

Göteborgs Universitet  
Psykologiska Institutionen

# Våldsutsatta kvinnor med missbruksproblematik

## Försök till förståelse ur ett helhetsperspektiv

# Våldsutsatta kvinnor med missbruksproblematik.

## Försök till förståelse ur ett helhetsperspektiv

### Sammanfattning

Studien är en selektiv översikt av litteratur som beskriver psykologiska och psykiska faktorer kopplade till kvinnors våldsutsatthet och missbruksproblematik. Sökning av litteratur har skett via databaserna PubMed och PsycINFO. Syftet är att få förståelse ur ett helhetsperspektiv, som ska utgöra underlag för bemötande och stöd. Resultatet visar att våldsutsatthet är relaterat till depression, ångest, missbruk och kroniska fysiska symtom. PTSD är en framträdande diagnos. Livsstil och sociala förhållanden, speciellt under uppväxten kan utgöra riskfaktorer. Våldsutsattheten leder till psykologisk flykt och påverkar starkt bedömnings- och beslutsförmåga. Insikt i komplexiteten måste ligga som grund för bemötandet, som skall präglas av tillitsbyggande. Intervention ska ske integrerat för alla problem/dagnoser. Ett exempel på detta är STEP, som är ett behandlingsprogram, som bygger på diagnosen BWS (Battered Woman Syndrom), en underdiagnos till PTSD. Ett annat program riktat mot traumadiagnos och missbruk är Seeking Safety.

I Sverige finns otillräckliga resurser för att erbjuda kvinnor en sådan behandling. Vid bemötandet är en central punkt att utgå från flera vetenskapliga perspektiv och ett psykologiskt perspektiv är fundamentalt, men utan att "psykologisera", så att det skuldbelägger kvinnan.

### Inledning

I Sverige finns flera kvinnojourer, som ger stöd/tillflykt för kvinnor, som utsätts för våld, hot om våld, trakasserier eller annan typ av diskriminerande behandling. Dessa drivs av ideella organisationer utifrån olika värderingar/synsätt och är inte i första hand förankrade från ett vetenskapligt psykologiskt perspektiv.

Forskning visar på tydligt samband mellan kvinnors våldsutsatthet och hög vårdkonsumtion, alkohol/drogmissbruk/beroende och psykiatrisk problematik.

Syftet med denna litteraturstudie är att finna och beskriva flera faktorer, som är kopplade till kvinnors våldsutsatthet och missbruksproblematik med strävan att ge ett helhetsperspektiv.

Vilka faktorer är centrala för förståelse av våldsutsatta kvinnors sätt att förhålla sig till sin situation och vilket bemötande och vilket stöd ska utifrån detta erbjudas?

### Metod

Denna studie har baserats på kurslitteraturen samt artiklar och böcker som behandlar våld mot kvinnor med missbruks- och psykiatrisk problematik. Sökning genomfördes via Göteborgs Universitetsbibliotek på databaserna PubMed och PsycINFO. PubMed gav 861 träffar med sökorden *women substance alcohol abuse violence*. För att begränsa till akutsituationer lades *emergency* till vid nästa sökning, som då resulterade i 42 träffar. Av dessa var fyra relevanta för syftet: El-Bassel (2003), Lipsky (2005), Roberts(1997) samt Roche(2007). PsycINFO med sökorden *women and violence and alcohol abuse and substance abuse and treatment* gav 2667 träffar. Tillägget *and crisis* reducerade till 467 och kompletteringen *adult women* medförde 59 träffar. Logan(2006), Walker(2009) sorterades fram utifrån syftet. Trulsson (2005) tillkom efter rekommendation av Claudia Fahlke.

Utgående från syftet sammanställdes relevanta delar av innehållet och strukturerades i olika teman..

### Resultat

Denna studie har i huvudsak vilat på tre större arbeten Trulsson (2005), Walker (2009) och Logan m.fl (2006). Trulssons (2005) avhandling hade underrubriken *Om kvinnors missbruk, familjeliv och behandling* och hardeett tydligt sociologiskt/socialpsykologiskt perspektiv - hon beskrev det som ett genus- och klassperspektiv. Det fanns i boken inget fokus på våldsutsatthet även om exempel uttrycks i informanternas berättelser. Däremot var makt och underordning centrala teman.

Leonore Walker är professor i psykologi och har under lång tid forskat kring kvinnors utsatthet och publicerat ett stort antal artiklar och ett 15-tal böcker i ämnet. Walker (2009) har titeln *The Battered Woman Syndrome* (BWS) och är den tredje upplagan, som nu överblickade hennes totala forskning kring BWS sedan 1980-talet.

Logan m.fl (2006) har redovisat en översikt kring forskning relaterat till kvinnor utsatta för våld och har rubricerat sitt arbete *Women and Victimization* med underrubriken *Contributing Factors, Interventions, and Implications*. De fyra författarna har sin akademiska hemvist inom områdena psykologi, psykiatri, sociologi/socialt arbete och några förestår institutioner med forskning riktad mot alkohol/narkotika och våld mot kvinnor. Bokens syfte var att vara heltäckande kring ämnet och var systematiskt uppbyggd kring en modell där triaden, mental hälsa-droganvändning-våldsutsatthet (mental health-substance use-victimization) utgjorde målpunkt för de fyra litteraturöversikterna. Litteraturen har kategoriserats inom områdena

1. Uttryck för våldsutsatthet och sårbarhetsfaktorer (Victimization manifestations and vulnerabilities).
2. Livsstilsfaktorer (Lifestyle factors).
3. Sociala faktorer (Social factors).
4. Psykologiska faktorer (Internal contextual factors).

Ett särskilt kapitel ger därefter litteraturöversikt för området intervention/behandling. Denna genomtänkta disposition blev av praktiska skäl naturlig att följa i denna studie.

Med termen våldsutsatthet (victimization) menade Logan m.fl.(2006) erfarenheter av partnervåld, sexuella övergrepp och psykologiska missförhållanden. I översikten fanns även övergrepp under barndomen med, då de kunde relateras till utsatthet i vuxen ålder.

Walker (2009) använde inte begreppet "victimization" men kategoriserade våld/misshandel (violence/battering) på liknande sätt. I texten nedan är "battered" översatt med *våldsutsatt*. Som tidigare nämnts hade Trulsson (2005) ett annat fokus, men använde begreppen fysiskt våld/misshandel, sexuella övergrepp och symboliskt våld.

### **Uttryck för våldsutsatthet och sårbarhetsfaktorer**

Logan m.fl.(2006) beskriver att på en basal nivå definieras våldsutsatthet (victimization) som en erfarenhet av situation/er med extrem stress, som genererar såväl sårbarhet som akuta och kroniska konsekvenser för både fysisk och psykisk hälsa. Våldsutsatthet hos kvinnor var kopplade till psykiska problem, alkohol/drogmissbruk och Roberts (1997), El-Bassel (2003), Roche (2007). Logan m.fl.(2006) delar in hälsoproblemen i akuta, kroniska och stressrelaterade.

De vanligaste psykiska hälsoproblemen var depression, ångest/PTSD (posttraumatisk stressyndrom) och kopplar även till BPD (borderlinestörning) även om de uttrycker att detta var något kontroversiellt. Samtidigt poängterar författarna att det inte hos alla kvinnor genererar stora hälsokonsekvenser medan andra upplever ett stort spektrum av problem, som interagerar på ett komplext sätt.

