,⁵⁷ hvor kvinder, der havde oplevet nye episoder med vold efter udflytning fra krisecenter, rapporterede om flere PTSD-symptomer⁵⁸ sammenlignet med kvinder, der ikke havde oplevet nye voldsepisoder ved opfølgningen tre måneder efter endt krisecenterophold. Fundet indikerer, at risikoen for fortsat at udvise symptomer på PTSD stiger, hvis volden fortsætter. Forekomst af nye voldsepisoder havde dog ingen signifikant sammenhæng med Komplex PTSD-symptomer, hverken ved udflytning eller ved opfølgning.

Lav sammenhæng mellem tidligere traumer og PTSD

Vi har også set på sammenhængen mellem tidligere traumer og udvikling af PTSD eller Komplex PTSD (via en række Chi²-tests), da tidligere forskning har vist en sammenhæng. Ingen af de tidligere traumer viste sig at have en signifikant sammenhæng med hverken PTSD eller Komplex PTSD med undtagelse af *fysisk mishandling* som havde en signifikant sammenhæng med symptomer på PTSD.⁵⁹

Ingen sammenhæng mellem alder, oplevet vold og traumesymptomer - med én undtagelse

Blandt de indskrevne kvinder var 21% i alderen 18-25 år. Denne gruppe blev sammenlignet med den ældre gruppe (26 år eller derover) for at teste, om der var forskelle på typen af vold, de havde oplevet, og de efterfølgende traumesymptomer.

Der blev ikke fundet signifikante forskelle mellem de to aldersgrupper ved hverken fysisk, psykisk eller seksualiseret vold og ej heller ved voldens varighed eller tonisk immobilitet. Der var heller ikke forskelle på forekomst af PTSD og Komplex PTSD ved hverken indskrivning, udflytning eller opfølgning med

⁵⁵(M = 11.4, SD = 5.5)

⁵⁶(M = 7.3, SD = 5.6), t(54.37) = -3.06, p = .003

⁵⁷(M = 10.6, SD = 6.5; M = 6.8, SD = 5.6)

⁵⁸t(43.14) = -2.37, p = .022

⁵⁹χ²(1) = 5.48, p = .019

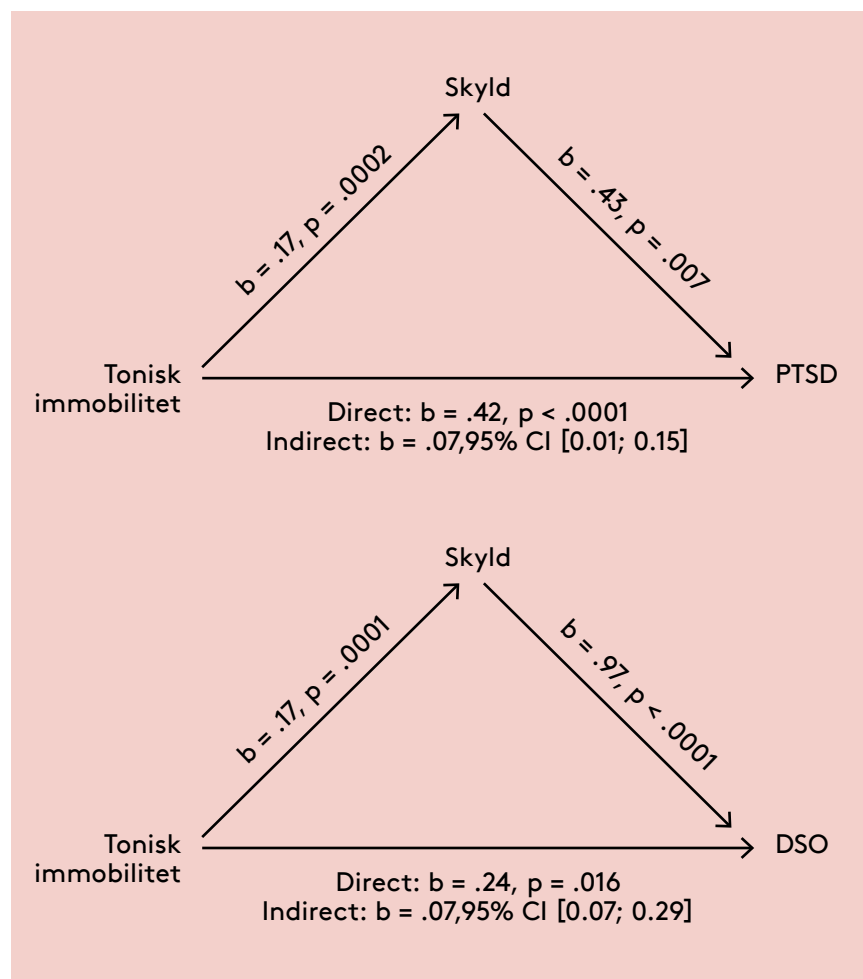
undtagelse af Komplex PTSD ved opfølgning, hvor den ældre gruppe havde signifikant flere symptomer.⁶⁰ Her bør det bemærkes, at kun syv kvinder i aldersgruppen 18-25 år besvarede opfølgningsskemaet.

Stærk sammenhæng mellem tonisk immobilitet, følelse af skyld og traumesymptomer

Vi kan i vores data se, at de kvinder, der har følt sig ude af stand til at handle i forbindelse med volden (tonisk immobilitet) også oplever en høj grad af skyldfølelse.⁶¹ For at undersøge dette nærmere, har vi set på forholdet mellem tonisk immobilitet, skyld og traumesymptomer.

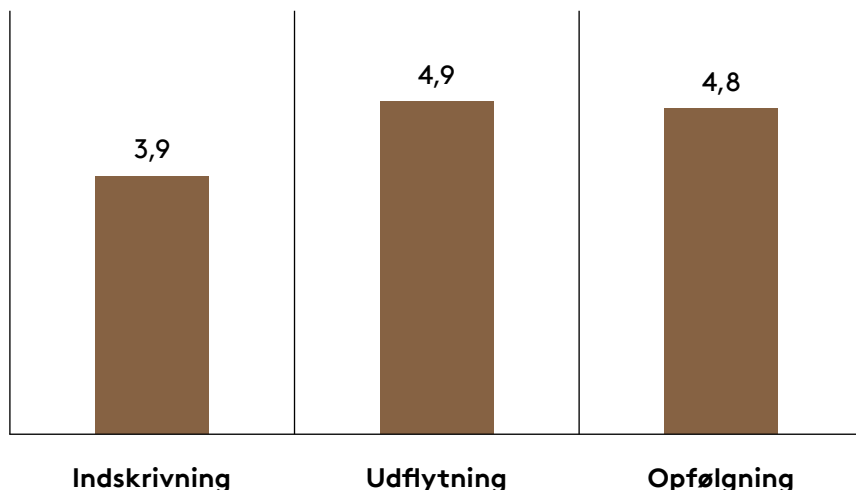
Tidligere har vi påvist, at tonisk immobilitet har en sammenhæng med symptomer på PTSD og Komplex PTSD.⁶² Ser vi nærmere på data, kan vi dog se, at denne sammenhæng delvis er forklaret ved følelsen af skyld, da følelsen af skyld (som følge af tonisk immobilitet) påvirker udvikling af traumesymptomer. Det betyder, at den skyld, som kvinderne efterlades med, har betydning for deres PTSD og Komplex PTSD-symptomer. Se mediationsanalysen i figur 5.

Figur 5. Mediationsanalyse af forholdet mellem tonisk immobilitet, skyld og symptomer på henholdsvis PTSD og DSO (de tre kernesymptomer for Komplex PTSD).



Note: N = 150. Pilene illustrerer de signifikante sammenhænge mellem de forskellige faktorer. Figuren viser, at tonisk immobilitet har en signifikant sammenhæng med følelsen af skyld, og at skyld har en signifikant sammenhæng med PTSD- og Komplex PTSD-symptomer (DSO). De nederste pile på begge illustrationer viser, at tonisk immobilitet i sig selv har en signifikant sammenhæng med både PTSD og Komplex PTSD (Direct), men også at der er et medierende forhold, hvor effekten af tonisk immobilitet går gennem skyld og derved påvirker udviklingen af PTSD og Komplex PTSD (Indirect).

Figur 6. Udvikling i sikkerhedsfølelse.



Note: Sikkerhedsfølelsen er målt på en skala fra 1-7, hvor 1 indikerer, at man er bange for, at der let kan ske ny vold og 7 indikerer, at man føler sig helt sikker på, at der ikke sker ny vold (Indskrivning N = 150, Udflytning N = 76, Opfølgning N = 63).

Lav sikkerhedsfølelse gav højere risiko for nye voldsepisoder og PTSD

Ved indskrivning blev kvinderne bedt om at vurdere deres egen sikkerhedsfølelse i form af, hvorvidt de følte, at de ville blive udsat for nye episoder med vold. Her angav 41% af kvinderne, at de var bange for, at der ville ske nye voldsepisoder. En Chi²-test viste, at flere af de kvinder, som var bange for, at de ville opleve vold igen, også oplevede højere forekomst af nye episoder med vold ved udflytning.⁶³ Det kan indikere, at kvinderne generelt er gode til selv at vurdere, hvorvidt de er i risiko for at blive udsat for vold. På figur 6 vises udviklingen i kvindernes følelse af sikkerhed, som blev signifikant forbedret fra indflytning til udflytning.⁶⁴ En forbedring, som varede ved også ved opfølgning tre måneder efter.

Følelsen af sikkerhed havde desuden sammenhæng med omfanget af symptomer på PTSD; kvinder, der havde en lavere følelse af sikkerhed, havde typisk en højere forekomst af PTSD-symptomer (se tabel 9 i bilag 2).

Udvikling over tid

I det følgende vil vi se nærmere på, hvordan kvindernes mentale helbred udvikler sig over tid sammenholdt med en række faktorer. Vi vil altså se på, hvordan kvindernes generelle tilstand udvikler sig, og hvor mange der helt slipper symptomer på eksempelvis PTSD og Komplex PTSD.

⁶⁰t(58.95) = -2.14, p = .039

⁶¹t(134) = 22.5, p < .0001

⁶²Se afsnittet Størst sammenhæng mellem psykisk vold og traumesymptomer, i dette kapitel.

⁶³χ²(1) = 4.60, p = .032

⁶⁴t(61) = -2.99, p = .004.

Udvikling af symptomer over tid

Ved indskrivning havde i alt 68.9% af kvinderne symptomer på enten PTSD (31%) eller Kompleks PTSD (37.9%). Der var således den højeste forekomst af symptomer på Kompleks PTSD. Ved udflytning og opfølgning var summen af disse traumesymptomer reduceret til henholdsvis 30.2% og 28.2% (se tabel 10).

Tabel 10. Symptomer på PTSD og Kompleks PTSD.

	Indskrivning N = 150	Udflytning N = 76	Opfølgning N = 63
PTSD	31.0%	19.7%	23.4%
K-PTSD	37.9%	10.5%	4.8%
I alt	68.9%	30.2%	28.2%

Som tabellen viser, fandt vi i undersøgelsen et signifikant fald i PTSD-symptomer⁶⁵ og Kompleks PTSD-symptomer⁶⁶ fra indskrivning til udflytning. Kvinderne i undersøgelsen oplevede altså i gennemsnit en markant bedring af traumesymptomer fra indskrivning til udflytning. Der var dog ingen signifikante ændringer i symptomer fra udflytning til opfølgning tre måneder efter krisecenteropholdet.

Det samme fald fandt vi for de andre mentale helbredsproblemer: Fra indskrivning til udflytning havde kvinderne signifikant færre symptomer på negativ affekt,⁶⁷ somatisering⁶⁸ og dissociation⁶⁹. Samtidig steg kvindernes trivsel fra indskrivning til udflytning fra *væsentlig lavere trivsel end gennemsnittet* til *trivsel inden for gennemsnittet af resten af befolkningen*.⁷⁰ Der var ingen signifikante ændringer fra udflytning til opfølgning ved hverken negativ affekt, somatisering, dissociation eller trivsel (målt med WHO-5).

I gennemsnit fik kvinderne det altså betydeligt bedre undervejs i deres ophold vurderet ud fra alle parametre, som var medtaget i undersøgelsen vedrørende kvindernes psykiske helbred.

⁶⁵t(73) = 8.7, p < .0001

⁶⁶t(75) = 8.5, p < .0001

⁶⁷t(65) = 10.5, p < .0001

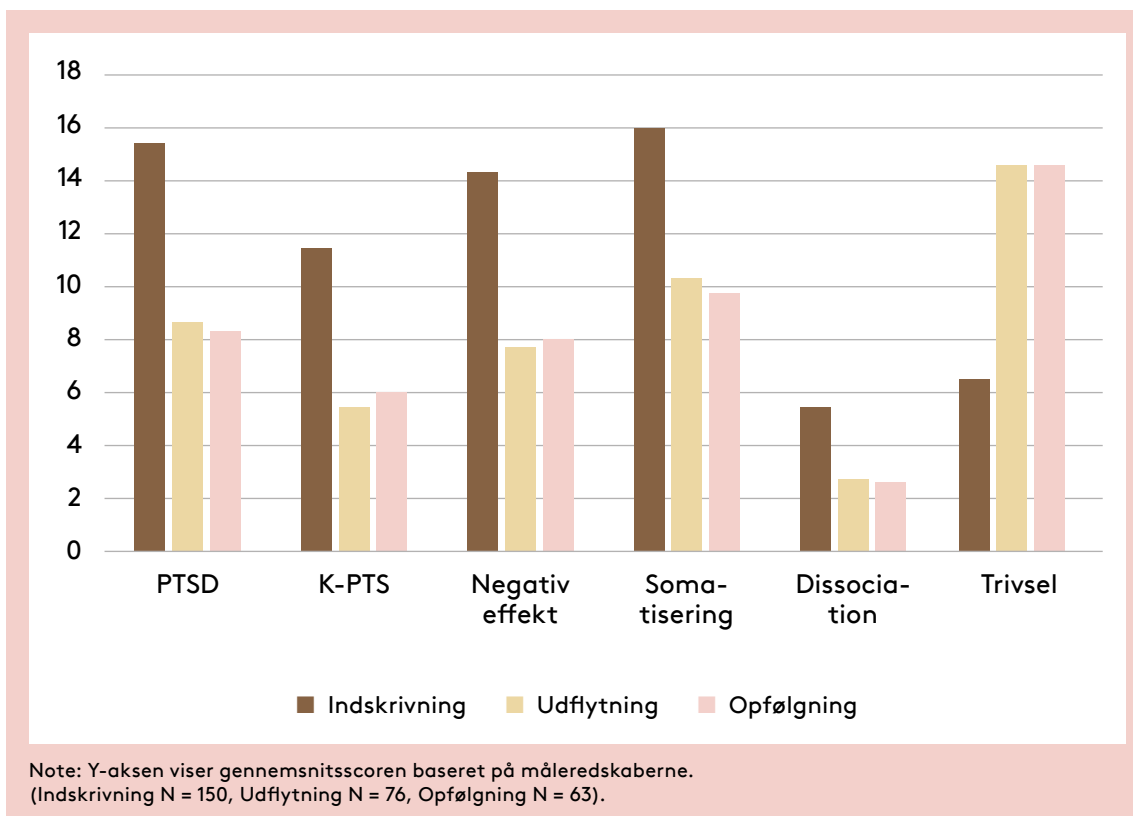
⁶⁸t(67) = 8.0, p < .0001,

⁶⁹t(69) = 5.4, p < .0001

⁷⁰t(75) = -11.3, p < .0001



Figur 7. Udviklingen i gennemsnitsscore for mentale helbredsproblemer.



