

ATV - för trygghet i nära relationer

 Region
Jönköpings län

**ALTERNATIV
TIL VOLD**

li.u LINKÖPINGS
UNIVERSITET

Projekt IVIN2

- Internetbaserad psykologisk behandling för personer som utövat lindrigare former av våld i nära relationer: En kvasiexperimentell studie av affektreglering och träning i konflikthantering med partnerskattning

Av: Dan Rosenqvist, leg psykolog

Specialistexamensuppsats

Handledare: Gerhard Andersson, professor i klinisk psykologi vid Linköpings universitet

Sammanfattning

IVIN 2 var en kvasiexperimentell studie, vars syfte var att undersöka om psykologisk behandling via internet hade effekt på våldsutövande, psykisk hälsa, affektreglering och relationstillfredsställelse. Klientgruppen bestod av personer som utövat våld i nära relationer och frivilligt sökt samtalsbehandling på mottagningar (inom svensk socialtjänst och sjukvård), som erbjuder stöd och behandling för sådan problematik. Frågeställningar i IVIN 2 var: Leder IVIN2-behandlingen till minskat våld, ökad relationstillfredsställelse, förbättrad affektregleringsförmåga och mindre symtom på depression, alkoholdrickande och ångest, i en klinisk kontext, enligt klinskattningar och partnerskattningar? Hur upplever behandlare på våldsmottagningar i Sverige att arbeta med internetbehandling för personer som utövat våld i nära relationer?

Behandlingen bestod av sju moduler, som skulle genomföras på 16 veckor. De sju modulerna innehöll psykoedukation om våld och utövande av våld, arbete med konsekvenser av våldsutövande, träning i affektreglering, träning i hantering av kognitioner som ökar risken för våld, träning i kommunikationsfärdigheter, beteendeaktivering och återfallsprevention.

Våld före och efter behandling mättes med Revised Conflict Tactics Scales och Multidimensional Measure of Emotional Abuse. Psykisk ohälsa mättes med Alcohol Use Disorders Identification Test, Patient Health Questionnaire-9, Generalized Anxiety Disorder Screener och Anger Rumination Scale.

Relationstillfredsställelse mättes med Dyadic Adjustment Scale. Affektreglering mättes med Dysfunctional and Emotional Regulation Scale och nöjdhet med behandling mättes med Client Satisfaction Questionnaire. Partners fick även ett antal frågor vid eftermätning gällande eventuell upplevelse av förändring hos klienten.

Statistisk analys av klinskattningar (n=23) med parade t-tester visade en signifikant effekt på psykiskt våld, generaliserad ångest, affektregleringsförmåga och ilskeruminering. I partnerskattningar (n=20) framkom ingen signifikant

effekt, förutom på partners egna psykiska mående. Partners gav vid kvalitativ eftermätning uttryck för en upplevelse av att våldet hade minskat.

De professionella som varit behandlare i studien gav uttryck för en önskan om att också i framtiden kunna erbjuda IVIN till sina klienter samt en förhoppning om att kunna använda materialet i sedvanlig behandling. Klienterna själva skattade en hög grad av nöjdhet på CSQ-8.

Abstract

The purpose of IVIN 2, a quasi-experimental study, was to investigate whether Internet delivered cognitive behaviour therapy had an effect on the perpetration of violence, mental health, affect-regulation and relationship-satisfaction among persons who voluntarily sought treatment at centers in Sweden (social services and health care) that offers counselling and psychological treatment to person who have used violence against an intimate partner. Questions in IVIN 2 were: Does IVIN2, in a clinical context, lead to reduced violence, increased relationship satisfaction, improved affect regulation, and to less symptoms of depression, alcohol-drinking and anxiety, based on client- and partner estimates? How do therapists at centers working with intimate partner violence in Sweden experience working with IVIN2?

The treatment consisted of seven modules, over 16 weeks. The seven modules included psychoeducation about violence, consequences of violence, affect regulation, cognitions that increase risk for violence, training in communication skills, behavioral activation and relapse prevention.