Logan m.fl.(2006) visar på att stress är ett mycket sammansatt fenomen eftersom det är relaterat till såväl omgivnings- som psykologiska och fysiologiska faktorer. De visar på att stressorer i huvudsak kan delas in i akuta stressorer, skapade vid en händelse och kroniska stressorer, som har upprepad karaktär. Båda kan ge upphov till ett inre, kroniskt stresstillstånd.

Våldsutsatthet kan generera inre kronisk stress genom återupplevelse av händelsen. Redovisad forskning visar också att ett utsatthetstillfälle ofta medför ytterligare utsatthet. Undersökningar har också visat att övergrepp i barndomen signifikant var kopplat till utsatthet i vuxen ålder. För många kvinnor var partnervåld en ständigt upprepad händelse och skapade då i sig ett kroniskt stresstillstånd.

Förutom de som skador som åsamkades på kroppen visar Logan m.fl.(2006) på att kvinnor utsatta för sexuella övergrepp och partnervåld visade högre grad av kroniska fysiska symtom. Exempel på detta var huvudvärk, mag-, tarm- och gynekologiska problem. Forskning visade också att kvinnor, drabbade av upprepat partnervåld, uppvisade kroniska kognitiva problem, yrsel och odiagnostiserade syn- hörsel- och koncentrationsproblem, som en möjlig konsekvens av våld mot huvudet. Andra undersökningar visade att åkommor som artrit, diabetes, epilepsi, högt blodtryck och migrän förvärrades av upprepad våldsutsatthet. Stressrelaterade, fysiska symtom var överrepresenterade bland denna kategori av kvinnor .

Logan m.fl. (2006) redovisar resultat från en studie där klart mer än hälften av kvinnor som blivit utsatta för allvarligt partnervåld uppvisade diagnostiserad mental ohälsa. Vidare en undersökning där våldsutsatta kvinnor jämfördes med normalbefolkning (både utsatta och inte), resultatet visade att för depression var jämförelsefaktorn två, PTSD faktor sex, alkoholmissbruk tre och narkotika två och en halv. Flera forskningsresultat visade att kvinnor med erfarenheter av våld, även långt efter att detta upphört, uppvisade fler psykiska symtom än kvinnor utan sådan historia.

Av ångestsyndrom var PTSD mest kopplat till våldsutsatthet, som Logan m.fl. (2006) visar på i resultaten från studier på kvinnojourer (shelters) och befolkningsurval av kvinnor med erfarenhet av partnervåld, där mellan 58% och 77% uppvisade PTSD-symtom. Författarna redovisar också underlaget för påståendet att livstidsförekomsten av psykisk samsjuklighet var extremt hög för individer med PTSD och redovisar en omfattande undersökning bland kvinnor med PTSD-erfarenhet, som visade att 79% av kvinnorna hade ytterligare en psykisk störning och 44% minst tre.

Walker (2009) påpekar att diagnos av PTSD är en lika bra indikation på en persons hälsoprognos, som ett förhöjt värde av vita blodkroppar och visar på forskning där PTSD kopplats till nedbrytning av kroppens motståndskraft. Hon hade under lång tid bedrivit forskning för att utveckla teorin kring BWS (*Battered Women Syndrome*) och som resultat fastställt sex kriterier som identifierar BWS. De tre första motsvarar kriterier i DSM-IV för PTSD och de övriga är kopplade till partnervåld (IPV) (*Intimate Partner Violence*).

1. Påträngande minnen av (den)de traumatiska händelserna
2. Hög aktiveringsnivå (arousal) och påtagliga ångestsymtom.
3. Undvikande beteende och känslomässig avtrubning vanligen uttryckt i depression, dissociation, förminskande, bortträngning och förnekande.
4. Störda/avbrutna personliga relationer orsakade av förövarens (batterer) utövande av makt och kontroll. (sid.6)
5. Förvrängd kroppsuppfattning (distorted body image) och/eller somatiska eller medicinska åkommor. (sid.6)
6. Problem i sexuallivet.

Walker (2009) visar också på att, då alla våldsutsatta kvinnor inte utvecklar PTSD, så kommer inte heller alla kvinnor utsatta för våld, med eller utan PTSD, att utveckla BWS.

Logans m.fl (2006) översikt av litteraturen kring våldsutsatta kvinnor visade att det finns en koppling till BPD. De redovisar också studier som visar överlappning av många symtom och personlighetsdrag mellan PTSD och BPD, affektiv instabilitet, ilska, dissociativa symtom och impulsivitet och att de båda störningarna uppvisar en hög grad av samsjuklighet. Det fanns också stöd för att individer med BPD hade en förhöjd risk att utveckla PTSD som reaktion på traumatiska händelser. Författarna betonar starkt att fysiska och mentala åkommor överlappar varandra och att samspelet är komplext.

Kronisk psykosomatisk värk förekom signifikant mer hos våldsutsatta kvinnor och erfarenheter av övergrepp både från barndom och vuxen ålder ytterligare ökade sannolikheten för kronisk värk. Samtidigt visade forskning, att depression förvärrade värk/ökar risken för svåra värkförmågelser men också att kronisk värk, med hög sannolikhet, genererade depression. Värksymtom kunde också kopplas samman med stress och därmed våldsutsatthet. Dessutom kunde värk vara en stressor i sig själv.

Logan m.fl. (2006) visar på att våldsutsatthet, mentala hälsoproblem och missbruk är faktorer, som på ett komplicerat sätt bidrog till neurobiologiska konsekvenser, som i sin tur negativt återkopplade till hälsan, missbruket och genererade potentiell sårbarhet för upprepad våldsexponering.

Walker (2009) påvisar att PTSD var kopplat till ett sammanbrott i kroppens försvarförmåga. Stresshantering (coping) av ständigt upprepade/oförutsägbara hot var mycket krävande för individen. Som en tillflykt/egenmedicinering för att stå ut, kunde droger, främst alkohol bli en "hjälp" (Logan m.fl.2006).

Trulsson (2005) nämner att i en intervjusituation med en kvinna i aktivt missbruk, kunde hon beskriva drogen som en "vän" i vardagslivet med man och barn. Vidare skriver hon att en av de främsta orsakerna till alkoholmissbruk hos kvinnor var störd sexualitet och att alkoholen blev möjligheten att hantera detta. Alkohol påverkade samma hjärnstrukturer som PTSD och depression. Detta kunde vid kontakt med läkare leda till, att de neuropsykologiska reaktionerna på svår stress misstolkades som mental ohälsa/personlighetsstörning (Logan m.fl. 2006).

Walker (2009) visar på att kroppsreaktioner kopplade till PTSD och BWS ofta feldiagnosticerades eller ignorerades tills det blev för sent att hindra kronisk sjukdom. Hon beskriver vidare hur det visade sig att läkare nöjt sig med förklaringen att vissa kvinnor har större tolerans för smärta. Hennes forskning visade att en orsak kan vara att kvinnan var i en process av dissociation, då hon mentalt upplevde sig skild från kroppen. Hon påpekar också att i en traumasituation minskade smärtekänsligheten. Sårbarheten kunde också öka om det fanns missbruk i samband med våldsutsattheten och att skuld projicerades på kvinnan (Logan m.fl.2006)..

### **Livsstilsfaktorer**

Det fanns inget stöd i forskningen för att kvinnor på något accepterande/intentionellt sätt medverkade till att bli utsatta för våld. Ansvaret för övergreppet vilade helt på förövaren. Dock var det helt klart att livsstilen kunde bidra till en förhöjd risk för våldsutsatthet (Logan m.fl. 2006).