To grupper, forskellig udvikling over tid

Når man måler symptomudvikling som ovenfor, kigger man på gennemsnittet af symptomniveauet blandt deltagerne. Altså om kvinderne i gennemsnit har fået det bedre under deres ophold, hvilket denne undersøgelse bekræfter. Selvom kvinderne i gennemsnit får det bedre undervejs i deres ophold, er det dog ikke sikkert, at alle udvikler sig på samme måde. Derfor valgte vi at undersøge, om der er individuelle forskelle i symptomudviklingen. Dette blev undersøgt med en *Latent Class Growth Analysis*.⁷¹

Ved at kigge på individuelle forskelle i udvikling af PTSD-symptomer var det muligt at inddele de deltagende kvinder i to overordnede grupper (se figur 8 og tabel 11 i bilag 2): Gruppe 1, som er kendetegnet ved at have et lavere PTSD-symptombillede ved indskrivning og et højt fald i symptomer undervejs i opholdet (46.7%); Gruppe 2, som er kendetegnet ved at have flere PTSD-symptomer ved indskrivning og et lavere fald i symptomer undervejs i opholdet (53.3%). Det fortæller os, at flere symptomer ved indskrivning betyder, at det er sværere at få det markant bedre under opholdet. Kort sagt: De der har det værst, oplever en mindre positiv progression.⁷² Samtidig viser data, at de kvinder, som oplever en bedring, oplever bedringen inden for de første tre måneder af deres ophold, hvorefter symptomer forbliver de samme over tid.

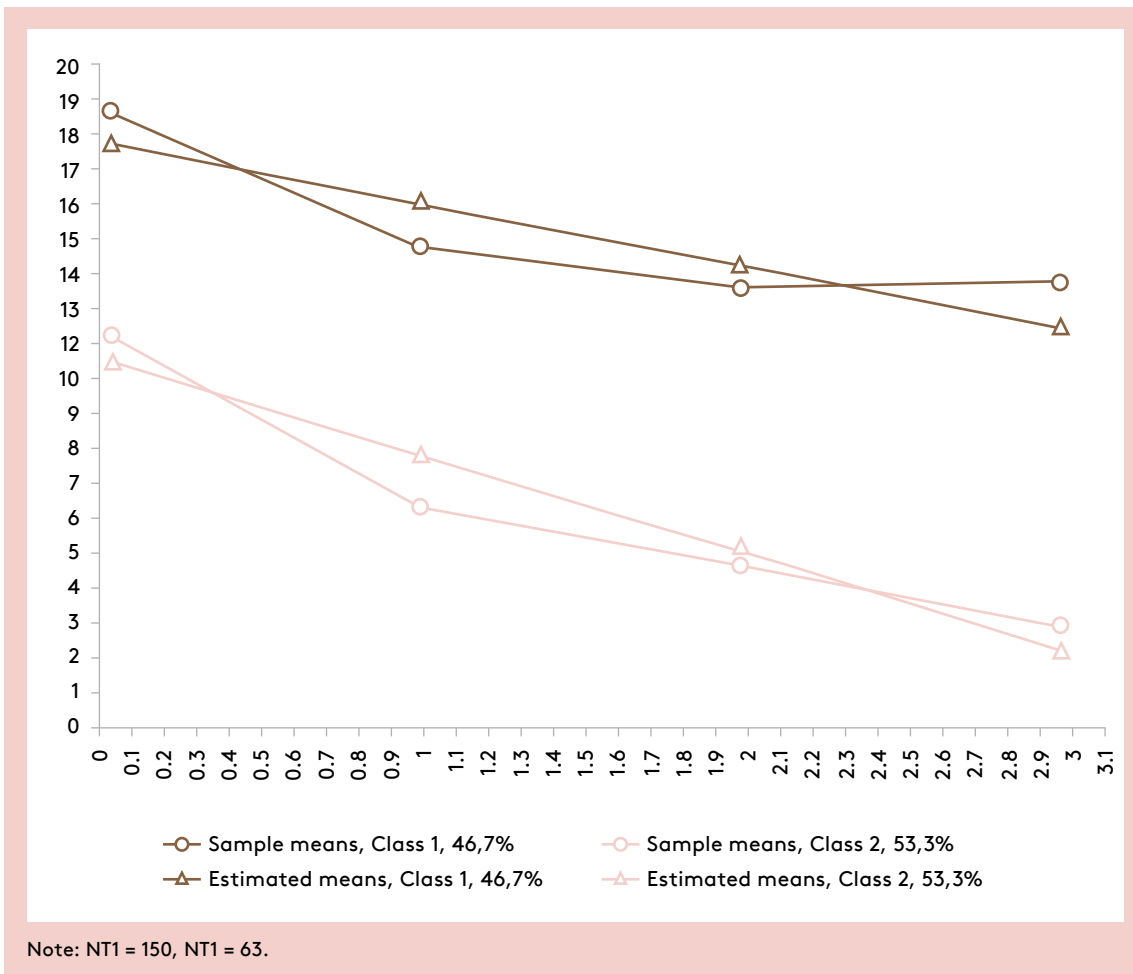
For at se om krisecenterrelevante faktorer havde sammenhæng med udviklingen i PTSD-symptomer, blev det undersøgt om *psykologhjælp*, *opholdslængde*, *nye voldsepisoder under og/eller efter opholdet* og *DSO-symptomer* (symptomer på Komplex PTSD) adskilte de to grupper. En logistisk regression blev brugt til at teste forskellen på de to identificerede grupper. Odds Ratio (OR) viste, at hverken *psykologhjælp* (1.79 [0.67, 4.82]) eller *opholdslængde* (1.0 [1.0, 1.0]) adskilte de to grupper signifikant i modsætning til *nye episoder afvold* (2.24 [1.2, 4.18]) og *DSO-symptomer* (1.23 [1.1, 1.4]). Det vil sige, at de kvinder, som udviste symptomer på Komplex PTSD ved indskrivning, og som oplevede nye episoder af vold under eller efter deres ophold på krisecenter, havde flere symptomer på PTSD og oplevede mindre fald i symptomerne undervejs i deres ophold.

⁷¹En LCGA-analyse blev brugt til at identificere symptomudviklingen i forbindelse med kvindernes ophold på krisecenter. Analysen er baseret på kvindernes symptomer ved indskrivning og efter tre og seks måneders ophold samt ved opfølgning (tre måneder efter endt ophold). Analysen identificerede 2-klasse modellen som den bedste repræsentant af data, og resultatet er illustreret i figur 8.

⁷²Test-værdierne fra analysen fremgår af bilag 2 (se tabel 11). For en mere dybdegående præsentation af metoden henvises der til den videnskabelige publikation: Dokkedahl, S.B., Kristensen, T.R., Murphy, S., Elklit, A. (submitted). *Journal of Interpersonal Violence*. Kontakt forfatterne for mere information.



Figur 8. LCGA-analyse som viser forskellige symptomprofiler og symptomudviklingen undervejs i opholdet.



Opsummering

af resultater

- Kvinderne på de fire krisecentre havde oplevet en høj forekomst af både fysisk, psykisk og seksualiseret vold.
- Af den grove vold rapporterede 86.2% om episoder med grov fysisk vold, og 17.8% havde levet i grov psykisk vold. Derudover havde en høj andel af kvinderne oplevet at blive truet på livet (58.6%) eller truet med, at partneren begik selvmord (42.9%), hvis de afsluttede forholdet.
- 59.3% havde oplevet seksualiseret vold. Heraf havde 49.1% oplevet tvang eller trusler i forbindelse med sex. 58.2% havde oplevet, at partneren insisterede på sex, selvom kvinden ikke havde lyst.
- En stor del af kvinderne oplevede nye episoder af vold både under (57.3%) og efter opholdet på krisecenter (38.1%). Volden var oftest psykisk, og voldsudøveren var i størstedelen af tilfældene den samme, som havde udøvet vold forud for krisecenteropholdet.
- Kvinderne rapporterede en høj forekomst af tidligere traumer. Vi fandt dog ikke en signifikant sammenhæng med tidligere traumer og udvikling af hverken PTSD eller Komplex PTSD med undtagelse af fysisk mishandling.
- Ved indskrivning udviste størstedelen af kvinderne symptomer på enten PTSD (31%) eller Komplex PTSD (37.9%). De fleste kvinder oplevede et signifikant fald i symptomerne fra indskrivning til udflytning.

- Psykisk vold har de mest negative psykiske konsekvenser (fx PTSD og Komplex PTSD), selv når man kontrollerer for fysisk og seksualiseret vold.
- Tonisk immobilitet og følelsen af skyld spiller en afgørende rolle i forhold til, hvem der udvikler symptomer på PTSD og Komplex PTSD.
- Kvinder, der oplevede en lav følelse af sikkerhed undervejs i opholdet, havde typisk også en højere forekomst af PTSD-symptomer.
- Kvinder, der har flere traumesymptomer ved indskrivning, har typisk sværere ved at få det markant bedre under et krisecenterophold.
- Kvinder, der oplevede nye voldsepisoder, mens de var indskrevet på krisecenter, havde mindre fald i PTSD-symptomer, sammenlignet med kvinder, der ikke oplevede nye episoder.
- De kvinder, som havde symptomer på Komplex PTSD ved indskrivning, oplevede mindre fald i symptomerne i forbindelse med deres ophold på krisecenter.
- Generelt oplevede kvinderne et signifikant fald i andre mentale helbredsproblemer fra indskrivning til udflytning (negativ affekt, somatisering og dissociation). Samtidig steg kvindernes trivsel, så den ved udflytning lå inden for gennemsnittet af resten af befolkningen.

9. Kvalitative

beretninger

Undersøgelsen i den nærværende rapport er baseret på en spørgeskemaundersøgelse, som giver et overordnet billede af voldens konsekvenser og udviklingen i det mentale helbred blandt 150 kvinder på fire danske kvindekrisecentre. For at give kvinderne en mere tydelig og selvstændig stemme i rapporten, har vi sideløbende gennemført fem kvalitative interviews. Interviewene var semi-strukturerede og har omhandlet kvindernes oplevelse af at bo på krisecenter.⁷³

Resultatet af de fem interviews har vi opdelt i fem temaer, der afspejler de emner, der generelt fyldte hos kvinderne i interviewene. Formålet er at supplere rapportens kvantitative data med mere kvalitative beskrivelser, der kan være med til at give læseren et dybere indblik i, hvad der fylder for kvinder, der bor eller har boet på krisecenter.

Volden og voldens konsekvenser

I interviewene bekræfter kvinderne spørgeskemaundersøgelsens fund om voldens konsekvenser for det mentale helbred. I det følgende citat beskriver en kvinde hvordan, den fremgang, hun oplevede hele tiden, blev sat tilbage, hver gang hun skulle i kontakt med udøveren gennem andre myndighedsinstanser. Dette illustrerer, hvordan de processer, der foregår rundt om krisecenteropholdet, også har betydning for udviklingen i kvindernes mentale helbred.

- (..) det var svært at sove, da jeg kom på krisecenter. Det kan jeg også høre, at det havde alle kvinder næsten haft problemer med. Jeg synes, at det langsomt blev bedre. Selvom det var en presset situation, så var der ligesom forbedring. Men først kom der jo hele tiden de der udsving i forbindelse med, at vi skulle i familieretshuset og så videre og så videre. Og hver gang der kom breve via hans advokat og sådan noget, så var det svært bare at lægge sig til at sove bagefter.

For flere af kvinderne har volden sat så dybe spor, at de ikke tror, at de nogensinde slipper fri af voldens konsekvenser. Det følgende citat er udtalt af en kvinde, mange måneder efter hun er fraflyttet krisecentret. Her omtales voldens konsekvenser som et nyt livsvilkår, man skal lære at leve med.

- Og jeg tror faktisk, at jeg er nået til den erkendelse, at jeg nok aldrig rigtigt helt kommer mig over det. Forstået på den måde, at der er nogen traumer, som sidder der, som nok aldrig helt går væk (..) men jeg bliver bedre og bedre til at håndtere det, når det kommer.

De fleste kvinder i disse interviews beskriver desuden voldens konsekvenser

for deres sociale omgangskreds. Flere har oplevet, at de har mistet kontakten med familie eller venner i forbindelse med deres forhold. Dette lader til yderligere at styrke kvindernes behov og taknemmelighed for et nært forhold til personalet på krisecentrene.