Violence before and after treatment was measured with Revised Conflict Tactics Scales and Multidimensional Measure of Emotional Abuse. Mental health was measured with Alcohol Use Disorders Identification Test, Patient Health Questionnaire-9, Generalized Anxiety Disorder Screener and Anger Rumination Scale. Relationship satisfaction was measured with Dyadic Adjustment Scale. Affect regulation was measured with Dysfunctional and Emotional Regulation Scale. Satisfaction with treatment was measured with Client Satisfaction Questionnaire-8. Partners also received a number of post-measurement questions regarding any changes the partner experienced with the client, at termination of treatment.

Statistical analysis of client estimates ($n = 23$) with paired t-tests showed a significant effect on psychological violence, generalized anxiety, affect regulation and anger rumination. In partner estimates ($n = 20$), no significant effect was found, except for the partner's own estimated mental health. Partners also indicated, in qualitative post-measurement, that violence had been reduced.

The therapists in the study expressed a wish to be able to offer IVIN to their clients in the future, and to be able to use the IVIN-material in regular treatment. The clients themselves indicated a high level of satisfaction on the CSQ-8.

Introduktion

Det har under flera års tid stått att läsa i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd att personer som utövat våld i nära relationer *bör* erbjudas stöd och behandling för sin problematik (Socialtjänsten, 2023). År 2021 skärptes så socialtjänstlagen. I den nya bestämmelsen i 5 kap. 11 a § står att läsa att socialtjänsten *ska* verka för att personer som utsätter eller har utsatt närstående för våld eller andra övergrepp ska ändra sitt beteende. Denna lagskärpning har, inom socialtjänsten i Sverige, skapat ett större intresse för *hur* dessa personer ska kunna ändra sitt beteende.

Vid en första anblick visar den sammanlagda forskningen på våldsfältet att man behöver utveckla nya metoder och behandlingar för målgruppen (Gondolf, 2004). Då både samhällskostnaderna för våld i nära relationer och det personliga lidandet är stora, anses utvecklandet av effektiva behandlingsprogram som essentiellt. Någon evidensbaserad behandling för personer som utövar våld i nära relationer finns ännu inte och i flera studier ses svaga behandlingseffekter. Bland annat ses svaga resultat i Kriminalvårdens IDAP-program (Haggard et al., 2015) och kognitiv beteendeterapi i grupp (Gondolf, 2004). Dock är dessa resultat svåra att generalisera till våldsutövare som söker behandling frivilligt, då de grupper man forskat på främst utgörs av dömda/fängslade personer med en allvarlig våldsproblematik. Babock, Green och Robie (2004) skrev sammanfattande:

Given what we know about the overall small effect size of batterers' treatment, the energies of treatment providers, advocates, and researchers alike may be best directed at ways to improve batterers' treatment" (s. 1048).

Flera röster på behandlingsfältet har höjts för ett mer ambitiöst arbete mot att skapa effektiva behandlingsmetoder för våldsutövare i nära relationer. Steven Hayes, grundaren till Acceptance and Commitment Therapy, uttrycker följande i *Psychology Today* (2017):

I worry that the public, or even the domestic violence community who should know better, thinks we have "solved" the issue as long as there are loud calls for strong action against perpetrators. We can all shout at the top of our lungs that we believe domestic violence is wrong, but until we, as a society, figure out how to reduce partner violence, our shouts are nothing but wind.

Teorier om våldsutövande

Det är fyra huvudsakliga teoribildningar som utgör basen i den internationella forskningen om personer som utövar våld i nära relationer; Sociokulturella teorier (feministisk teori och maktteori), Individuella teorier (social inlärningsteori, bakgrunds- och situationell teori, personlighets/typologi teorier) och integrativ teori (Burlemova, 2018). Nedan beskrivs dessa teorier och exempel på forskning som gjorts utifrån dessa teorier. Därefter presenteras den behandlingsforskning som gjorts gällande våldsutövare, och till sist presenteras annan vetenskap gällande den generella kliniska bilden av gruppen våldsutövare, som är relevant vid skapandet av nya behandlingsprogram och kliniska metoder, såsom IVIN – det internetbaserade behandlingsprogram som denna uppsats handlar om.