Walker (2009) påtalar att fram till 1985 fanns masochistisk personlighetsstörning med som diagnos i DSMIII och kommenterade till detta, att det fanns inga personlighetsdrag som kunde tyda på en benägenhet att vilja bli föremål för våldsamt behandling. Hon pekar dock på att det fanns en tydlig koppling mellan missbruk och våldsutsatthet, även om orsak-verkan var oklar.

Missbruk var också kopplat till riskfyllt sexuellt beteende och att berusade kvinnor kunde missa risk signaler och/eller fatta impulsiva beslut, som ökade sårbarheten (Logan m.fl.2006). Walker (2009) anger att sexuell relation tidigt i ett förhållande hade negativ inverkan på relationen och ökade risken för våld. Riskbruks-drickande tillsammans med en partner var också en riskfaktor (Lipsky 2005).

### **Sociala faktorer**

Logan m.fl. (2006) pekar på att kvinnor i hushåll med låga inkomster var mer våldsutsatta. Låg socioekonomisk status var också kopplat till tobak/drogkonsumtion och därmed sämre hälsa. Det fanns flera teoretiska ansatser för att förklara denna koppling.

Trulsson (2005) redovisar att de flesta av kvinnorna i hennes undersökning kom ur arbetarklassen och ofta hade de från tidiga år varit föremål för samhällsingripanden. Hon skriver också att svåra ekonomiska och sociala villkor, tillsammans med missbruk för många av dem funnits med i tidigare generationer. Studier visade att kvinnor som utsatts för övergrepp i barndomen löpte större risk för våldsutsatthet i vuxen ålder. Samtidigt fanns forskning som pekade på, att den största enskilda riskfaktorn för att själv erfara partnervåld i vuxen ålder var att i tidiga år bevittnat våld mellan föräldrarna.

Ju mer alkohol och annan droganvändning i hemmet desto högre sannolikhet för övergrepp och våld i familjen (Logan m.fl. 2006). Trulsson (2005) påtalar att det var vanligt, att kvinnorna i hennes forskning blivit misshandlade som barn. Speciellt traumatiskt upplevdes de sexuella övergreppen. De flesta av dem hade erfarenheter av sådana, begångna av personer i deras närhet. Melin & Näsholm (1998) påpekar att det sociala arvet inte var en tillräcklig förklaring till våldsutsatthet i vuxen ålder.

Walker (2009) uttrycker att de flesta incestoffer likställde intimitet och sexualitet eftersom de inte till fullo gått igenom utvecklingsstegen under adolescensen, som befrämjade förmågan till psykologisk intimitet.

Trulsson (2005) betonar inverkan av inlärd könsroller för utvecklande av missbruk och annan livsproblematisering. Walker (2009) talar om konsekvenserna av en könsrollsocialisation, som lärde unga att tro, att kvinnor var ansvariga för hur deras män mådde.

### **Psykologiska faktorer / (ICF)**

Logan m.fl.(2006) definierar sitt uttryck *Internal contextual factors (ICF)* som *den psykologiska lins genom vilken världen betraktas* (s.94) d.v.s. de i människans psyke skapade kognitiva strukturer som ligger till grund för att uppfatta, tolka och förhålla sig till omvärlden. Författarna påpekar att detta oftast beskrivs som *scheman*, men motiverar sitt uttryck med att de vill fokusera på det sammanhang dessa skapar kring en våldssituation.

ICF består av tre delar:

- 1.*Situations- eller primära bedömningar (appraisals)*, som avgör hur händelser varseblivs och tolkas
- 2.*Respons- eller sekundära bedömningar*, som styr gensvaret på situationen/händelsen
- 3.*Kognitiva hinder (constraints)*, som på ett styrande sätt begränsar situations- och responsbedömningarna.

Situationsbedömningsprocessen sker när individen värderar om situationen är hotfull, negativ eller stressande och om situationen är kongruent med individens mål och motiv eller hur angeläget det upplevs, utgående från självuppfattningen. Responsbedömningar uppstår då situationen har uppfattats som hotfull eller inkongruent med målen. Det innebär att en värdering görs över vad individen kan göra för att reducera skada och rikta upp skeendet mot de egna målen. Författarna visar på att många av de bedömningar vi människor gör, sker med "auto-pilot". En beskrivning av begreppet schema inom kognitiv teori, d.v.s. inre, inlärd antaganden, Fahlke & Johansson (2007). Logan m.fl. (2006) konstaterar att det handlar om både omedvetna och medvetna processer och summerar kring begreppet situationsbedömning: Innan kvinnor kunde hantera situa-

tioner med hög stress och hot, måste de inse att de var hotande, stresskapande och ej i linje med de egna målen.

### 1. Situationsbedömningar (Logan m.fl.2006)

En studie visade att kvinnor med upprepat våldsutsatthet och PTSD-relaterade symtom var hypervaksamma mot signaler som uttryckte hot. Detta medförde sannolikt höjd stressnivå, vilket negativt kunde påverka informationsbehandling och beslutsprocesser, så att hoten ändå inte identifierades. Studien gav också som resultat, att upprepat våldsutsatta kvinnor utan PTSD-relaterade symtom visade mindre uppmärksamhet på hot-signaler. Detta skulle kunna tyda på en försämrad förmåga att bedöma uttryck för hot, som då skulle öka riskerna för mer utsatthet.

Walker (2009) visar på att en typisk traumarespons var att fly psykologiskt, som t.ex. förminskande, förnekande och bortträngning och man tog då inte till sig den ökande faran, även om den varseblevs. Flera andra studier visade i enlighet med ovanstående, att förnekande och försök att tränga undan oönskade känslor, tankar eller minnen, kunde resultera i psykiska problem och missbruk. Båda dessa kunde kopplas till försämrad bedömningsförmåga (Logan m.fl. 2006).

Logan m.fl.(2006) lyfter också fram systematiskt felaktigt tänkande (*cognitive bias*) och gav som exempel optimism-”bias” när en individ vänder bort uppmärksamheten från negativ/hotfull information/signaler i tilltron att inget dåligt ska hända. Författarna menar att detta är speciellt relevant i situationer då bekanta eller någon älskad stod för hotet.

Walker (2009) för in *inlärld hjälplöshet (learned helplessness)*, som ett centralt begrepp för att förstå våldsutsatta kvinnors tänkande och visade på stöd i sin forskning för detta. Dess innebörd är *att ha förlorat förmågan att förutsäga, att det du gör kommer att åstadkomma ett visst resultat (noncontingency between respons and outcome)* (s.69). Hon ser inlärld hjälplöshet som en förklaring till hur det motbjudande stimulus i själva våldssituationerna paradades ihop med ett mönster av förstärkningar, utgörande de positiva delarna av relationen. Inlärld hjälplöshet kunde liknas vid en depression och påverkar tänkandet, motivationen och handlingsmönstren. Begreppet hade av författaren, som expertbiträde vid rättsliga processer, använts för att förklara en kvinnas extrema beteende för att skydda sig eller sina barn.

Trulsson (2005) visar att kvinnor upplevde sexuella övergrepp, främst i barndomen, som en mycket större kränkning än symboliskt och fysiskt våld. I samband med detta konstaterade hon av berättelserna, att handlingsstrategier för att hantera andra problemsituationer verkade vara obefintliga. Hon nämner också annan forskning, som konstaterade handlingsförlamning kopplat till tidigt sexuellt utnyttjande.