Nye episoder med vold

Som denne rapport har vist, oplever kvinderne nye episoder af vold under og efter deres krisecenterophold. Alle kvinderne, som deltog i interviewene, kom også med eksempler på nye voldelige episoder under og efter krisecenteropholdet. Her beskrives det, hvordan volden fortsatte over telefonen og de sociale medier.

- Så jeg fik nyt nummer med det samme, og så beholdt jeg så min Facebook, fordi jeg havde aftalt med personalet her, at jeg skrev en besked hver tredje dag eller sådan noget til mit barns far, hvor jeg skrev, vores barn har det godt (...). Og så begyndte han bare at chikanere mig helt vildt. Så jeg måtte blokere ham. Så begyndte alle hans venner og familie at kontakte mig og give mig dårlig samvittighed og sådan nogle ting, så altså jeg var nødt til at lukke den [facebookprofil].

Ligesom for voldens konsekvenser, så taler kvinderne om volden som et livsvilkår, de ikke forventer vil ændre sig. Derfor vægter kvinderne også, at en del af udbyttet ved at være på krisecenter, er, at de lærer at lukke af overfor voldsudsøveren og tage afstand til den vold, som han udsætter dem for, fremfor en forventning om at volden vil stoppe.

- Jeg tror ikke, at han ændrer sig, men jeg skal lære at stoppe den [volden], så den ikke kommer, altså jeg skal lære at lukke ham ned med det samme hver gang, og ikke lade mig gå på af det. Det har jeg håb for, at jeg kommer til at lære. Det skal jeg.

Kvindernes beskrivelser af de nye voldelige episoder, efter de har brudt med den voldelige partner, viser, hvordan volden kan finde nye arenaer, når en kvinde flytter på krisecenter. Det er afgørende, hvis kvindernes og deres børns trivsel skal forbedres, at kvinden får værktøjer til at skærme sig mod ny vold i fremtiden.

Oplevelsen af et krisecenterophold og forholdet til personalet

Alle fem kvinder, der deltog i de kvalitative interviews, havde en meget positiv oplevelse af deres krisecenterophold. I særdeleshed fik personalet meget ros, og de fleste kvinder omtalte personalet som trygheds- og omsorgspersoner, der havde fungeret som redningsfolk for både dem og deres børn, hvilket er illustreret i følgende citat:

- Altså jeg er sådan helt overvældet over den varme og kærlighed, som alle de fantastiske mennesker havde, og kunne blive ved med at give til kvinde efter kvinde og barn efter barn, altså, jeg bliver helt rørt, når jeg snakker om det, fordi jeg synes simpelthen bare, at de alle sammen var sådan nogle engle.



Jeg tror ikke, at han ændrer sig, men jeg skal lære at stoppe den [volden], så den ikke kommer, altså jeg skal lære at lukke ham ned med det samme hver gang, og ikke lade mig gå på af det. Det har jeg håb for, at jeg kommer til at lære. Det skal jeg.

⁷³Bemærk at alle fem kvinder havde været udsat for vold af en tidligere partner, hvorfor der kun henvises til partnere i dette afsnit.



- Hvis det ikke havde været for politibetjenten, som havde sendt en underretning til kommunen sidste år, havde jeg nok stadig boet i lejligheden med min eks-mand. Jeg sad bare fast i det.

De fem kvinder gav alle udtryk for, at den første periode på krisecentret var overvældende, og at de bare havde behov for, at nogen tog over og guidede dem igennem det, der skulle ske. Mange beskriver det som en lettelse, at de fik hjælp til at få styr på alle de kaotiske aspekter i den nye situation.

- De pusher mig også i alle de her processer altså med skilsmisse, samvær, bopæl, børnebidrag og alt muligt, som jeg slet ikke ville have haft styr på. De kunne rådgive men var også gode til at få mig til at få det gjort. Det tog selvfølgelig lang tid, for jeg var ikke klar.

I særdeleshed lægger kvinderne vægt på den hjælp, de fik til at lukke af overfor den tidligere partner. Flere kvinder nævner, at de husker de aftaler, de lavede med personalet om hvordan og hvor ofte, de havde behov for at kommunikere med deres tidligere partner, hvis de eksempelvis havde børn sammen. Her tillægges personalets hjælp til at opnå en følelse af kontrol og bevidsthed om egne grænser en stor betydning.

- ”Vi siger nej tak”. Og den har jeg sådan meget med hele tiden. Fordi han formår jo nærmest at kunne manipulere mig stadigvæk gennem en e-mail på en eller anden måde, han er sindssyg dygtig til det der. Hvor det bare er sådan, jeg har bare virkelig [krisecentermedarbejder] siddende på skulderen, der bare sådan siger ”nej tak”.

Kvindernes oplevelse af at have boet på krisecenter er overordnet positiv, og interviewene viser, at den støtte og rådgivning, kvinderne har fået fra krisecenterpersonalet, har haft stor betydning for kvindernes håndtering af volden.

Mødet med andre myndighedsinstanser

I modsætning til krisecentrets trygge rammer, så beskriver kvinderne mødet med andre myndighedsinstanser som en stressfaktor, som var forbundet med ubehag og nye episoder med vold. Myndighedsinstanser kan fx være Familie-retshuset eller kommunen. Kvinderne beskriver blandt andet, at de ikke er blevet troet på, har følt sig mistænkeliggjort, og at møder og kommunikation gennem andre myndighedsinstanser ofte har medført tilbagefald i forhold til de psykiske symptomer, de oplevede, som eksempelvis søvnproblemer.

- Der havde jeg ikke nogen bisidder med. Det skulle jeg have haft, fordi den børnesagkyndige, der så var der til det møde, hun sagde ligesom, altså, jeg er så blevet mødt af den holdning tre gange efterfølgende, også i byretten, at, ”det er da også synd for din eks-mand, at du beskylder ham for psykisk vold, det kan der da på ingen måde være tale om”. Der skulle jeg måske have haft min advokat med, der lige kunne have sagt ”ej, okay, det er vist ikke din rolle at gå ind og vurdere, hvem det er synd for her”.

En af kvinderne i undersøgelsen beskriver desuden, at den stigmatisering og de fordomme, som forfølger kvinder på krisecenter, har haft betydning for, at hun har forladt krisecentret, inden at hun følte sig klar til det af frygt for at blive sygeliggjort over sit ophold.

- Mit barns fars advokat begyndte ligesom at slå på, at jeg var meget svag og sygelig og sådan noget, så at jeg har jo brug for meget hjælp. Det er sådan et billede, de prøvede at tegne af mig, og hvor en del af det var, at jeg var sådan lidt af en stakkel, fordi jeg havde brug for at bo på krisecenter. Min advokat hun syntes, at hvis jeg i forvejen overvejede at flytte hjem, så skulle jeg gøre det. Det ville stille mig stærkere. Og så valgte jeg at gøre det. Selvom at jeg helt sikkert kunne haft godt af at blive der, fordi man jo har en anden form for støtte, når man bor der.

Kvinderne kom dog også med positive eksempler, hvor myndighedernes rolle og respons på den vold, der blev observeret, spillede en vigtig rolle i forhold til at få hjælp og komme i sikkerhed.

- Hvis det ikke havde været for politibetjenten, som havde sendt en underretning til kommunen sidste år, havde jeg nok stadig boet i lejligheden med min eks-mand. Jeg sad bare fast i det.

Samlet viser interviewene, at kvindernes møde med myndighederne har stor betydning for deres proces med at bryde med volden.

Udflytning, efterværn og anbefalinger

Kvinderne fortalte, at det var både svært og uoverskueligt at fraflytte krisecentret, og flere af kvinderne var bange for, om de igen ville blive udsat for vold, og om de var klar til at stå på egne ben uden støtte fra personalet.

- Da jeg skulle flytte, det var voldsommere, end jeg havde regnet med; den tryghed man har, det sted. En ting er, at man selvfølgelig finder ud af det, når man kommer, som vi har snakket om, og når man er der og alt det her, men lige pludselig skal du ud og konfronteres med den virkelige verden igen, så det der med bare at skulle åbne sin hoveddør og hele tiden være bange. En af de kvinder, der havde modtaget efterværn efter endt ophold, beskrev derfor også, hvor vigtig den hjælp havde været for hende.

- Noget af det som jeg i hvert fald aldrig havde troet, udover at jeg ikke rigtig havde en forestilling om, hvordan det ville være at være på krisecenter, så det der med at hjælpe, at man faktisk også har brug for hjælp, når man kommer hjem. (...) Og det ville være, synes jeg, så synd hvis det er noget, der blev skåret væk, fordi det har jeg virkelig haft næsten lige så stor gavn af som at bo på krisecenteret. Altså hjælpen efterfølgende.

Alle kvinderne gav generelt udtryk for fortsat at have et behov for støtte eller som minimum fortsat at kunne henvende sig til krisecentrene for at få råd og vejledning.

Generelt talte kvinderne meget positivt om deres ophold. Blandt de ting, som kvinderne nævnte som de største udfordringer ved at bo midlertidigt på et krisecenter, var støjniveauet om aftenen fra legende børn og andre beboere samt manglende privatliv. Et par af de interviewede kvinder havde desuden en oplevelse af, at mange af krisecentrenes tilbud som eksempelvis rådgivning om bolig eller økonomi ikke var relevante for dem grundet en mere ressourcestærk privatøkonomi. Disse kvinder savnede mere tid med personalet med et ønske om mere emotionel støtte.

En sidste ting, som fyldte meget blandt de interviewede kvinder, var sikkerheden. Sikkerhed i forhold til deres nye bolig, når de fraflyttede krisecentret, og i forhold til at deres tidligere partnere stadig var opsøgende, hvilket skræmte dem. Derfor gav flere af kvinderne udtryk for et ønske om et større samarbejde med krisecentrene og politiet og mere rådgivning i forhold til overfaldsalarmer, tilhold og sikring af deres boliger.

10.

Diskussion

I denne rapport har vi undersøgt, hvilken vold kvinder på fire danske kvindekrisecentre har oplevet, hvordan volden har påvirket kvindernes mentale helbred, og hvordan kvindernes mentale helbred har udviklet sig undervejs i opholdet. I den følgende diskussion vil vi forholde os til udvalgte fund i undersøgelsen og sammenholde disse med eksisterende viden om traumer samt partner- og familierelateret vold og diskutere hvilken betydning disse fund har for området.

Høj forekomst af grov vold og særlig opmærksomhed på seksualiseret vold

Kvinderne, der deltog i undersøgelsen, havde generelt oplevet en høj forekomst af både fysisk, psykisk og seksualiseret vold. Mere konkret havde størstedelen af kvinderne oplevet grov psykisk vold (17.8%), grov fysisk vold (86.2%), var blevet truet på livet (58.6%), eller truet med at partneren begik selvmord (42.9%), hvis de forlod den voldelige relation. Forekomsten af seksualiseret vold var desuden høj i denne undersøgelse (59.3%), hvilket blandt andet indebærer, at kvinderne var blevet udsat for fysisk tvang og trusler til sex.

Tidligere danske undersøgelser har vist en høj forekomst af fysisk og psykisk vold blandt kvinder på krisecentre (Socialstyrelsen, 2018, 2019; LOKK, 2020). Denne undersøgelse giver dog et mere nuanceret billede af den vold, kvinderne er blevet udsat for, da de anvendte skalaer spørger ind til konkrete voldelige handlinger og samtidig vurderer hyppigheden af volden, hvilket er en indikatorer for alvorligheden af den vold, kvinderne har oplevet.

Forekomsten af seksualiseret vold i undersøgelsen var høj sammenlignet med tidligere årsstatistikker fra kvindekrisecentre. I årsstatistikkerne har angivelsen af seksualiseret vold været under 30% de seneste mange år (Socialstyrelsen, 2017, 2018, 2019). Denne difference mellem undersøgelserne skyldes formentlig metodiske forskelle i måden, seksualiseret vold er undersøgt på. I denne undersøgelse har kvinderne selv angivet den vold, de er blevet udsat for, i et spørgeskema, hvor der spørges til konkrete handlinger, hvorimod årsstatistikkerne bliver udfyldt af fagpersoner på krisecentrene, der kategoriserer volden efter samtaler med den enkelte kvinde.

Dette fund kan indikere, at kvinderne er mindre tilbøjelige til at fortælle om den seksualiserede vold til fagpersoner i starten af deres krisecenterophold. En dansk undersøgelse af voldsudsatte kvinder i behandling hos Mødrehjælpen

viste, at kvinderne havde tendens til at underrapportere seksualiseret vold, da de var i tvivl om, hvad der kendetegner denne voldsform. En andel af kvinderne gav desuden udtryk for, at de savnede, at personalet spurgte mere ind til den seksualiserede vold (Beck & Elklit, 2012). En ny dansk kortlægning viser desuden, at seksualiseret vold opfattes som et følsomt og svært håndterbart emne af mange fagpersoner på kvindekrisecentrene (Dreemark et al., 2021).

Den høje forekomst af seksualiseret vold fundet i denne undersøgelse vidner om et behov for et øget fokus på netop denne type vold i fremtiden. Her er det værd at bemærke, at den mest hyppigt oplevede form for seksualiseret vold, var *min partner insisterede på sex, når jeg ikke havde lyst*.

Det er typisk en voldsform, som ikke indfanges i en mere klassisk forståelse af seksualiseret vold, og det peger på vigtigheden af, at fagpersoner såvel som fremtidige undersøgelser har et bredt perspektiv på, hvad der kan karakteriseres som seksualiseret vold. Denne anbefaling harmonerer med en nyere dansk undersøgelse (Dreemark et al., 2021). Dertil er det en diskussion, der er blevet aktualiseret med samtykkedebatten og den nye samtykkelovgivning.