I sin syn på sig själva betonade kvinnor, mer än män, betydelsen av relationer och värderade ömsesidigt beroende och nära tvåsamhet högre. Relationsgenererad stress hade också hos kvinnor en starkare koppling till skuldskänslor och därav följande sämre självkänsla. De uppfattade negativa konsekvenser för relationen, som det mest förödande resultatet av en konflikt (Logan m.fl. 2006). Författarna visar även på att en depression ofta kretsade kring relationsförluster, avsaknad av nära relationer och i synnerhet kring tankar om att vara värderad/nedvärderad av betydelsefulla närstående personer. Det finns studier där det framkom att kvinnor, för relationens skull, kunde uttrycka villighet att gå en partner till mötes även om det inte överensstämde med vad hon själv ville eller kände sig illa till mods. (Detta kan även kopplas till kriterium 5 för BWS och låg självkänsla(Walker 2009). Se nedan.) Även att kvinnor, mer än män, initierade droganvändning både i en intim relation och bland andra närstående. Sett i ett relationsperspektiv tjänade detta till att stärka banden (Logan m.fl. 2006).

Författarna redovisar också hur kvinnor i en pågående relation med partnervåld uttryckte högre tillfredsställelse med relationen och mer positiva känslor med partnern än kvinnor som lämnat en motsvarande situation. Detta visade att även när en kvinna levde med en våldsam partner och till viss del insåg det potentiella hotet, kunde hon rikta uppmärksamheten på de tillfredsställande sidorna i relationen och ha en positiv syn på partnern och bortsåg från negativa signaler och egna önskningsmål.

Logan m.fl.(2006) inför begreppet *agency*, svensk översättning ungefär *makt att påverka*. *Agency* har två aspekter, *inflytande* vilket uttrycker graden av tilltro till att kunna skapa sina egna motiv, handlingar och framtidsmöjligheter och *självreglering*, som beskriver förmågan att hantera omständigheter, egna känslor och andras reaktioner för att kunna fatta egna beslut och nå sina mål. ”*High agency beliefs*” innebär *upplevd kontroll av passerade, pågående och framtida händelser, så väl som kontroll av inre processer... att köra bil, mer än att åka buss ... att äga sina erfarenheter och se dem i ett sammanhang av egna beslut och tolkningar* (sid 110). Detta står i motsatsförhållande till fatalism. Författarna redovisar att kvinnor med låg tilltro till sin förmåga att påverka (*low agency beliefs*) och som upplevde partnervåld kunde drabbas av försämrad

mental hälsa. Walker (2009) visar på att känslan av makt/hjälplöshet (inlärld hjälplöshet) bidrog till utvecklande av depression och traumareaktioner.

## 2. Responsbedömningar (Logan m.fl.2006)

Författarna påtalar att beskrivningens struktur i boken kan ge intryck av linjära förlopp, men anger tydligt att det handlar om mycket komplexa interagerande processer. Så är också fallet med situations- och responsbedömningar. Respons får därför en vidgad betydelse. Flera studier visade att en våldsutsatt kvinnas skuldkänslor kopplade till relationsproblematik, påverkade bedömningen av partnerns våldsamhet, så att hon blev mindre benägen att lämna förhållandet än en kvinna som lade ansvaret för våldet på mannen.

Vidare lyfter författarna fram forskning som redovisat två kategorier av skuldkänslor, beteenderelaterade och karaktärsrelaterade, där de första kunde kontrolleras och modifieras, de senare var relaterade till jaget. Flera studier har funnit hög korrelation mellan de båda kategorierna. Skuld- och skamkänslor medverkar också till att vilja dölja utsatthets- och missbruksproblematik. Kvinnor som kände osäkerhet kring skuldförhållandena, reagerade långsammare i en negativa situationer d.v.s. många motstridiga signaler som t.ex. att en våldsam partner samtidigt uttryckte sin kärlek/kan inte leva utan dig. Osäkerhet kring orsakssammanhang var kopplat både till känslan av maktlöshet (*low agency beliefs*) och depression (Logan m.fl. 2006).

Walker (2009) visar på att offer för våld från en som både är fiende och älskad beskyddare, gav reaktionsmönster och utvecklade copingstrategier som gick utanför de typiska för PTSD.

Logan m.fl. (2006) lyfter fram kopplingen mellan handling och risk och refererar till forskning om våldsutsatta kvinnors motivation av att ta kontakt med polis – kostnaden upplevdes högre än nyttan. Ett upplevt hot om att bli fråntagen barnen eller att barnen skall skadas var ett centralt tema i begränsningen av det egna handlingsutrymmet. Att lämna relationen var också riskfyllt. Det finns forskning som visade att de flesta våldsamma männen efter en separation begick upprepade psykologiska övergrepp och drygt en tredjedel fortsatte med våldshandlingar. Flera studier visade också att separation var en betydande riskfaktor för att utsättas för dödligt våld. Problem att separera visade sig också då kvinnan hade missbruksproblematik och var beroende av mannen för tillgång till drogen och därmed också har blivit mer isolerad (Logan m.fl. 2006).

Walker (2009) visar på två riskmarkörer för dödligt våld, närvaron av förövarens barn i offrets hem och försök till separation. Vidare visar hon, utgående från sin forskning, på att en kvinna mindre sannolikt lämnade en våldsutsatt relation om hon hade drogproblem.

Logan m.fl (2006) diskuterar också begreppet *self-efficacy* (självförmåga) inom ramen för responsbedömningar. De menar att *self-efficacy* är nära relaterat till *agency* (ung. *makt att påverka*), men inte synonymt. *Self-efficacy* är en värdering av de speciella färdigheter, förmågor eller resurser som behövs för att genomföra ett specifikt beslut (s.118). Som exempel beskrev författarna att en kvinna i ett förhållande med övergrepp måste anse sig ha förmåga att samtala med en polis, hantera rättssystemet och vidmakthålla sitt oberoende samt ta ansvar för barnen, innan hon tog dessa kontakter.

I samma sammanhang lyfter de även fram att begreppen *self-efficacy* och *self-esteem* (självkänsla) är nära förknippade med varandra och nämner att flera studier visat att våldsutsatthet var kopplat till låg självkänsla (*self-esteem*), som också var kopplad till sämre mental hälsa och missbruksproblem.

Walker (2009) påvisar att våldsutsatta kvinnor sannolikt utvecklade ökat beroende och mindre förmåga att fungera självständigt. Samtidigt påpekar hon att våldsutsatta kvinnor med låg självkänsla och nedstämdhet visade tendenser till ökande drogmissbruk, handlingsförlamning (*behavioral disengagement*), förnekande och skuld påtagande som copingmekanismer. Hon anger *fövrängd kroppsuppfattning* i femte kriteriet för BWS. I tidigare arbeten var inriktningen skattning av självkänsla (*self-esteem*) men stödd på egna resultat och annan forskning påvisar hon att kroppsuppfattning var kopplat till självkänsla. Hon påpekar också att låg självkänsla var kopplat till känsla av maktlöshet och depression. Vidare att ju svårare övergrepp desto fler symptom kopplade till låg självkänsla. Walker redovisar också att en kvinna som var nöjd med sin kropp, med lägre sannolikhet hade oskyddad sex och deltog i andra riskbeteenden.