En kvinde, der er udsat for psykisk og seksualiseret vold, vil ofte være underlagt en subtil tvang, der betyder, at den seksuelle aktivitet i parforholdet ofte foregår på voldsudøverens præmisser, fx når en partner insisterer på sex, selvom kvinden ikke har lyst. I sådanne tilfælde behøver det ikke være den enkelte situation, der afgør, om der er tale om voldtægt, men snarere det mønster af voldelige strategier, kvinden er underlagt, og som gør tvungen sex mulig. I arbejdet med voldsudsatte kvinder og i behandlingen af voldsudøvere kan man lade sig inspirere af den nyligt indførte samtykkelovgivning til at arbejde med gensidighed og lyst og italesætte den seksualiserede vold. Fundet i undersøgelsen kalder på mere forskning og politisk opmærksomhed på seksualiseret vold, som traditionelt har været underbelyst, og som er en kønnet voldsform, der oftest begås af mænd mod kvinder (Laursen et al., 2020).

Med indblik i den alvorlige vold, som kvinderne havde oplevet, er det ikke overraskende, at 68.9% af kvinderne udviste symptomer på enten PTSD eller Komplex PTSD ved indskrivning på krisecentret. Dette fund er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, som har vist en høj forekomst af PTSD og andre mentale helbredskonsekvenser blandt kvinder på krisecenter (Golding, 1999; Socialstyrelsen, 2017). Selvom dette studie er det første, som undersøger Komplex PTSD blandt kvinder på krisecenter i Danmark, så har tidligere forskning demonstreret en sammenhæng mellem partnervold og Komplex PTSD (Cloitre, 2020).

Psykisk vold som en traumatisk hændelse

Stort set alle kvinderne i undersøgelsen havde oplevet en grad af psykisk vold. Tidligere er psykisk vold blevet negligeret i forskningen sammenlignet med fysisk vold, da man primært anså det som en risikofaktor for på et senere tidspunkt at opleve fysisk vold. Dette ændrede sig, da en undersøgelse baseret på kvalitative interviews fra USA for første gang viste, at voldsudsatte kvinder på krisecenter faktisk oplevede den psykiske vold som værst (Follingstad, 1990), hvilket senere er blevet bekræftet i en dansk kontekst (Bech og Elklit, 2008).

Psykisk vold er kendt som den usynlige vold. Den efterlader ikke blå mærker, og den kan være sværere for omgivelserne at få øje på. En medvirkende årsag til at psykisk vold tidligere er blevet taget mindre alvorlig, kan være at den ikke er blevet betragtet som en *traumatisk begivenhed*. Som beskrevet indledningsvist i rapporten er et traume i dag defineret som *eksponering for en ekstremt truende eller frygtelig begivenhed eller række af begivenheder* ICD-11⁷⁴ (WHO, 2018). I denne definition kan psykisk vold indgå, hvis den psykiske vold bliver tolket som en truende eller frygtelig begivenhed. I USA, hvor størstedelen af forskningen i partner- og familierelateret vold er udarbejdet, definerer man et traume som *eksponering overfor død eller trussel om død, alvorlig skade eller seksuel vold*⁷⁵ (American Psychiatric Association, 2013).

Forskellen mellem disse to definitioner kan måske forekomme meget teoretisk, men i sidste ende kan forskelle i de definitioner, vi bruger, have betydning for, om en person kan få stillet en PTSD- eller Komplex PTSD-diagnose og dermed tilbydes den rette behandling. ICD-11 vil blive introduceret i Danmark i 2022, og denne undersøgelse støtter op om den nye forståelse af traumer, som blandt andet omfatter psykisk vold. Det er vigtigt, at viden, om at psykisk vold er lige så alvorligt som fysisk og seksualiseret vold, når ud til de fagpersoner, som møder mennesker, der har oplevet sådanne hændelser. Dette kan styrke forståelsen af de psykiske følger, som psykisk vold og andre psykologiske traumer kan have.

I dette studie scorede kvinderne i gennemsnit højt på alle mentale helbredsproblemer ved ankomst til kvindekrisecentrene,⁷⁶ og både fysisk, psykisk og seksualiseret vold havde en signifikant sammenhæng med alle mentale helbredsproblemer. Det vil sige, at jo grovere volden havde været, jo flere symptomer udviste kvinderne. Denne sammenhæng var stærkest for psykisk vold, og undersøgelsen viste endda, at psykisk vold var den eneste af de tre voldsformer, der havde en signifikant sammenhæng med de mentale helbredsproblemer, når man kontrollerede for indflydelsen af de andre typer vold (fysisk og seksualiseret). Dette fund var overraskende. Det betyder imidlertid ikke, at fysisk og seksualiseret vold ikke er skadelig for det mentale helbred, hvilket er veldokumenteret i tidligere undersøgelser (Golding, 1999; Lagdon 2014). En mulig forklaring kan være, at der altid er aspekter af psykisk vold til stede, når der forekommer fysisk eller seksualiseret vold, hvilket kendetegnes ved en underliggende dynamik af magt og kontrol (Stark,

⁷⁴Diagnosesystemet der benyttes i Europa såvel som i de fleste andre lande i FN.

⁷⁵Egen oversættelse.

⁷⁶Mentale helbredsproblemer defineret som PTSD, Komplex PTSD, negativ affekt, somatisering og dissociation.

2007). Dette fund kan indikere, det kan være vanskeligt at adskille voldsformerne, og at den psykiske vold også har indflydelse på, hvordan den fysiske og seksualiserede vold påvirker den voldsudsatte. Fundet peger desuden på, at psykisk vold skal tages alvorligt, da den gør mindst lige så stor skade på den udsattes mentale helbred, som den fysiske og seksualiserede vold. Det er vigtigt, at fagpersoner, der kan møde voldsudsatte kvinder, forstår voldens dynamikker, så de kan genkende og identificere den psykiske vold samt har forståelse for voldens følgevirkninger.

Denne undersøgelse er unik, da det er det første studie, som har undersøgt sammenhængen mellem psykisk vold og de nye ICD-11 diagnoser for PTSD og Komplex PTSD. Projektet bidrager derfor til den internationale forskning med ny viden, der ikke alene indikerer, at psykisk vold kan have alvorlige psykiske konsekvenser, men at vi bør udvide vores forståelse af, hvornår noget udgør en traumatisk begivenhed.

Normalisering af reaktioner på volden

Når vi som mennesker bliver udsat for traumatiske begivenheder som eksempelvis vold, så tager vores instinkter over. Kroppen reagerer oftest ubevidst, og mange kender de klassiske reaktioner, hvor man enten forsøger at flygte eller at kæmpe (Marx, 2008). En lige så naturlig reaktion er tonisk immobilitet, som blev beskrevet indledningsvist i rapporten (kapitel 4). Når kroppen bliver midlertidigt lammet, og/eller man føler sig ude af stand til at reagere i en voldelig situation, er det en ufrivillig respons, som kroppen udløser for at beskytte sig selv. Tonisk immobilitet er veldokumenteret hos ofre for voldtægt, og det er tidligere blevet koblet primært til fysiske overgreb, hvor den udsatte ikke er i stand til fysisk at matche sin overgrebsmand (Marx, 2008).

Det er derfor et yderst interessant fund, at denne undersøgelse finder den stærkeste sammenhæng mellem psykisk vold og tonisk immobilitet. Forfatterne kender ikke til tidligere forskning, der har belyst dette - hverken i en dansk eller international kontekst. Den psykiske vold, som vi har undersøgt i denne rapport, indeholder ikke trusler om vold eller trusler på livet, og fundet kan altså derfor ikke forklares ved, at der i den psykiske vold ligger en eksplicit fysisk trussel.

Denne undersøgelse giver ikke et dybdegående indblik i samspillet mellem psykisk vold og tonisk immobilitet. Vi kan derfor kun spekulere i, hvorfor psykisk vold har den stærkeste sammenhæng med denne respons. Korrelationsanalyserne, der viste sammenhængen mellem de forskellige voldstyper og tonisk immobilitet, siger ikke noget om de specifikke situationer, hvor volden fandt sted. Analyserne fortæller blot, at de kvinder som eksempelvis oplevede en større grad af psykisk vold også i større grad havde oplevet tonisk immobilitet.

Selvom tonisk immobilitet er en ufrivillig respons, viste undersøgelsen, at den var forbundet med en større følelse af skyld blandt kvinderne. Det kommer til udtryk ved, at kvinderne havde en oplevelse af, at de burde have gjort mere for at beskytte sig selv, og at de ikke håndterede de voldelige handlinger fra voldsudøveren. Resultaterne illustrerer endda, at denne skyldfølelse delvist forklarer udviklingen af symptomer på PTSD og Komplex PTSD, da den toniske immobilitet udløser en følelse af skyld, som bidrager til forøgede symptomer på de to traumelidelser.

Disse fund har vigtige implikationer for arbejdet med voldsudsatte kvinder. Som beskrevet er tonisk immobilitet en ufrivillig respons, som skal beskytte

individet. Fagpersoner, der møder voldsudsatte, bør være opmærksomme på de eftervirkninger, som tonisk immobilitet kan have og hjælpe den voldsudsatte med at forstå funktionen ved denne respons og derved afhjælpe noget af den skyldfølelse, som det kan medføre. Et andet perspektiv på tonisk immobilitet, som også kan bidrage ind i arbejdet med at mindske den voldsudsattes skyldfølelse, er Alan Wades teori om modstandsperspektivet.

Wade argumenterer, at alle voldsudsatte yder en vis modstand, men at mange fejlagtigt tror, at modstand skal forstås som et fysisk forsvar. I stedet beskriver Wade, at modstand kan være enhver form for mental eller adfærdsmæssig handling, hvor en person forsøger at modstå volden (Wade, 1997). Ud fra dette perspektiv kan man hjælpe den voldsudsatte med at identificere, hvordan deres modstand er kommet til udtryk, eksempelvis hvis de lukkede øjnene eller stoppede med at svare. Det er et vigtigt terapeutisk redskab at arbejde med de voldsudsattes tolkning af deres egen respons, så de får bearbejdet oplevelsen af, at de ikke handlede og dermed oplevelsen af skyldfølelse (Wade, 1997).

Skyldfølelsens bidrag til symptomer på PTSD og Kompleks PTSD understreger, hvorfor det er vigtigt at have opmærksomhed på dette samspil, da det potentielt kan være med til at forebygge udviklingen af disse symptomer. I lyset heraf bliver det vigtigt, at også myndigheder, pårørende og andre, der møder den voldsudsatte, har en nuanceret forståelse af modstand og kroppens naturlige reaktioner, så kvinder ikke mødes med en undren over ikke at "have handlet", hvilket kan bidrage til at fastholde eller øge skyldfølelsen hos kvinden.

Psykisk vold er forbundet med en høj grad af magt og kontrol (Stark, 2007; Follingstad, 2009). Da de fleste kvinder i undersøgelsen oplevede et overlap mellem flere forskellige former for vold, kan det ikke udelukkes, at den toniske immobilitet har været en respons på den fysiske og seksualiserede vold. Den psykiske vold kan dog meget vel være en del af dette samspil. Tidligere forskning har vist, at psykisk vold nedbryder de udsattes selvværd og identitetsfølelse (Matheson et al., 2015). Det er derfor ikke utænkeligt, at en underliggende og gentagende psykisk vold kan påvirke, hvordan kvinden reagerer, når volden kommer til udtryk i fysisk eller seksualiseret form. Fremtidig forskning kan med fordel dykke ned i dette perspektiv, så vi bliver klogere på den psykiske volds rolle i tonisk immobilitet, da dette kan hjælpe voldsudsatte med at forstå deres egen respons på den vold, de har oplevet.

Et betydeligt fald i traumereaktioner – hvordan kan vi forstå det?

Som beskrevet ovenfor havde kvinderne været udsat for grov og alvorlig vold, og voldens konsekvenser viste sig i kvindernes høje angivelse af symptomer på både PTSD og Kompleks PTSD samt andre mentale helbredsproblemer. Som det tydeligt fremgår af figur 7 i resultatafsnittet, angav kvinderne et signifikant fald i alle mentale helbredsproblemer ved udflytning og opfølgning, hvilket tilkendegiver en markant forbedring i deres mentale helbred og trivsel. Som beskrevet indledningsvist i rapporten kan PTSD blive en kronisk tilstand, særligt hvis det forbliver ubehandlet (Cahill & Pontoski, 2005), hvilket er med til at understrege vigtigheden af den positive udvikling, som kvinderne angiver.

Det er almindeligt at udvise symptomer på PTSD i den akutte fase efter en traumatisk begivenhed, og mange oplever en naturlig bedring, når først de er i sikkerhed (Morina et al., 2014). Derfor skal symptomerne også være til

stede over flere uger, før man kan få en PTSD- eller Komplex PTSD-diagnose (WHO, 2018). I denne undersøgelse har vi målt på traumesymptomerne inden for de første ti dage af kvindernes ophold, hvor kvinderne kunne tilskrives at være i en akut fase efter den oplevede vold. Det er derfor forventeligt, at en andel af kvinderne naturligt ville opleve en forbedring over tid.

Det største fald i PTSD-symptomer skete inden for de første tre måneder af kvindernes ophold, hvorefter udviklingen i symptomer var begrænset. Undersøgelsen viste desuden, at der ikke var forskel i opholdslængden mellem kvinder, som oplevede et stort fald i symptomer, og kvinder som fortsat havde symptomer på PTSD efter endt ophold. Kvinderne i undersøgelsen havde generelt lange ophold med et gennemsnit på lige over et halvt år. Denne undersøgelse kan ikke bekræfte, at et forlænget krisecenterophold forbedrer kvindernes mentale helbred. Fundene i denne undersøgelse kalder på, at fremtidig forskning og praksis har fokus på, hvordan den rette opholdslængde kan baseres på den enkelte kvindes individuelle behov; hvor nogle kvinder har behov for længere ophold, mens et kortere ophold er optimalt for andre.

Selvom en forbedring i traumesymptomer er naturlig, vidner denne undersøgelse om et betydeligt fald i kvindernes symptomer. Vi kan dog ikke ud fra denne undersøgelse vurdere, om det er selve effekten af et kvindekrise-centerophold, som bidrager til den positive udvikling. Kvindernes udvikling indikerer, at de fire kvindekrisecentre har skabt nogle rammer, hvor kvinderne har bearbejdet en del af de eftervirkninger, de har oplevet som en konsekvens af volden. Dette velvidende at kvindekrisecentre i Danmark ikke er et behandlingstilbud, og at ingen af de fire krisecentre i denne undersøgelse arbejder specifikt ud fra en traumeinformeret tilgang. I undersøgelsens interview med kvinder, der har boet på krisecenter, blev det desuden tydeligt, at kvinderne oplevede, at deres ophold på krisecenter i høj grad har bidraget til de har oplevet en positiv udvikling og bedre mental trivsel.

Med introduktionen af Komplex PTSD som ny traumerelateret lidelse diskuterer forskere og klinikere, hvilken behandling denne mere komplekse lidelse kræver (Cloitre et al., 2011; Jongh et al., 2016). Marylene Cloitre, som står bag størstedelen af den forskning, der er lavet om Komplex PTSD, har foreslået en faseopdelt behandling, hvor en stabiliserende fase anbefales, inden en egentlig traumebehandling påbegyndes. Denne stabiliseringsfase bør fokusere på patientsikkerhed, symptomstabilisering og forbedring af basale livskompetencer (Cloitre et al., 2011). Selvom danske kvindekrisecentre på ingen måde er designet efter denne stabiliseringsfase, da krisecentrene ikke er behandlingstilbud, er det forfatterens tolkning, at mange af elementerne i denne fase alligevel opfyldes, som kvindekrisecentre ser ud i deres nuværende form. Kvindekrisecentre er designet til at tilbyde voldsudsatte kvinder sikkerhed, og undervejs i opholdet modtager kvinderne omsorg og

støtte i form af blandt andet viden om vold og voldens konsekvenser, socialfaglig, økonomisk og juridisk rådgivning samt støtte i rollen som mor (se uddybende i kapitel 5; Rambøll, 2015). De fire kvindekrisecentre i denne undersøgelse har desuden alle psykologer tilknyttet, som kan tilbyde kvinderne terapi eller rådgivning, og psykologerne kan også rådgive det øvrige krisecenterpersonale i efterreaktionerne på volden. Ud fra denne tese, ville det være fordelagtigt, at de kvinder, som ikke oplever en bedring i løbet af opholdet og som stadig udviser traumesymptomer ved udflytning, tilbydes traumefokuseret behandling efter endt ophold. Det skal dog understreges, at denne kobling blot er en tolkning af resultaterne, som bør efterprøves i fremtidig forskning eller praksis.

Særlige målgrupper

Sammenligner vi vores fund i denne undersøgelse med tidligere forskning, viste en undersøgelse fra Socialstyrelsen (2017), at 44% af kvinderne på alle landets kvindekrisecentre havde symptomer på PTSD ved udflytning. Dette tal er højere end de 30.2% som havde traumesymptomer ved udflytning i denne undersøgelse. Dette kan formentlig forklares med to faktorer: For det første benyttede vi i denne undersøgelse et screeningsredskab fra ICD-11, som endnu ikke var tilgængeligt, da Socialstyrelsen lavede deres undersøgelse i 2017. Den reviderede version i ICD-11 er kendt for at angive et lavere estimat af forekomsten af PTSD og Komplex PTSD sammenlignet med tidligere versioner (Hansen et al., 2015; Hyland et al., 2017), og det er derfor forventeligt, at der vil være en forskel. For det andet beskrev vi i metoden, at kvinderne i denne undersøgelse ikke kan siges at være repræsentative for kvinder på krisecenter generelt. På den baggrund kan en del af forklaringen være, at kvinderne i denne undersøgelse repræsenterer en mere 'ressourcestærk gruppe' end gennemsnittet af kvinder på krisecenter.

I undersøgelsen var der en lav repræsentation af kvinder uden dansk statsborgerskab og et andet fødeland end Danmark, når vi sammenligner med Socialstyrelsens årsstatistik fra kvindekrisecentrene (Socialstyrelsen, 2019) og tal fra Danmarks Statistik (2019). Resultater i undersøgelsen viste, at denne målgruppe af minoritetsetniske kvinder havde signifikant flere symptomer på PTSD end majoritetsetniske kvinder. Det kan formentlig skyldes, at flere minoritetsetniske kvinder har oplevet tidligere traumer i forbindelse med krig og flugt, eller at mange minoritetsetniske kvinder har et svagere socialt netværk i Danmark.

Dertil kan det skyldes, at flere af de minoritetsetniske kvinder har oplevet vold i familien med baggrund i, at mange lande udenfor Europa, sammenlignet med Danmark, har en højere forekomst af partnervold og vold mod kvinder (WHO, 2013). Dette kalder på, at kvindekrisecentrene bør være op-



mærksomme på tegn på traumereaktioner hos voldsudsatte minoritetsetniske kvinder og eventuelle særlige behandlingsbehov. Det er desuden ikke alle kvinder i undersøgelsen, der har oplevet den samme positive udvikling i forbindelse med deres ophold, og 28.2% af kvinderne havde fortsat symptomer på enten PTSD eller Komplex PTSD ved opfølgning tre måneder efter opholdet. Dette fund kan indikere, at der er en undergruppe af kvinder på krisecenter, som har traumesymptomer i en sådan grad, at de kunne drage fordel af målrettet behandling.

Der er kun få internationale undersøgelser, der har undersøgt udviklingen i traumesymptomer blandt kvinder på krisecenter. Disse undersøgelser viser et lignende billede, hvor kvinderne i gennemsnit angiver et markant fald i symptomer, mens en betydelig undergruppe fortsat udviser symptomer på PTSD (Johnson & Zlotnick, 2012; Koci et al., 2014; Shaked et al., 2020). Disse undersøgelser viser, at en højere sværhedsgrad af PTSD ved indskrivning er forbundet med flere symptomer på PTSD efter endt ophold, hvilket denne undersøgelse bekræfter (Johnson & Zlotnick, 2012; Shaked et al., 2020). Denne udvikling er aldrig tidligere undersøgt for Komplex PTSD.

Et overraskende fund i denne undersøgelse var den begrænsede sammenhæng mellem tidligere traumer og symptomer på PTSD og Komplex PTSD. Dette modstrider tidligere veldokumenteret forskning (Kessler et al., 2017), og man bør derfor behandle dette fund med forbehold. Forekomsten af tidligere traumer var høj i denne undersøgelse, og fremtidig forskning bør undersøge dette nærmere med et mere dybdegående fokus på omfanget og konsekvenserne af tidligere traumer blandt kvinder på krisecenter.

Vær opmærksom på nye episoder af vold

Forekomsten af nye episoder af vold var høj både under (57.3%) og efter opholdet (38.1%). De nye episoder med vold var primært vold af psykologisk truende karakter, fx psykisk eller økonomisk vold. Det giver mening, at det netop er den psykiske vold, der kan fortsætte under et ophold, da krisecentrenes fysiske barrierer kan beskytte mod fysisk vold. Psykisk vold handler grundlæggende om magt og kontrol, som netop er det, voldsudøveren mister, når kvinden opsøger hjælp. Derfor kan man også forestille sig, at den psykiske vold i nogle tilfælde vil intensiveres, når kvinden opsøger hjælp, i voldsudøverens forsøg på at genskabe kontrollen og magtforholdet.

Voldsudsatte kvinder kan være nødsaget til fortsat at have kontakt med voldsudøveren, hvis man fx skal indgå en skilsmisseaftale, afklare bodeling eller hvis man gennem fælles barn er forpligtet til at sikre samvær. Tidligere forskning har dokumenteret, at vold ikke nødvendigvis ophører, fordi kvinden forlader den voldelige relation (Hardesty, 2002), og at volden oftest kommer til udtryk i en psykologisk truende form, når den eksempelvis udøves i familieretssystemer (Hardesty, 2002).

En kvalitativ undersøgelse fra Lev Uden Vold viser desuden, hvordan næsten alle interviewpersonerne oplevede, at vold i form af overvågning og/eller chikane fortsatte efter parforholdsbruddet (Johansen et al., 2020). Dette perspektiv er ikke blevet undersøgt i denne undersøgelse, men flere af de interviewede kvinder i undersøgelsen beskriver hvordan de oplevede at volden fortsatte efter brud med voldsudøveren. Dette fund peger på et behov for en øget opmærksomhed på, i hvilke rammer og former den nye vold forekommer, efter kvinden er flyttet på krisecenter, og når kvinden fraflytter krisecentret igen.

I denne undersøgelse er der ikke spurgt ind til digital vold, som ellers er én af de syv voldsformer, som Lev Uden Vold opererer med (Lev Uden Vold, 2021). Forskningen har de seneste år haft øget fokus på denne voldsform, da teknologiens udvikling inviterer os til at undersøge partner- og familierelateret vold i nye perspektiver (Melander & Marganski, 2020).

På baggrund af denne undersøgelse har vi en formodning om, at en del af den vold, som kvinderne har oplevet under deres ophold, er blevet udøvet digitalt, da moderne teknologi gør det muligt for voldsudøveren at forsøge at kontakte den udsatte, hvilket de kvalitative interviews bekræftede. Dette bør undersøges nærmere i fremtidig forskning. Samtidig bør kvindekrisecentre, politi og andre myndigheder overveje, hvordan vi i fremtiden kan rådgive voldsudsatte kvinder på krisecenter, og beskytte dem mod at volden fortsætter på nye arenaer.

I undersøgelsen har vi demonstreret de alvorlige konsekvenser, som psykisk vold kan have for det mentale helbred. Selvom fremtidig forskning og praksis bør lave en mere dybdegående undersøgelse af omfanget og sværhedsgraden af de nye voldsepisoder, så viser resultaterne, at kvinder, som oplevede nye episoder af vold, også oplevede en mindre forbedring i deres traumesymptomer undervejs i opholdet.

Hertil skal det nævnes, at det kan være vanskeligt at lave et estimat af forekomsten af PTSD og Komplex PTSD, når volden, og dermed den traumatiske begivenhed, fortsætter. Normalt skal symptomer på PTSD være til stede i flere uger efter den traumatiske begivenhed er overstået (WHO, 2018). Det er ikke desto mindre afgørende, at den vold, kvinderne oplever under og efter endt ophold, ikke negligeres af fagpersoner og myndigheder, fordi det primært er psykisk, økonomisk eller digital vold, og at der sættes ind for at forhindre, at volden kan få lov at fortsætte på nye arenaer.

Undersøgelsens betydning for praksis

Resultaterne i denne undersøgelse vidner om en høj forekomst af traumerelaterede symptomer og andre mentale helbredsproblemer blandt kvinder på krisecenter. Baseret på denne viden er det vigtigt, at fagpersonalet på landets kvindekrisecentre samt andre faggrupper, der møder voldsudsatte, har den nødvendige viden og kompetencer til at kunne identificere disse symptomer og tilbyde kvinderne kvalificeret hjælp og støtte.

Personer der har symptomer på PTSD og Komplex PTSD kan have vanskeligere ved at afkode faresignaler, hvilket øger risikoen for at ende i en ny voldelig relation (Krause et al., 2006; Jaffe et al., 2019). Samtidig kan både volden og PTSD-symptomerne påvirke selvværdet og identitetsfølelsen, så det bliver vanskeligt at sætte grænser (Johnson & Zlotnick, 2009; Matheson et al., 2015). Dette kan gøre det svært for den voldsudsatte at bryde kontakten til voldsudøveren, da den voldsudsatte får sværere ved at mærke egne behov fremfor voldsudøverens (Dutton & Painter, 1981).

Tidligere forskning har også demonstreret, at PTSD kan have en negativ indflydelse på ens forældreskab (Christie et al., 2019), og at børn af mødre, som har været udsat for vold, er i risiko for PTSD-symptomer samt en forringet relation til deres mor (Boeckel, 2015). PTSD og Komplex PTSD er desuden ikke alene forbundet med en høj forekomst af andre mentale helbredsproblemer, men de er funktionsnedsættende på en række områder, heriblandt uddannelses- og jobfunktion, relationelle vanskeligheder, fremtidigt ressource- og

og forøget risiko for at blive udsat for alvorlig vold på et senere tidspunkt (Brenner et al., 2019; Johnson et al. 2007; Johnson et al., 2008; Krause et al., 2006; Perez & Johnson, 2008).

Selvom undersøgelsen viser en gennemsnitlig forbedring på tværs af alle mentale helbredsproblemer, så udviste 28.2% af kvinderne fortsat symptomer på PTSD eller Kompleks PTSD ved opfølgning. Dette fund kalder på en øget opmærksomhed på kvindernes psykiske helbred og et fremadrettet fokus på, om der er kvinder, som har behov for et traumefokuseret behandlingstilbud ved afslutningen af deres ophold.

Det kalder desuden på en opmærksomhed hos myndighederne, fx i det familieretlige system, på at træffe helhedsorienterede beslutninger, der giver sikkerhed for kvinden og barnet. I et forebyggelsesperspektiv er det afgørende, at volden stopper, og at kvindens symptomer ikke forværres eller bliver kroniske, så kvinden og hendes eventuelle børn får de bedste betingelser for at bearbejde voldens konsekvenser og etablere en ny tilværelse uden vold.

Som samfund har vi et ansvar for ikke alene at beskytte kvinder over for vold, men også at afhjælpe voldens konsekvenser og tilbyde dem den nødvendige støtte. Traumesymptomer bør være et opmærksomhedspunkt ikke alene i et behandlingsperspektiv, men også i relation til andre faktorer som eksempelvis vurdering af jobparathed, behov for støtte ved forpligtet samvær og beskyttelse mod fremtidig ny vold. Endelig bør denne undersøgelse afføde en opmærksomhed på, hvordan vold og traumer påvirker de børn, som bor på krisecenter med deres mødre.

11.

Følgegruppens anbefalinger

Følgende anbefalinger tager udgangspunkt i undersøgelsens resultater, der beror på et psykotraumatologisk perspektiv på vold. Anbefalingerne er udarbejdet af medlemmer fra følgegruppen.