## 3. Kognitiva hinder (Logan m.fl 2006)

Författarna visade på hur kumulativ stress negativt påverkade kapaciteten till bedömningar (*situation appraisals* och *respons appraisals*). De lyfter fram forskning som visade hur denna förmåga försämras av upprepade våldsutsatthet, som också hade en koppling till ökat missbruk, högre frekvens av sexuellt riskbeteende och förvärrade psykiska problem. Detta medförde att risken ökar för förvärrad utsatthet. Författarna visar också på att konsekvenserna av våld i form av psykologiska övergrepp var likartade – studier visade att denna form av övergrepp kunde ha större effekt på den psykiska hälsan och varseblivningsförmågan än fysiskt våld ge-

nom sin destruktiva inverkan på självkänsla och självtillit. Walker (2009) tar upp detta i det fjärde kriteriet för BWS och nämner isolering, manipulation, nedvärderande kommentarer och oförutsägbart beteende.

### **Interventioner/behandling**

Logan m.fl.(2006) lyfter i diskussionen kring behandling fram komplexiteten i att bemöta våldsutsatta kvinnor - interagerande och överlappande psykisk-, fysisk- och missbruksproblematik, i samspel med sociala och rättsliga problem. Samtidigt pekar författarna på otillräcklig forskning kring behandling av kvinnor med våldsutsatthet. De ifrågasätter reell möjlighet till förändring i en våldsutsatt kvinnas situation genom en separat intervention – även om denna i sig visat evidens.

Logan m.fl.(2006) redovisar stöd för att våldsutsatta kvinnor som får hjälp inom sjukvården ville att personalen lyssnade aktivt, inte skuldbelade och dömde, bekräftade kvinnans erfarenheter och ställde direkta och privata frågor om övergreppen. Forskning kring kvinnors kontakter med kvinnojourer (*shelters*) var begränsad. Dock fanns belägg för att endast en mindre del av våldsutsatta kvinnor har kontakt med dessa och att det då övervägande handlade om de mest extrema fallen. Traumabearbetning (*critical stress debriefing*) som en kort intervention var tveksamt, i synnerhet om den kändes påtvingad. Däremot visar författarna på de positiva resultaten av förespråkarstöd (*advocacy services*) i form av information/utbildning - fakta om övergrepp och våld, säkerhetsplanering, information kring olika stödresurser och möjliggörande att ta del av dessa.

Walker (2009) visar att då en våldsutsatt kvinna sökte hjälp, gjorde hon det i ett läge av basal brist på tillit. Centralt var att bli trodd. I mötet var också en nödvändig insikt, att det som bedöms som patologiskt hos en inte utsatt kvinna, mycket väl kunde vara coping- eller överlevnadsstrategi för den drabbade. Aktivt lyssnande utan att ge tolkningar var grundläggande, men också att visa på att det var helt normalt att få kraftiga reaktioner och felaktiga föreställningar av våldsutsatthet, genom att ge information om BWS och PTSD. Hon varnade för att vara alltför medlidsam eller alltför känslomässigt distanserad. Samtidigt var det också nödvändigt att vara kulturellt relevant och lyssna in vad som upplevdes som tvång och övergrepp. Viktigt var också att ge kvinnan stöd för att beskriva processen för partnern, *min samtalspartner är inte intresserad om vi ska fortsätta leva ihop eller inte, bara att jag ska slippa våld och känna mig säker* (s.380).

Vidare visar hon på att våldsutsatta kvinnor, i likhet med andra traumaoffer inte hade förmågan att förhålla sig på ett nyanserat sätt – antingen var någon på hennes sida eller mot. I denna situation skulle inte samtalspartnern fördöma förövaren i sig själv, men samtidigt tydligt framhäva att våld är oacceptabelt. (För träning till detta refererar hon till egna inspelade demonstrationer).

Walker visar att vuxna med tidiga symtom på PTSD som behandlades inom fyra veckor kunde hindras från att utveckla kronisk PTSD. Detta kom i konflikt med beskrivningen för diagnos av PTSD enligt DSM-IV att symtomen skall kvarstå i minst fyra veckor. För att hjälpa en kvinna att bli tillräckligt fri från konsekvenser av våldsutsatthet krävdes längre intervention, vanligen sex månader till ett år.

Trulsson (2005) anger ”fyra hörnstenar” i kvinnobehandling. 1. Individuella samtal. 2. Gemenskap med de andra kvinnorna. 3. Symtomtolerans vid återfall. 4. Eftervård och långsiktighet.

Den mesta litteraturen kring längre interventioner för kvinnor med våldsutsatthet hade uppmärksamheten riktad mot behandling av PTSD eller förstämningssyndrom (Logan m.fl. 2006). I sin översikt diskuterar författarna även nödvändigheten av interventioner kring ätstörningar, BPD och missbruk. Vidare påtalar de att få studier undersökt effektivitet eller efficacy av behandlingar och att urvalet dessutom inte alltid hade referensgrupper. De visar att effekten av parterapi partnernvåldsrelationer hade svagt vetenskapligt stöd, i synnerhet i ett tidigt skede av interventionen.

Walker (2009) uttrycker att det fanns starkt stöd för påståendet, att när våldet första gången blivit fysiskt var det extremt svårt om inte omöjligt, att återgå till våldsfri relation.

Logan m.fl (2006) visar att de flesta behandlingar för PTSD var varianter av kognitiv- eller kognitiv-beteendeterapi. Kognitiva terapier visade goda resultat för att reducera mental ohälsa och specifikt för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp. Det fanns ett mycket begränsat antal studier, som har undersökt effekterna av sådana terapier på kvinnor med samsjuklighet, partnernvåldsrelaterat PTSD och missbruk. De få som fanns visade blandade resultat. Däremot fanns forskningsresultat, som visade att en kombinerad KBT-behandling för PTSD och missbruk kunde vara effektiv (Logan m.fl.2006).

Logan m.fl.(2006) visar också på att kognitiva terapier och antidepressiv medicinering kunde reducera depressiva symtom, men det fanns få studier kring depressionsbehandling, som specifikt hade undersökt kvinnor med våldsutsatthet (se också sid.3 under rubriken Sårbarhetsfaktorer). DBT (dialektisk beteendeterapi)



var en metod som visat god effekt vid behandling av både BPD och missbruk. Det fanns forskning som visade att den faktor som var mest kopplad till lindring av BPD var frånvaron av en substansbruksstörning (Logan m.fl.2006).

Författarna argumenterar för att kvinnor med grava psykiska problem relaterade till våldsutsatthet behöver information och utbildning (*psychoeducation*) för att kunna hantera och återhämta sig från sina upplevelser. Samtidigt ska de också ges en aktiv roll i behandlingen. Författarna refererar till en sådan modell, som innehöll både traumabehandling och att *växa i självständighet och styrka (empowerment)*.

Trulsson (2005) visar en jämförelse mellan tre olika typer av frivillig vård i Sverige, ”den lösningsfokuserade modellen”, ”den miljöterapeutiska modellen” och ”minnesota-modellen”. När kvinnor berättade om sig själva efter behandling enligt de olika modellerna framkom föreställningarna, den kompetenta kvinnan, den frigjorda kvinnan resp. den sjuka kvinnan. Hon citerar vidare: *I det lösningsfokuserade programmet är det själv- och tankekontroll, som står i fokus, medan minnesotamodeln lär ut en kontrollteknik som går ut på att acceptera den egna sjukdomen. I den kvinnoorienterade miljöterapien tränar klienten att bli medveten och lära känna sig själv som kvinna i ett mansdominerat samhälle* (sid.133). Detta senare inryms i det som Walker(2009) benämner feministisk teori.