Udbredelse af viden om psykisk vold

- Psykisk vold er skadeligt og skal tages lige så alvorligt som fysisk og seksualiseret vold. Det er vigtigt, at den brede offentlighed, og i særdeleshed fag- og myndighedspersoner, har kendskab til denne voldsform og dens konsekvenser for kvinder og børn.

Indsatser til målgruppen

- Der bør være adgang til mere kvalificerede og målrettede behandlingstilbud til kvinder, der har svære traumereaktioner som følge af den vold, de har været udsat for. Her kan man lade sig inspirere af erfaringer fra Veteracentret eller udvikle et nyt partnerskab med psykiatrien, som allerede i dag udbyder behandlingspakker til personer med PTSD-diagnoser. PTSD-behandling til voldsudsatte kvinder kan med fordel tage afsæt i voldsfaglig viden. Det anbefales desuden, at der udbredes viden om, at psykisk vold kan være en potentielt traumatisk begivenhed, der kan udløse traumereaktioner.

→ Der bør iværksættes konkrete indsatser, der forhindrer nye volds-episoder, når kvinder og børn er på krisecenter. Det er en samfundsmæssig opgave at beskytte kvinder og børn mod vold.

Følgegruppen har følgende forslag:

- Kvindekrisecentre og relevante samarbejdspartnere som fx politi, kommune, Familieretshus og familieretten har indsigt i og er opmærksomme på risikoen for, at volden fortsætter under et krisecenterophold. Særligt den psykiske vold.
 - Der etableres et tættere samarbejde mellem kvindekrisecentre og henholdsvis politi, kommuner og andre myndigheder, som fx Familieretshuset, med henblik på at hindre nye volds-episoder, både undervejs i opholdet og i tiden efter.
 - Der søges inspiration hos de krisecentertilbud, der har et særligt højt sikkerhedsberedskab som fx RED Safehouse.
 - Der værnes om den voldsudsattes og eventuelle børns sikkerhed, således der er opmærksomhed på, at en voldsudøver, der har et barn på et krisecenter, ikke automatisk har adgang til information ved fx institutionsskift eller tandlægeindkaldelse (relevant ved fælles forældremyndighed jf. ligestillingsloven).
 - Alle voldsudøvere tilbydes specialiseret hjælp til at stoppe volden.
- Undersøgelsen peger på, at en stor del af kvinderne stadig har brug for støtte efter krisecenteropholdet. Vi anbefaler et styrket tilbud om efterværn til alle voldsudsatte kvinder, der har haft ophold på et kvindekrisecenter. Her kan man lade sig inspirere af tidligere indsatser, eksempelvis CTI, som er dokumenteret og anerkendt (Critical Time Intervention).⁷⁷

⁷⁷Critical Time Intervention (CTI) er en systematisk metode til at yde koordinerende rådgivning til kvinder, som fraflytter et krisecenter. Metoden er evalueret og viser gode resultater blandt andet i forhold til reduktion af volden og en styrket arbejdsmarkedstilknytning.

Kilde: "CTI for kvinder på krisecenter" udarbejdet af Deloitte for Socialstyrelsen i 2019.

- Kvinder, der har levet i vold, bør i højere grad tilbydes individuel støtte fra kommunerne i forhold til beskæftigelse og arbejdsmarkeds-tilknytning. Der bør i denne sammenhæng afklares og tydeliggøres, hvordan krisecentrene arbejder med at hjælpe kvinderne til uddannelse og beskæftigelse. Her kunne man lade sig inspirere af recovery- og empowerment-baserede metoder, som anvendes for borgere med psykiske lidelser. Tilbuddet bør tage afsæt i en forståelse af vold, voldens dynamikker og voldens følgevirkninger.
- Kvinder, der kommer på krisecenter, har ret til ti timers psykolog-behandling. Derudover kan alle personer, der har været udsat for vold, henvises til en psykolog af egen læge. Vi anbefaler, at der er større tydelighed omkring, hvilke psykologer, der har en specialiseret viden om vold og traumer, så voldsudsatte kvinder tilbydes målrettet hjælp fra start. Vi anbefaler desuden, at egenbetalingen reduceres for denne gruppe, og at etårsgrænsen udvides, da PTSD-symptomer kan tage tid at opdage eller opstå med forsinket reaktion.

Råd til fagpersoner

- Undersøgelsen viser, at kvinderne var gode til at vurdere deres egen sikkerhedsfølelse. Vi anbefaler, at kvindernes selv vurdering inddrages som en vigtig kilde i arbejdet med risikovurderinger i kommuner, politi og på kvindekrisecentre.
- Undersøgelsen viser, at følelsen af skyld har en betydning for, hvem der er i risiko for at udvikle PTSD- og Komplex PTSD-symptomer. Vi anbefaler, at kvindekrisecentre og andre hjælpetilbud har et særligt fokus på at minimere kvindens skyldfølelse, og at der deles gode erfaringer på tværs i forhold til dette arbejde.
- Vi anbefaler desuden, at reaktioner som at fryse eller blive lammet, når man er udsat for noget voldsomt, bør anerkendes som en normal og naturlig reaktion af både fagpersoner, pårørende og voldsudsatte selv. Dette kan i sig selv måske bidrage til at mindske skyldfølelsen. Her kan man hente inspiration i metoden response-based practice,⁷⁸ der tager afsæt i en forståelse af, at alle yder modstand, når de er udsat for vold.
- Det bør være mere gennemsigtigt for kommuner, vidensaktører og fagprofessionelle, hvilket tilbud kvindekrisecentrene giver voldsudsatte kvinder og børn, så snitfladerne mellem forskellige tilbud til målgruppen bliver mere tydelige. Det er vigtigt, at fx fagprofessionelle, der er i kontakt med voldsudsatte børn og kvinder, og vidensaktører på området ved præcist, hvilket tilbud voldsudsatte kvinder og eventuelle børn

får på krisecentret, herunder hvordan denne støtte er voldspecialiseret, og hvorfor det er vigtigt.

- Der bør være opmærksomhed på, hvad der er en gavnlig opholdslængde baseret på kvindens individuelle behov. Et krisecenterophold bør ikke forlænges alene på grund af boligmangel eller lignende. Omvendt viser undersøgelsen, at et ophold bør have en vis længde for, at kvinden og krisecentret kan arbejde med volden og de mentale helbredsproblemer, den afstedkommer.
- Krisecentrene bør være opmærksomme på, at social støtte og stabilisering af kvinden er afgørende vigtigt under krisecenteropholdet. Det kræver, at krisecenterpersonalet har voldsfaglig viden og kompetencer.

Videre forskning

- Der mangler viden om den vold, der kan fortsætte - eller opstå i nye former - på trods af, at kvinden er på et krisecenter. Vi anbefaler mere systematisk viden om, hvilken vold der fortsætter på kvindekrisecentre, og på hvilke måder den udspiller sig.
- Der mangler viden om, hvordan volden påvirker trivslen hos børn på kvindekrisecentre, herunder betydningen af kvindens PTSD-symptomer for mor-barn relationen.
- Undersøgelsen viser høj forekomst af tidligere traumer. Samtidig var der lav sammenhæng mellem tidligere traumer og symptomer på PTSD, hvilket er modstridende med tidligere forskning. Vi anbefaler yderligere forskning i sammenhængen mellem tidligere traumer og symptomer på PTSD blandt kvinder på danske krisecentre.

Kamilla Bjørn Drøidal, direktør i LOKK - Landsorganisation af Kvindekrisecentre, **Katrine Bindesbøl Holm Johansen**, chefkonsulent i Lev Uden Vold, **Randi Theil Nielsen**, tidligere sekretariatsleder i Kvinderådet samt tidligere leder af Det Nationale Voldsobservatorium, **Trine Rønde Kristensen**, overlæge og ph.d. ved Center for Voldsramte, **Inge Loua**, udd. psykolog, psykologisk konsulent på RED Safehouse samt stifter og leder af Minoritetskonsulenterne ApS

⁷⁸Response-based practice er udviklet af den canadiske familierapeut og ph.d. i psykologi Allan Wade.

12. Epilog

Erfaringer med anvendelse af et spørgeskema på krisecenter

Der eksisterer kun lidt indsamlet erfaring med at anvende spørgeskemaer på de danske kvindekrisecentre. Derfor har vi sammenfattet de erfaringer, erkendelser og opmærksomheder, som de deltagende kvindekrisecentre har gjort sig, og som kunne være nyttig viden for andre, der overvejer at anvende et spørgeskema fx i forbindelse med udredning eller screening af kvinder på krisecenter.⁷⁹

Anvendelse i praksis

Både pædagoger og socialrådgivere har stået for indsamlingen af skemaerne på de deltagende kvindekrisecentre. Tre af de fire deltagende krisecentre anvendte udelukkende skemaet til forskning. Ét center valgte dog at anvende delelementer af skemaet til at opspore de kvinder, der udviste symptomer på PTSD og Komplex PTSD, og som havde behov for ekstern behandling. Her udfyldte kvinden spørgsmålene på ny sammen med psykologen.

Et enkelt kvindekrisecenter valgte fra starten at anvende kvindens svar i det direkte arbejde med kvinden.⁸⁰ Nøglepersoner fra dette krisecenter fortæller, at skemaet har været en hjælp til at få en mere nuanceret viden om den vold, kvinden havde været udsat for, hvilket har kvalificeret det samlede tilbud på krisecentret. Blandt andet ved løbende at have fokus på om tilbuddet var hjælpsomt for kvinden, eller om der var behov for noget andet eller yderligere støtte. "Det har bidraget kolossalt til vores faglige drøftelser, nuancerede blik på beboerne og retningen i arbejdet med krisecenteropholdet," fortæller en psykolog fra det omtalte krisecenter.

Ressourcer og overkommelighed

Indsamling af data gennem en længere periode har krævet ressourcer fra de deltagende kvindekrisecentre. Det fordeler sig lidt forskelligt, hvordan de enkelte krisecentre har oplevet den ekstra opgave. Opgaven relateret til indhentning af data i form af kontakt, aftale, hjælp og støtte, registreringer m.m. har været overkommelig ressourcemæssigt.⁸¹ For omkring halvdelen har opgaven været nem at finde tid til at løse i hverdagen. Ét krisecenter oplevede, at det var svært at prioritere opgaven i en travl hverdag. Desuden angav tre medarbejdere fra to krisecentre, at opgaven var en stressfaktor i hverdagen, hvilket kan skyldes de specifikke tidsfrister for indsamling af data. For knap halvdelen af de adspurgte krisecentermedarbejdere blev opgaven hurtigt en del af praksis.

Af udfordringer i forbindelse med indsamling af skemaerne nævnes bekym-

ring om retraumatisering af kvinden samt manglende tid, herunder tid til at lave aftaler med og motivere kvinderne til at besvare skemaet. For dem, der benyttede skemaet internt i huset, var udfordringen at huske på at anvende data i arbejdet med kvinderne. Én angiver, at særligt opfølgningsskemaet efter udflytning var en udfordring at få indsamlet, da det var sværere at få kontakt til kvinderne, efter de ikke længere boede på krisecentret.

Kvindernes reaktioner på deltagelsen

Skemaet er udarbejdet med en intention om, at de deltagende kvinder blev tilbudt mulighed for at genkende sig selv i situationer, erfaringer og følelser uden at eventuelle traumereaktioner blev vakt.⁸² Adspurgt vurderer krisecentermedarbejderne, at dette i store træk er lykkedes. “Generelt har kvinderne kunnet genkende (volden, red.) uden at blive kaldt op på traumet,” svarer en af de psykologer, der har været inde over projektet. Medarbejderne oplevede dog også, at skemaet til tider var hårdt for kvinderne at udfylde. Særligt det første skema, hvor der blev spurgt ind til volden i detaljer. “Nogle kvinder blev påvirket af spørgsmålene om volden. Når de fortalte om det, blev de kede af det”, fortæller én. “En del kvinder har udtrykt, at det til dels har været hårdt, men samtidig har de glædet sig over at blive set”, fortæller en anden krisecentermedarbejder.

Flere medarbejdere bemærker desuden, at kvinderne generelt har været positive overfor skemaet, og at det har givet dem indsigt i den vold, de har været udsat for og deres udvikling. “Responsen fra kvinderne har været mest positiv. De ville gerne deltage og nævnte ofte, at det blev tydeligt for dem, hvor megen vold de har været udsat for”, beskriver en socialrådgiver, der stod for indsamlingen på det pågældende krisecenter. “Mange har udtrykt glæde ved at få øje på egen progression over tid”, fortæller en psykolog fra et andet.

Ovenstående harmonerer godt med kvindernes egne tilbagemeldinger ved udfyldelse af spørgeskemaerne.⁸³ Ved første skema (skema 1), hvor der blev spurgt dybdegående ind til den oplevede vold, angav størstedelen af kvinderne, at det var følsomt og hårdt at svare på spørgsmålene. De fleste tilkendegav dog samtidig, at det var interessant for dem at se, at den vold, de havde oplevet, var så ”normal”, at den kunne afdækkes så tydeligt i et spørgeskema.

De fleste kvinder gav udtryk for, at de kunne genkende sig selv i store dele af spørgeskemaet. Kun enkelte gav udtryk for, at spørgsmålene ikke var relevante for dem. Ved de opfølgende skemaer undervejs i opholdet og ved opfølgning (skema 2) tilkendegav størstedelen af kvinderne, at det var interessant for dem at følge deres egen udvikling, og at det ikke længere var så følelsesmæssigt belastende at udfylde skemaet.

⁷⁹Denne erfaringsopsamling er baseret på besvarelser fra i alt syv krisecentermedarbejdere (to psykologer fra Danner, to socialrådgivere fra Krisecenter Odense, en psykolog fra Røntofte samt en psykolog og en pædagog fra Kvindehjemmet).

⁸⁰Skemaet blev gennemgået af centrets psykologer og blev desuden anvendt som kilde til sparring i det tværfaglige arbejde.

⁸¹I gennemsnit 2 angivet ud fra en skala fra 1 til 5, hvor 1 var lidt tidskrævende og 5 var meget tidskrævende.

⁸²Psykologer sondrer mellem recognition (genkendelse) og recalling (genkaldelse). Sidstnævnte kan udløse retraumatisering.

⁸³Ved alle måletidspunkter blev kvinderne bedt om at tilkendegive, hvordan det havde været for dem at svare på spørgsmålene.

Anbefalinger

til brug af

spørgeskemaer

På baggrund af ovenstående epilog har Danner og KvindeHjemmet sammenfattet en række anbefalinger til kvindekrisecentre eller andre organisationer, der er interesserede i at anvende spørgeskemaer i arbejdet med voldsudsatte kvinder:

- Sørg for at den, der introducerer skemaet, selv er tryk og fortrolig med det.
- Vær i samme rum som kvinden, mens hun udfylder skemaet, så kvinden kan støttes, hvis hun har opklarende spørgsmål, eller hvis kvinden bliver berørt.
- Tilbyd en ramme, der lægger op til genkendelse og ikke genkaldelse. Det vil sige, at samtaler om volden ikke bør tages i forbindelse med udfyldningen, men kan følges op på efterfølgende i kvindens eget tempo og tilpasset tilbuddets indsatser.
- Sørg for at følge op med kvinden og høre, hvordan hun har det - gerne næste dag. Undgå at udfylde skemaet op til en weekend.
- Pas på med at konkludere for hurtigt på kvindens svar. Anvend i stedet skemaet til løbende at følge kvindens trivsel og udvikling og til at have samtaler om vold. En egentlig diagnose kan kun gives af en fagperson med efteruddannelse i diagnostik, som regel en læge eller specialpsykolog i psykiatri.
- Det bør være psykologer eller andre med erfaring i spørgeskemaer anvendt i forbindelse med screening af kvinder, som aflæser og videreformidler skemaets resultater til resten af medarbejdergruppen.

13.

Litteraturliste

Beck, N. & Elklit, A. (2012). Ud af voldens skygge – evaluering af rådgivning og behandlingseffekt. Print & Sign, Syddansk Universitet, Odense Danmark. Hentet fra:

<https://viden.sl.dk/media/8735/ud-af-voldens-skygge.pdf>

Bertelsen, E. & Sørensen, W. Ø. (2020). Det tidlige danske velfærdsarbejde med voldsudsatte kvinder og børn 1978-1990 i Vold i familien - Viden for fagfolk. Lev Uden Vold. Akademisk forlag.

Bjørnholt, M. & Helseth, H. (rapport nr. 2/2019). Vold i parforhold – kjøn, ligestilling og makt. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S.

Boeckel, M., Wagner, A. & Grassi-Oliveira, R. (2015).

The effects of intimate partner violence exposure on the maternal bond and PTSD symptoms of children. *Journal of Interpersonal Violence*, 32. doi:10.1177/0886260515587667.

Brenner, L., Köllner, V. & Bachem, R. (2019). Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1694766.

Cahill, S. P. & Pontoski, K. (2005). Post-traumatic stress disorder and acute stress disorder I: their nature and assessment considerations. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 2(4), 14-25.

Christiansen, D. & Elklit, A. (2008). Risk factors predict post-traumatic stress disorder differently in men and women. *Annals of General Psychiatry* 7(1):24, doi:10.1186/1744-859X-7-24.

Christie, H., Hamilton-Giachritsis, C., Alves-Costa, F., Tomlinson, M. & Halligan, S. L. (2019). The impact of parental posttraumatic stress disorder on parenting: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1550345.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550345>

Clemmensen, P. R. (2005).

Den rette hjælp - til voldsramte kvinder. Frydenlund.

Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 129-131. doi:10.1192/bjp.2020.43.

- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, C., Stolbach, B. C. & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615-627.
- Danmarks Statistik (2019). Flest på kvindekrisecentre fra Region Hovedstaden, 2018. Hentet fra:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=30256>
- Deen, L., Johansen, K.B.H., Møller, S.P. & Laursen B. (2018). Vold og seksuelle krænkelser. Statens Institut for Folkesundhed.
- DeJonghe, E.S., Bogat, G. A., Levendosky, A. A. & von Eye, A. (2008). Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: prediction and prevention. *Journal of Postgraduate Medicine*, 54(4), 294-300.
- Dokkedahl, S. (2021). Psychological Trauma and Intimate Partner Violence. Print & Sign, Syddansk Universitet. Submitted.
- Dremark, C., Bertelsen, E. & Brock, K.G. (2021). Guide til fagfolk, der arbejder med kvinder udsat for seksualiseret partnervold. Under udgivelse.
- Duncan, L., Ratanatharathorn, A., Aiello, A., Almlı, L., Amstadter, A., Ashley-Koch, A. & Koenen, K. (2018). Largest GWAS of PTSD (N=20070) yields genetic overlap with schizophrenia and sex differences in heritability. *Molecular Psychiatry*, 23, 666-673.
- Dutton, D. & Painter, S. L. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology*, 6, 139-155.
- Follingstad, D. R. (2009). The impact of psychological aggression on women's mental health and behavior - the status of the field. *Trauma, violence, Abuse*, 10(3), 271-89.
- Follingstad, D.R., Rutledge, L.L., Berg, B.J., Hause, E.S. & Polek, D.S. (1990) The role of emotional abuse in physically abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 5(2):107-20.
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L., & Dutton, M. A. (2006). Role of distinct PTSD symptoms in intimate partner reabuse: a prospective study. *Journal of traumatic stress*, 19(4), 507-516.
<https://doi.org/10.1002/jts.20136>
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.

- Gupta, M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress-disorder. *International Review of Psychiatry*, 25:1, 86-99, doi:10.3109/09540261.2012.736367.
- Hagenaars, M. A. (2016). Tonic immobility and PTSD in a large community sample. *Journal of Experimental Psychopathology*, 246-260. doi:10.5127/jep.051915
- Hansen, M., Hyland, P., Armour, C., Elklit, A. & Shevlin, M. (2015). Less is more? Assessing the validity of the ICD-11 model of PTSD across multiple trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(28766).
- Hardesty, J. (2002). Separation assault in the context of post divorce parenting. *Violence against women*, 8(5), 597-625.
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S. & Roberts, N. P. (2017). Validation of post traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313-322. doi:10.1111/acps.12771.
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M. & Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(2), 133-141.
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Gratz, K. L. & Messman-Moore, T. L. (2019). Risk for revictimization following interpersonal and noninterpersonal trauma: clarifying the role of posttraumatic stress symptoms and trauma-related cognitions. *Journal of Traumatic Stress*, 32(1), 42-55.
- Johnson, D. M., Palmieri, P. A., Jackson, A. P. & Hobfoll, S. E. (2007). Emotional numbing weakens abused inner-city women's resiliency resources. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 197-206. doi:10.1002/jts.2020.
- Johnson, D. M., Zlotnick, C. & Perez, S. (2008). The relative contribution of abuse severity and PTSD severity on the psychiatric and social morbidity of battered women in shelters. *Behavior Therapy*, 39, 232-241.
- Johnson, D. M. & Zlotnick, C. (2009). HOPE for battered women with PTSD in domestic violence shelters. *Professional psychology, research and practice*, 40(3), 234-241.
- Johnson, D. M. & Zlotnick, C. (2012). Remission of PTSD after victims of intimate partner violence leave a shelter. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2), 203-206.

- Jongh, A., Resick, P., Zoellner, L., Van minnen, A., Lee, C., Monson, C. & Bicanic, I. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for Complex PTSD in adults. *Depression and anxiety*, 33. doi:10.1002/da.22469.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G. & Koenen, K. C. on behalf of the WHO World Mental Health Survey Collaborator (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8: sup5, 1353383, doi: 10.1080/20008198.2017.1353383.
- Klest, B., Tamaian, A. & Boughner, E. (2019). A model exploring the relationship between betrayal, trauma and health: the roles of mental health, attachment, trust in healthcare systems, and nonadherence to treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(6), 656-662.
- Koci, A. F., McFarlane, J., Cesario, S., Symes, L., Bianchi, A., Nava, A. & Zahed, H. (2014). Women's functioning following an intervention for partner violence: new knowledge for clinical practice from a 7-year study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(10), 745-755. doi:10.3109/01612840.2014.901450.
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. & Dutton, M. A. (2006). Role of distinct PTSD symptoms in intimate partner reabuse: A prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 507-516.
- Lagdon, S., Armour, C. & Stringer, M. (2014). Adult experiences of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimization: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(24794).
- Lanius, R. (2015). Trauma-related dissociation and altered states of consciousness: a call for clinical treatment, and neuroscience research. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27905. doi:10.3402/ejpt.v6.27905.
- Laursen, B. & Johansen, K.B.H. (2020). Omfang og konsekvenser af fysisk og seksuel partnervold i et kønsperspektiv i Vold i familien - Viden for fagfolk. Lev Uden Vold. Akademisk forlag.
- Lev Uden Vold (2021). Former for vold. Hentet fra: <https://levudenvold.dk/viden-om-vold/former-for-vold/>
- Johansen, K.B.H., Weih, N., Frederiksen, M.N. & Oldrup, H. (2020). Veje til et liv uden vold. Lev Uden Vold. København.
- LOKK (2012). 25 år i kamp for voldsudsatte kvinder og børn. LOKK - Landsorganisation af Kvindekrisecentre, jubilæumshæfte.
- LOKK (2020). Årsstatistik 2019 Kvinder og børn på kvindekrisecentre. LOKK - Landsorganisation af Kvindekrisecentre. Hentet fra: <https://www.lokk.dk/viden-om-vold/rapporter-og-publicationer/statistikker/>
- Marx, B. P., Forsyth, J. P., Gallup, G. G., Fuse, T. & Lexington, J. M. (2008). Tonic immobility as an evolved predator defense: implications for sexual assault survivors. *Clinical Psychology (New York, N.Y.)*, 15(1), 74-90. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00112.x>

- Matheson, F., Daoud, N., Hamilton-Wright, S., Borenstein, H., Pedersen, C. & O'Campo, P. (2015). Where did she go? The transformation of self-esteem, self-identity and mental well-being among women who have experienced intimate partner violence. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 25. doi:10.1016/j.whi.2015.04.006
- McFarlane, J., Maddoux, J., Paulson, R., Symes, L. & Jouriles, E. N. (2020). An evidence-based assessment tool for estimating future post-traumatic stress disorder: a 7-year follow-up study. *Journal of Women's Health*, 29(4), 520-523.
- Melander, L. A. & Marganski, A. J. (2020). Cyber and in-person intimate partner violence victimization: examining maladaptive psychosocial and behavioral correlates. *Cyberpsychology*, 14(1). doi:10.5817/CP2020-1-1.
- Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J. & Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clinical Psychological Review*, 34, 249-255.
- Oldrup, H. (2020). Vold i familien - mod et mere differentieret fagligt felt i Vold i familien - Viden for fagfolk. Lev Uden Vold. Akademisk forlag.
- Ottosen, M.H & Østergaard, S.V. (2018). Psykisk partnervold: En kvantitativ kortlægning. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Ottosen, M. H. (2020). Psykisk vold - en særlig voldsform i Vold i familien - Viden for fagfolk. Lev Uden Vold. Akademisk forlag.
- Perez, S. & Johnson, D. M. (2008). PTSD compromises battered women's future safety. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(5), 635-651.
- Rambøll (2015). Evaluering af krisecentertilbuddene - Evalueringsrapport. Hentet fra: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/evaluering-af-krisecentertilbuddene>
- Shaked, O., Dekel, R., Ben-Porat, A. & Itzhaky, H. (2020). Predicting changes in PTSD and depression among female intimate partner violence survivors during shelter residency: a longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication doi:10.1037/tra0000585
- Skjørten, K., Bakketeig, E., Bjørnholt, M. & Mossige, S. (2019). Vold i nære relasjoner - et felt i bevegelse i Vold i nære relasjoner - Forståelser, konsekvenser og tiltak af K. Skjørten, E. Bakketeig, M. Bjørnholt & S. Mossige (red.). Universitetsforlaget.
- Socialstyrelsen (2016). Årsstatistik 2015 - Kvinder og børn på krisecenter. Odense. Hentet fra: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/arsstatistik-2015-kvinder-og-born-pa-krisecenter>
- Socialstyrelsen (2017). Årsstatistik 2016 - Kvinder og børn på krisecenter. Odense. Hentet fra: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/arsstatistik-2016-kvinder-og-born-pa-krisecenter>
- Socialstyrelsen (2018). Årsstatistik 2017 - Kvinder og børn på krisecenter. Odense. Hentet fra: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/arsstatistik-2017-kvinder-og-born-pa-krisecenter>

Socialstyrelsen (2019). Årsstatistik 2018 – Kvinder og børn på krisecenter. Odense. Hentet fra: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/arsstatistik-2018-kvinder-og-born-pa-krisecenter>

Spinhoven, P., Penninx, B. W., van Hemert, A. M., de Rooij, M. & Elzinga, B. M. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Child Abuse & Neglect*. 38(8), 1320-1330. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.017>

Stark, E. (2007). *Coercive control*. New York. Oxford University Press.

Wade, A. (1997). Small acts of living. Everyday resistance to violence and other forms of oppression. *Contemporary Family Therapy*. 19(1), 23-39. <https://doi.org/10.1023/A:1026154215299>

WHO (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 11th revision ed.

WHO (2013). *Global and regional estimates of violence against women*. Hentet fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>





14.