Walker (2009) redovisar behandlingsprogrammet STEP (Survivor Therapy Empowerment Program), ett evidensbaserat psykoterapeutiskt program, beskrivet som psychoeducation, för kvinnor med våldsutsatthet och som kan användas i grupp. Varje steg (se bil.1) i programmet var teoretiskt förankrat i traumateori och feministisk teori (empowerment).

#### STEP Steg 6. Cycle of Violence and the Psychological Effects of Violence (Walker 2009)

Walkers forskning hade visat, att de flesta kvinnor som upplevde partnervåld hade erfarenheter av ett cykliskt förlopp i tre faser. När kvinnan utifrån sin berättelse kunde identifiera det cykliska förloppet, blev det möjligt för henne att bryta mönstret och inte längre vara under partners kontroll.

Fas ett var den period då det sker en stegvis ökning av spänningar i förhållandet, genom att partnern på olika sätt uttryckte alltmer otillfredsställelse och fiendlighet.

Fas två karaktäriserades av den okontrollerbara urladdningen av de uppbyggda spänningarna – en fördämning brast, verbal och fysisk aggression blev följden.

I fas tre kunde partnern översvallande be om ursäkt, hjälpa, visa vänlighet och ånger, och överösa med presenter och/eller löften. Beteendet i fas tre kunde få kvinnan att tro, detta är ”the real man” och skuldbelade sig själv med föreställningen att om beteendet under fas ett och två försvann, kom den man hon blev förälskad i, att bli kvar.

Logan m.fl. (2006) redovisar att det finns många forskningsresultat kring behandling av män med missbruk. För kvinnor var studierna kring effektivitet av missbruksbehandling färre, i synnerhet behandlingsresultat specifikt för kvinnor med en bakgrund av våldsutsatthet. Det fanns dock viss forskning kring interventioner för samsjuklighet missbruk-PTSD. Denna dubbeldiagnos visade på en större risk för återfall än missbruksdiagnosen ensam.

Trulsson (2005) redovisar att kvinnor som beskrev drogfrihet under en tid, i samband med barnafödande, angav relationen till mannen som ett motiv för återfall. Hon visar också på att erfarenheter från barndomen och vuxenlivet sannolikt leder till en koppling mellan sexualitet och missbruk. Många hade överhuvudtaget inte upplevt någon drogfri sexualitet.

Logan m.fl.(2006) lyfter fram den KBT-baserade metoden *Seeking Safety* och Najavits (2009) påpekar att denna metod är den enda evidensbaserade (APA) behandlingsmetod av samtidig PTSD och SUD (*Substance use disorder*). Det är en metod som till sitt innehåll visar stor överensstämmelse med STEP, men utan att ställa en specifik diagnos (BWS). Seeking Safety har inte heller lika starkt fokus på våldsutsatta kvinnor. (Se bil.2 för beskrivning av innehåll i behandlingen Seeking Safety). Flera studier visade på signifikant positiva resultat vid behandling av kvinnor med samtidig diagnos av PTSD och beroende och med en bakgrund av fysiska och sexuella övergrepp, med den första traumaupplevelsen i 7/8-årsåldern, Najavits m.fl (1998), Zlotnick m.fl. (2003), Gatz m.fl. (2007).

Logan m.fl.(2006) visade också på den signifikanta betydelsen, i alla interventioner, av ökat socialt stöd. De visar på studier där individer med både PTSD och alkoholberoende i sin livssituation, i mycket högre grad saknade socialt stöd och hade därmed ett sämre utgångsläge, än individer med endera diagnosen. Upplevelser av brist på stöd - negativa reaktioner från behandlare kunde kopplas till försämrad mental hälsa. Förfat-

tarna påvisade också att ett fokus på ökat socialt stöd är av betydelse för kvinnor med en historia av utsatthet för våld.

Trulsson (2005) angav flera studier som visade på kvinnogemenskapens betydelse vid behandling och påtalar även kvinnors behov täta relationer. Behandlingen bör syfta till att åtgärda brister i relationsbyggande. Hon visar också på betydelsen av ökat självförtroende genom utvecklande av sin identitet som kvinna, i samspelet och de nära relationerna med andra kvinnor. Trulsson påpekade att detta blev särskilt tydligt vid behandling av missbrukande unga flickor.

Walker (2009) visar på att ju mindre isolering och mer stödjande närvaro av andra desto större sannolikhet att övergreppen stoppades eller åtminstone mildrades. Logan m.fl. (2006) påtalade det forskningsstöd som fanns för att ta vara på den betydelse som relationer och tillhörighet (affiliation) har i kvinnors liv. Detta var en reaktion på tolkningen att de, utifrån en manlig norm om oberoende, skulle vara "onormala".

Litteraturen kring medberoende hade fokuserat på de negativa aspekterna av kvinnors relationsinriktning men ignorerat de positiva sidorna och tillväxterfarenheter (developmental experiences) som kom från en relationsinriktad självförståelse (Logan m.fl. 2006). Vidare påtalar författarna att fastän medberoendebegreppet är populärt är det kulturellt bestämt, det saknas empirisk forskning och patologiserar kvinnans behov och mål för närhet. De drar slutsatsen att interventioner måste bekräfta kvinnors målsättningar för relationer och tillhörighet.

## Diskussion

Resultatet visar en överensstämmelse kring att PTSD/traumabehandling är en central del för att få de oftast samtidigt missbrukande våldsutsatta kvinnorna att rehabiliteras. Walker (2009) visar också från sin forskning, att utan traumafokuserad insats kunde inte missbrukande våldsutsatta kvinnor, trots adekvat behandling, stoppa sitt missbruk. Detta överensstämmer med Logan m.fl. (2006). Walker betonar också nödvändigheten av en tidig insats.

Melin & Näsholm (1998) tar i sitt avsnitt om kvinnomisshandel och sexuella övergrepp upp, att sådana erfarenheter ofta förbises under kartläggningsfasen. Författarna betonar dock medvetenheten att sådana med stor sannolikhet kan ha skett. De tillägger att först i senare skeden kan det bli aktuellt med psykoterapeutisk bearbetning.

*Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården* (Socialstyrelsen (2007) anger i avsnittet om samsjuklighet, att grundläggande för behandling är en noggrann bedömning av psykiskt tillstånd och missbrukssituation och kroppslig hälsa inför planeringen, som även innefattar socialtjänsten. De komplexa sjukdomsbilderna och i synnerhet integrationsproblemen mellan olika huvudmän försvårar detta.

Det finns också psykologiska och socialpsykologiska skäl att ta hänsyn vid behandlingsplanering för missbrukande kvinnor. Det finns studier som pekar på ett mer positivt behandlingsutfall vid samsjuklighet genom en könsspecifik inriktning, där det inte i första hand handlar om könshomogenitet, utan där kvinnor upplever ett fokus på just deras problematik (Nelson-Zlupko 1996, Greenfield 2007). STEP (Walker 2009) kan ses som ett exempel på detta.

En slutsats av ovanstående blir att det är tveksamt att det i vårt land erbjuds adekvat vård och behandling av våldsutsatta kvinnor.

Walker (2009) visar att STEP som en del vilar på feministisk teori och Trulsson (2005) lyfter fram fördelar med miljöterapi. Dessa kan ses som motsvarigheter – syftar till "empowerment". Logan m.fl. (2006) har inte med en direkt sådan aspekt utan intar huvudsakligen ett psykologiskt perspektiv och nämner Prochaskas och DiClementes förändringsmodell, som ett verktyg för behandling av kvinnor i våldsutsatta relationer. Denna modell är central i Gyllenhammars (2007) *Bryta vanor* med underrubriken *kognitiv och beteendeinriktad behandling vid missbruk och beroende*. Författaren beskriver självtillitens (self-efficacy) betydelse och att behandlingsmetoden bör verka för att stärka tilltron till förändringsförmåga. Utifrån detta perspektiv kan problemet ses hennes eget.

Hwang m.fl. (2007) skriver i avsnittet om genuspsykologiska teorier att situationsorienterad forskning kan leda till en "psykologisering" av yttre förhållanden så att de blir drag hos individen. De skriver vidare att det är kvinnors föreställningar om sig själva som skall förändras. Detta kan leda till ett fokus på individuella terapier och skymma behovet av strukturella förändringar. Trulsson (2005) har, som tidigare nämnts ett sociologiskt/socialpsykologiskt perspektiv och fokuserar på makt och underordning. Således ett mer feministiskt perspektiv.

Walker (2009) problematiserar spänningarna mellan feministiska modeller och icke-feministiska. Hon beskriver att feministiska har sitt fokus på "empowerment" men att ansvaret för att våldet upphör ligger helt på våldsverkaren. Till viss del finns numera PTSD- och BWS-behandlingar med feministiska behandlingsmodeller. Icke-feministiska modeller stöder detta men fokuserar också andra diagnoser som depression, BPD, bipolära sjukdomar och påtalar också ett behov av förändring hos kvinnan själv. Walker nämner samtidigt att feministrörelsen fått en del professionella att överge PTSD- och BWS-behandlingar, utgående från en helt ekologisk modell d.v.s. endast fokus på samhälleliga förhållanden och som enligt förespråkarna inte kan användas för att patologisera den våldsutsatta kvinnan. Walker nämner som exempel på detta "fathers' rights groups", som använder psykologiska begrepp – om än inte vetenskapligt belagda, för att i vårdnadstvister beskriva mamman som "sjuk". Hon beskriver också sin bestörtning inför de reaktioner hon mötte, när hon första gången använde begreppet *inlärld hjälplöshet*. Utifrån hennes teoretiska perspektiv kan det som är inlärt också bli avlärt i en behandlingssituation. Reaktionerna kom, enligt hennes bedömning från själva ordet "hjälplos".

Slutsatsen blir att i en bemötandesituation är det väsentligt att reflektera över sina utgångspunkter. Resultatet pekar på en syntes av modellerna. Detta är också vad Walker (2009) syftar mot i sitt STEP-program.

Detta arbete har sin utgångspunkt i ett mycket begränsat underlag. En styrka kan ändå vara att huvudmaterialet har olika utgångspunkter. En helt giltig studie skulle förutom att granska all relevant litteratur också haft en tvärvetenskaplig inriktning.

En annan begränsning är att den dominerande textmängden har nordamerikanskt ursprung. Walker (2009) påtalar dock, genom att presentera resultat från undersökningar i Europa och andra kontinenter, allmängiltigheten i sin forskning.

En central komplettering är att utforska teorin och empirin bakom behandlingsprogrammet "Seeking Safety". Ramen för denna undersökning var otillräcklig för detta liksom studiet av anknytningsteoretiska bidrag för förståelse av våldsutsatta kvinnors situation. Både Logan m.fl (2006) och Walker (2009) gör kopplingar till denna psykodynamiska teori.

## Referenser

American Psychiatric Association (2002). *MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.

El-Bassel N, m.fl. (2003). *Intimate partner violence and substance abuse among minority women receiving care from an inner-city emergency department*. *Womens Health Issues*. 13:16-22.

Fahlke, Claudia, & Johansson, Per-Magnus (2007). *Personlighetspsykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.

Gatz M, Brown V, Hennigan K, Rechberger E, O'Keefe M, Rose T, Bjelejac P, (2007). *Effectiveness of an integrated trauma-informed approach to treating woman with co-occurring disorders and history of trauma*. *J. Community Psychology*, 35: 863-878.

Greenfield S F, m.fl. (2007). *Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature*. *Drug and Alcohol dep* 86:1-21

Gyllenhammar, C (2007). *Bryta vanor. Kognitiv och beteendeariktad behandling vid missbruk och beroende*. Stockholm: Natur och Kultur.

Lipsky S, m.fl. (2005). *Is there a relationship between victim and partner alcohol use during an intimate partner violence event? Findings from an urban emergency department study of abused women*. *J Stud Alcohol*. 66:407-412

- Logan, TK, m.fl. (2006). *Women and victimization: Contributing factors, interventions, and implications*. Washington, D C: American Psychological Association.
- Melin, A-G & Näsholm, C.(1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund. Studentlitteratur
- Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR, Muenz L (1998). *Seeking Safety. Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence*. Journal of Traumatic Stress, 11:437-456.
- Najavits LM (2009). *Seeking Safety: An implementation Guide*. In A Rubin and DW Springer, *The Clinicians Guide to Evidence-Based Practice*. Hoboken, NJ John Wiley
- Nelson-Zlupko L m.fl. (1996). *Women in Recovery: Their Perceptions of Treatment Effectiveness*. J of Subst Abuse Treatm 13: 1, 51-59
- Roberts GL, m.fl. (1997). *Domestic violence in the Emergency Department:I. Two case-control studies of victims*. Gen Hosp Psychiatry 19:5-11.
- Roche M, m.fl. (2007). *Correlates of intimate partner violence among female patients at a North Carolina emergency department*. N C Med J. 68:89-94.
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården*. Socialstyrelsen, artikelnummer 2007-102-1
- Trulsson Karin. (2005). *Dans på lina: Om kvinnors missbruk, familjeliv och behandling – kvinna, mamma, missbrukare*. Lund: Carlsson.
- Walker, Leonore E.A. (2009). *The battered woman syndrome*. New York: Springer Publishing Co.
- Zlotnick C, Najavits LM, Rohsenow DJ. (2003). *A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance use disorder and posttraumatic stress disorder. Findings from a pilot study*. Journal of Substance Abuse Treatment, 25: 99-105.

## **Bilaga 1**

### Survivor Therapy Empowerment Program STEP

STEP 1	Definitions of Domestic Violence
STEP 2	Overcoming Dysfunctional Thinking and Designing a Safety Plan
STEP 3	Thinking, Feeling and Acting
STEP 4	Changing to Positive Thinking
STEP 5	Stress Management and Relaxation Training
STEP 6	Cycle of Violence and the Psychological Effects of Violence
STEP 7	Post Traumatic Stress Disorder and Battered Woman Syndrom
STEP 8	Grieving the End of a Relationship
STEP 9	Effects on Domestic Violence on Children
STEP 10	Learning to Ask for What You Want
STEP 11	Building Healthy Relationships
STEP 12	Terminating Relationships

Walker (2009)

## Bilaga 2

The key principles of Seeking Safety are:

- 1) **Safety** as the overarching goal (helping clients attain safety in their relationships, thinking, behavior, and emotions).
- 2) **Integrated** treatment (working on both PTSD and substance abuse at the same time)
- 3) **A focus on ideals** to counteract the loss of ideals in both PTSD and substance abuse
- 4) **Four content areas:** cognitive, behavioral, interpersonal, case management
- 5) **Attention to clinician processes** (helping clinicians work on countertransference, self-care, and other issues)

Seeking Safety Treatment topics

Domains (cognitive, behavioral, interpersonal, or a combination) are listed in parentheses.