Bilag

Bilag 1

Gennemgang af skemaer som projektet benytter

Conflict Tactic Scale (CTS-2)

CTS-2 er udviklet af Straus (1979) med udgangspunkt i konfliktteori (Adams, 1965; Coser, 1956; Dahrendorf, 1959; Scanzoni, 1972; Straus, 1979) og anvendes til identificering af forskellige typer af intim partnervold (Hall, Walters & Basile, 2012). CTS-2 måler både deltagernes og deres tidligere partners adfærd og kan gøre det ud fra kun den ene af parternes besvarelser. Spørgeskemaet er opdelt i fem subskalaer, der måler på *forhandling*, *psykologisk aggression*, *fysisk overfald*, *seksuel tvang* og *fysisk skade* (injury; Straus et al., 1996).

I dette spørgeskema anvendes to subskalaer: *fysisk skade* og *seksuel tvang*. Deltagerne vurderer, hvor ofte inden for et år henholdsvis deltageren selv og vedkommendes partner har handlet på bestemte måder inden for de to skalaer. Svarene angives på en 7-punkts Likert skala, der angiver hvor ofte en voldelig handling har fundet sted fra "0 = Aldrig" til "6 = >20 gange". Evidensen for skemaets reliabilitet og validitet forekommer at være tilfredsstillende (jf. Strauss et al., 1996). Cronbach's alpha var .84 i nærværende undersøgelse.

Psychological Maltreatment of Women Inventory Short (PMWI-short)

PMWI er udviklet af Tolman (1989) og spørger ind til, i hvilken grad deltagerne har oplevet en specifik adfærd fra deres tidligere partner omhandlende *dominans/isolation* og *emotionelle/verbale* overgreb. Herudfra estimeres graden af den psykiske vold. Svarene angives på en 6-punkts Likert-skala ("Aldrig", "Sjældent", "Af og til", "Ofte", "Meget ofte" og "Ikke relevant"; Bell et al. 2008; Hall, Walters & Basile, 2012). Evidens for validitet kan ses i Tolman (1999). Cronbach's alpha var .87 i nærværende undersøgelse.

Tidligere traumer

Kessler, Sonnega, Bromet og Hughes (1995) har udviklet en liste over 12 traumatiske hændelser. Denne liste er medtaget for at vurdere omfanget af tidligere traumer. Kvinderne har i det første spørgeskema haft mulighed for at sætte kryds ved de traumatiske hændelser, som de har oplevet.

Tonic Immobility Scale (TIS)

TIS vurderer tonisk immobilitet (handlingslammelse; Heidt et al., 2005). Skalaen består oprindeligt af ti spørgsmål, som vurderes på en 7-punkts Li-

kert skala, hvor en høj score angiver en høj grad af tonisk immobilitet. I dette spørgeskema anvendes fire spørgsmål (oplevelsen af at være fastfrosset eller lammet, ude af stand til at bevæge sig, råbe, skrig eller flygte under overgrebet). Cronbach's alpha var .79 i nærværende undersøgelse.

International Trauma Questionnaire (ITQ):

ITQ består af to skalaer for henholdsvis PTSD og Komplex PTSD, som måler den traumatiske stressreaktion. Skalaen for PTSD består af syv spørgsmål, som alle knytter sig til de tre kernesymptomer i PTSD: *genoplevelse af traumet, undgåelse og øget vagtsomhed*. Spørgeskemaet for Komplex PTSD består af 17 spørgsmål, som afdækker en mere kompleks form for traumereaktion, der er kendetegnet ved *problemer med følelsesregulering, negativt selvkoncept og forstyrrede relationer til andre mennesker*. Begge skemaer scores på en 5-punkts Likert-skala (fra 0 = *slet ikke* til 5 = *rigtig meget*; Cloitre et al., 2013). ICD-11 repræsenterer den seneste revision af WHO's diagnosesystem, *International Classification of Diseases (ICD-11)*, som introduceres i Danmark i 2022. ITQ'en er siden denne undersøgelse blevet valideret, både i en dansk og international kontekst, og i den endelige version består begge skalaer af færre spørgsmål (Cloitre, 2018; Vang et al., 2021). Cronbach's alpha var .74 for PTSD og .80 for Komplex PTSD i nærværende undersøgelse.

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)

HTQ er udviklet af Mollica et al. (1992) og består almindeligvis af 31 spørgsmål. De første 17 dækker de tre symptomakser i DSM-IV's PTSD-diagnose; genoplevelse, undgåelse og forøget vagtsomhed. Disse er til denne undersøgelse skiftet ud med skemaerne fra ICD-11. De resterende 15 spørgsmål er medtaget for at undersøge den følelse af skyld og skam, som kan kendetegne en traumatisk stressreaktion. Svarene angives i denne på en 4-punkts Likert-skala (fra 1 = *slet ikke* til 4 = *for det meste*). HTQ er som screeningsinstrument enkelt og pålideligt, kulturelt sensitivt og har god indre og ydre validitet. Skemaet er blevet anvendt i flere danske traumerelaterede undersøgelser (Elklit & Fuglsang, 2001), og Cronbach's alpha var .85 i nærværende undersøgelse.

WHO-5

WHO-5 er et mål for trivsel, som er udviklet af Per Bech for WHO. Det består af fem spørgsmål, som måler hvordan deltageren har følt sig tilpas de seneste to uger. WHO-5 måles på en 6-punkts Likert-skala (fra "0 = *på intet tidspunkt*" til "5 = *hele tiden*"). WHO-5 er oversat til mere end 30 sprog, og studier har fundet både høj validitet og reliabilitet (Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech, 2015). Cronbach's alpha var .88 i nærværende undersøgelse.

Trauma Symptom Checklist (TSC)

TSC er oprindeligt udviklet af Briere & Runtz (1989). Skemaet måler forekomsten af *negativ affekt, somatisering og dissociation*. Forekomsten af subskalaerne negativ affektivitet og somatisering har Krog & Duel (2003) påvist i en analyse af 4.152 besvarelser fra 16 undersøgelser af traumatiserede grupper, som anvendte Briere & Runtz' oprindelige skema. TSC består af 26 spørgsmål, hvor svarene angives på en 5-punkts Likert-skala ("*Nej*", "*Ja*", "*nogle gange*", "*Ja, ofte*" og "*Meget tit*"). Skemaet har god reliabilitet samt faktor- og kriterievaliditet. Cronbach's alpha var .93 i nærværende undersøgelse.

Referencer til bilag 1

- Adams, B. N. (1965). Coercion and consensus theories: Some unresolved issues. *American Journal of Sociology*, 71, 714-716.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bell, M.E. et al. (2008). Assessing the Risk of Future Psychological Abuse: Predicting the Accuracy of Battered Women's Predictions. *Journal of Family Violence*, 23, 69-80.
- Briere, J. & Runtz, M. (1989). Trauma Symptom Checklist (TSC-33). *Journal of Interpersonal Violence*, 4(2), 151-163.
- Coser, L. (1956). *The functions of social conflict*. New York: Free Press.
- Cloitre, M., Roberts, N., Bisson, J. & Brewin, C. (2013). Self-report community version 1.0
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., . . . Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a selfreport measure of ICD11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138, 536-546.
- Dahrendorf, R. (1959). *Class and class conflict in industrial society*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Elklit, A. & Fuglsang, A. K. (2001). *En oversigt over dansk psykotraumatologi*. København. Dansk Krise- og Katastrofepsykologisk Selskab.
- Hall, J.E., Walters, M.L. & Basile, K.C. (2012). Intimate Partner Violence Perpetration by Court-Ordered Men: Distinctions Among Subtypes of Physical Violence, Sexual Violence, Psychological Abuse and Stalking. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(7), 1374-1395.
- Heidt, J., Marx, M.P. & Forsyth, J.P. (2005) Tonic immobility and childhood sexual abuse: a preliminary report evaluating the sequela of rape-induced paralysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1157-1171.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E. & Hughes, M. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1048-1060.
- Krog, T. & Duel, M. (2003). Traume symptom checkliste (TSC): En validering og revidering. *Psykologisk Studieskriftserie*, 6(4), 1-163.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollimi, P., Troung, T., Tor, S. & Lavelle, J. (1992). Harvard trauma questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111-116.

- Scanzoni, J. (1972). *Sexual bargaining*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Straus, M. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactic scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), 75-88.
- Straus, M., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-291.
- Tolman, R. M. (1989). The development of measures of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence and Victims*, 4(3), 159-177.
- Tolman, R. M. (1999). The validation of the psychological maltreatment of women inventory. *Violence and Victims*, 14(1), 25-37.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167-176.
- Vang, M. L., Dokkedahl, S., Løkkegaard, S. S., Jakobsen, A. V., Moeller, L., Auning-Hansen, M.
- A. & Elklit, A. (2021). Validation of ICD-11 PTSD and DSO using the International
Trauma Questionnaire in five clinical samples recruited in Denmark. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1): 1894806.

Bilag 2:

Tabeller

Tabel 6. Traumesymptomer

	%	M (SD)	Min - Max
PTSD	31.0	15.3 (5.4)	0 - 24
• Genoplevelse		4.2 (2.3)	0-8
• Undgåelse		5.4 (2.3)	0-8
• Vagtsomhed		5.9 (2.3)	0-8
K-PTSD	37.9	11.4 (6.1)	0 - 24
• Følelsesregulering		3.7 (2.2)	0-8
• Negativt selvkoncept		3.9 (2.8)	0-8
• Forstyrrede relationer		3.9 (2.6)	0-8
TSC-26		35.8 (15.7)	0 - 78
• Negativ affekt		14.3 (6.1)	0 - 30
• Somatisering		16.0 (7.5)	0 - 33
• Dissociation		5.4 (3.8)	0 - 15
Trivsel (WHO-5)*		6.9 (5.3)	0 - 25
Tonisk immobilitet		12.9 (4.9)	0 - 20

Procent angiver frekvensen af de kvinder, som møder kriterierne for enten PTSD eller Komplex PTSD. M (SD) angiver den gennemsnitlige symptomscore og standardafvigelsen. *WHO-5 er omvendt score; Konverteret til pointtal opnår kvinderne en gennemsnitlig score på 27.6, hvilket indikerer væsentlig lavere trivsel end den gennemsnitlige befolkning.

Tabel 7. Korrelationsanalyser

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. PTSD	1												
2. K-PTSD	.551**	1											
3. TSC-26	.626**	.651**	1										
4. Negativ Aff.	.553**	.737**	.878**	1									
5. Somatisk	.586**	.518**	.925**	.665**	1								
6. Dissocia- tion	.553**	.513**	.870**	.681**	.757**	1							
7. Trivsel	-.420**	-.380**	-.389**	-.358**	-.393**	-.280**	1						
8. Tonisk immobilitet	.432**	.318**	.410**	.325**	.417**	.406**	-.351**	1					
9. Fysisk vold	.228**	.146	.302**	.215*	.313**	.250**	.001	.213**	1				
10. Seksuel vold	.263**	.142	.273**	.155	.316**	.257**	-.026	.274**	.457**	1			
11. Psykisk vold	.391**	.245*	.419**	.288**	.437**	.328**	-.079	.396**	.469**	.406**	1		
12. Emotionel/ verbal vold	.368**	.274**	.354**	.333**	.337**	.273**	-.133	.358**	.388**	.305**	.855**	1	
13. Dominans/ isolation vold	.326**	.168**	.383**	.189*	.426**	.305**	-.018	.341**	.445**	.406**	.905**	.553**	1

*Signifikansniveau på .05; **Signifikansniveau på .01.

Tabel 8. Delvise korrelationsanalyser

Kontrolleret for fysisk og seksualiseret vold											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. PTSD	1										
2. K-PTSD	.465**	1									
3. TSC-26	.613**	.666**	1								
4. Negativ Aff.	.548**	.738**	.876**	1							
5. Somatisk	.559**	.531**	.919**	.656**	1						
6. Dissociation	.527**	.497**	.874**	.690**	.741 **	1					
7. Trivsel	-.487**	-.427**	-.451**	-.411**	-.450**	-.301**	1				
8. Tonisk immobilitet	.437**	.319**	.332**	.287**	.300 **	.306 **	-.391**	1			
9. Psykisk vold	.315**	.255**	.289**	.248**	.285*	.226 *	-.175	.284*	1		
10. Emotionel/verbal vold	.267**	.258**	.227*	.255*	.194*	.139	-.193	.260*	.841 **	1	
11. Dominans/isolation vold	.276**	.187**	.268**	.178	.290**	.243*	-.113	.232	.880 **	.484**	1
Kontrolleret for psykisk vold											
Fysisk vold	.038	.014	.118	.083	.125	.099	.027	.018			
Seksuel vold	.109	-.046	.066	-.027	.135	.050	-.02	.300			

*Signifikansniveau på .05; **Signifikansniveau på .01.

Tabel 9. Sikkerhedsfølelse og traumesymptomer

	PTSD Indskriv- ning	PTSD Udflytning	PTSD Opfølgning	K-PTSD Indskriv- ning	K-PTSD Udflytning	K-PTSD Opfølgning
Sikkerhed	-.278**	-.444**	-.261**	-.102	-.110	-.090

Korrelationsanalyser der viser sammenhængen mellem kvindernes sikkerhedsfølelse og deres symptomer på hhv. PTSD og Komplex PTSD. *Signifikansniveau på .05; **Signifikansniveau på .01.

Tabel 11. Latent Class Growth Analysis

Class	Loglikelihood	AIC	BIC	SSABIC	LRT	Entropy
1	-932.369	1888.738	1920.812	1882.898	-	-
2	-884.903	1799.806	1839.898	1792.505	88.612, p = .0004	0.759
3	-873.769	1783.537	1831.648	1774.777	20.785, p = .1299	0.695
4	-871.983	1785.966	1842.095	1775.745	3.334, p = .3834	0.670
5	-869.529	1787.059	1851.207	1775.378	4.580, p = .2167	0.718
6	-863.526	1781.051	1853.218	1767.910	5.570, p = .8028	0.669

Tabellen viser testværdierne for LCGA, som afgør hvilket antal af klasser, der er den bedste repræsentation af data. For mere information se Dokkedahl (2021) eller Dokkedahl et al. (submitted).



Syddansk Universitet
Campusvej 55
DK-5230 Odense

Telefon: +45 6550 1000
sdu@sdu.dk
www.sdu.dk