### (1) **Introduction to treatment / Case management**

This topic covers: (a) Introduction to the treatment; (b) Getting to know the patient; and (c) Assessment of case management needs.

### (2) **Safety** (combination)

Safety is described as the first stage of healing from both PTSD and substance abuse, and the key focus of this treatment. A list of over 80 Safe Coping Skills provided, and patients explore what safety means to them.

### (3) **PTSD: Taking Back Your Power** (cognitive)

Four handouts are offered: (a) "What is PTSD?"; (b) "The Link Between PTSD and Substance Abuse"; (c) "Using Compassion to Take Back Your Power"; and (d) "Long-Term PTSD Problems". The goal is to provide information as well as a compassionate understanding of the disorder.

### (4) **Detaching from Emotional Pain: Grounding** (behavioral)

A powerful strategy, "grounding", is offered to help patients detach from emotional pain. Three types of grounding are presented (mental, physical, and soothing), with an experiential exercise to demonstrate the techniques. The goal is to shift attention toward the external world, away from negative feelings.

### (5) **When Substances Control You** (cognitive)

Eight handouts are provided, which can be combined or used separately: (a) "Do You Have a Substance Abuse Problem?" (b) "How Substance Abuse Prevents Healing From PTSD"; (c) "Choose a Way to Give Up Substances"; (d) "Climbing Mount Recovery", an imaginative exercise to prepare for giving up substances; (e) "Mixed Feelings"; (f) "Self-Understanding of Substance Use"; (g) "Self-Help Groups"; and (h) "Substance Abuse And PTSD: Common Questions".

### (6) **Asking for Help** (interpersonal)

Both PTSD and substance abuse lead to problems in asking for help. This topic encourages patients to become aware of their need for help and provides guidance on how to obtain it.

### (7) **Taking Good Care of Yourself** (behavioral)

Patients are guided to explore how well they take care of themselves, using a questionnaire listing specific behaviors (e.g., "Do you get regular medical check-ups?"). They are asked to take immediate action to improve at least one self-care problem.

### (8) **Compassion** (cognitive)

This topic encourages the use of compassion when trying to overcome problems. Compassion is the opposite of "beating oneself up", a common tendency for people with PTSD and substance abuse. Patients are taught that only a loving stance toward the self produces lasting change.

### (9) **Red and Green Flags** (behavioral)

Patients are guided to explore the up-and-down nature of recovery in both PTSD and substance abuse through discussion of "red and green flags" (signs of danger and safety). A Safety Plan is developed to identify what to do in situations of mild, moderate, and severe relapse danger.

**(10) Honesty** (interpersonal)

Patients are encouraged to explore the role of honesty in recovery and to role-play specific situations. Related issues include: What is the cost of dishonesty? When is it safe to be honest? What if the other person doesn't accept honesty?

**(11) Recovery Thinking** (cognitive)

Thoughts associated with PTSD and substance abuse are contrasted with healthier "recovery thinking". Patients are guided to change their thinking using rethinking tools such as List Your options, Create a New Story, Make a Decision, and Imagine. The power of rethinking is demonstrated through think-aloud and rethinking exercises.

**(12) Integrating the Split Self** (cognitive)

Splitting is identified as a major psychic defense in both PTSD and substance abuse. Patients are guided to notice splits (e.g., different sides of the self, ambivalence, denial) and to strive for integration as a means to overcome these.

**(13) Commitment** (behavioral)

Making and keeping promises, both to self and others, are explored. Creative strategies for keeping commitments, and feelings that can get in the way, are described.

**(14) Creating Meaning** (cognitive)

Meaning systems are discussed with a focus on assumptions specific to PTSD and substance abuse, such as Deprivation Reasoning, Actions Speak Louder Than Words, and Time Warp. Meanings that are harmful versus healing in recovery are contrasted.

**(15) Community Resources** (interpersonal)

A lengthy list of national non-profit resources is offered to aid patients' recovery (including advocacy organizations, self-help, and newsletters). Also, guidelines are offered to help patients take a consumer approach in evaluating treatments.

**(16) Setting Boundaries in Relationships** (interpersonal)

Boundary problems are described as either too much closeness (difficulty saying "no" in relationships) or too much distance (difficulty saying "yes" in relationships). Ways to set healthy boundaries are explored, and domestic violence information is provided.

**(17) Discovery** (cognitive)

Discovery is offered as a tool to reduce the cognitive rigidity common to PTSD and substance abuse (called "staying stuck"). Discovery is a way to stay open to experiences and new knowledge, using strategies such as ask others, Try it and See, Predict, and act "As If". Suggestions for coping with negative feedback are provided.

**(18) Getting Others to Support Your Recovery** (interpersonal)

Patients are encouraged to identify which people in their lives are supportive, neutral, or destructive toward their recovery. Suggestions for eliciting support are provided, as well as a letter they can give to others to promote understanding of their PTSD and substance abuse. A safe family member or friend can be invited to attend the session.

**(19) Coping with Triggers** (behavioral)

Patients are encouraged to actively fight triggers of PTSD and substance abuse. A simple three-step model is offered: change who you are with, what you are doing, and where you are (similar to "change people, places, and things" in AA).

**(20) Respecting Your Time** (behavioral)

Time is explored as a major resource in recovery. Patients may have lost years to their disorders, but they can still make the future better than the past. They are asked to fill in schedule blanks to explore issues such as: Do they use their time well? Is recovery their highest priority? Balancing structure versus spontaneity; work versus play; and time alone versus in relationships are also addressed.

**(21) Healthy Relationships** (interpersonal)

Healthy and unhealthy relationship beliefs are contrasted. For example, the unhealthy belief "Bad relationships are all I can get" is contrasted with the healthy belief "Creating good relationships is a skill to learn." Patients are guided to notice how PTSD and substance abuse can lead to unhealthy relationships.

**(22) Self-Nurturing** (behavioral)

Safe self-nurturing is distinguished from unsafe self-nurturing (e.g., substances and other "cheap thrills"). Patients are asked to create a gift to the self by increasing safe self-nurturing and decreasing unsafe self-nurturing. Pleasure is explored as a complex issue in PTSD/substance abuse.

**(23) Healing from Anger** (interpersonal)

Anger is explored as a valid feeling that is inevitable in recovery from PTSD and substance abuse. Anger can be used constructively (as a source of knowledge and healing) or destructively (a danger when acted out against self or others). Guidelines for working with both types of anger are offered.

**(24) The Life Choices Game** (combination)

As part of termination, patients are invited to play a game as a way to review the material covered in the treatment. Patients pull from a box slips of paper that list challenging life events (e.g., "You find out your partner is having an affair"). They respond with how they would cope, using game rules that focus on constructive coping.

**(25) Termination**

Patients express their feelings about the ending of treatment, discuss what they liked and disliked about it, and finalize aftercare plans. An optional Termination Letter can be read aloud to patients as a way to validate the work they have done.

From: Najavits, L.M. (2002). Seeking Safety: A New Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder and Substance Abuse. In Trauma and Substance Abuse: Causes, Consequences and Treatment of Comorbid Disorders (Eds. P. Ouimette & P. Brown). Washington, DC: American Psychological Association.

Källa: <http://www.seeking.safety.org/3-03-06/aboutSS.html>