Feministisk teori

Feministisk teori förklarar våld i nära relationer utifrån ett patriarkalt maktperspektiv. Förespråkare för denna teori hävdar att mäns våld mot kvinnor handlar om en grundläggande brist på jämställdhet mellan män och kvinnor, där män använder våld för att bibehålla sin maktposition. Våldsutövare antas alltså utöva våld mot bakgrund av samhällseliga normer som rättfärdigar manlig dominans (Dobash, 1978). Det våld som utövas av en kvinna mot en man förstås, inom ramen för den makt och dominans som hon är utsatt för, som självförsvar, motvåld eller hämnd. Vissa forskningsfynd går också i linje med dessa hypoteser. Bland annat har man sett det förekommer mer våld i familjer där mannen betraktas som den med mest makt i relationen, där mannen uppvisar könsstereotypa attityder och där det finns en stor skillnad gällande graden av acceptans för patriarkala värderingar mellan mannen och kvinnan (Hunnicut, 2009; Leonard & Senchak, 1996; Yllö, 1983).

Även om feministisk teori tagit sig in i de nordiska regeringsrummen, där flertalet politiker driver en uttalad feministisk politik mot våld i nära relationer, har teorin kritiserats från flera håll. Kritiken går bland annat ut på att man haft en svag vetenskaplig metodik i flera avseenden, där man t ex. gjort kvalitativa studier på kvinnor som varit utsatta för mycket allvarligt våld och sedan generaliserat dessa resultat på befolkningen i stort på onyanserade sätt, enligt kritikerna (Dutton, 2011). I metaanalyser kunde man inte heller stödja den feministiska teorins idéer. Sugarman och Frankel (1996) visade i sin studie att det inte går att hävda att det finns ett tydligt samband mellan patriarkala värderingar hos män och ett våldsamt beteende. O'Leary (2007) förde fram att patriarkala värderingar inte var den starkaste riskfaktorn för våld i nära relationer.

Maktteori

Denna teoribildning hävdar att våld i nära relationer inte enbart ska förstås utifrån ett samhälleligt perspektiv, såsom i feministisk teori. Straus (1977) förde fram att man också behöver undersöka de maktstrukturer och den konfliktnivå som finns i familjesystemet. Anhängare till maktteorin bortser dock inte från jämställdhetsperspektivet utan hävdar att familjevåld bör betraktas som ett resultat av interaktionen mellan just brist på jämställdhet mellan könen, acceptans av våld och konfliktnivån i familjen. Maktteoretikerna menar att när en maktobalans uppstår mellan mannen och kvinnan i familjen, ökar konfliktrycket och leder in mot utövande av våld. Det vetenskapliga stödet för maktteori kommer bland annat från Mihalic & Elliot (2005) samt Cascardi & Vivian (1995) som visade att risken för våld ökar i familjer med hög konfliktnivå. Denna teoribildning hävdar att det är essentiellt att inte bara beforska mäns våld mot kvinnor utan också kvinnors våld mot män och våld i hbtqi-relationer. Man förespråkar ett könsinkluderande perspektiv och är kritiska till den feministiska teorins starka fokus på män som våldsutövare.

Social inlärningsteori

I den sociala inlärningsteorin (Bandura, 1977; Warehem 2009) hävdar man att våld är ett inlärt beteende, som primärt lärts in via egna upplevelser av våld i familjen under uppväxten. Genom denna tidiga utsatthet (som kan bestå av direkt utsatthet eller bevittna/uppleva) har en ökad acceptans för våld slagit rot hos den person som senare utvecklar ett våldsproblem. Ett flertal studier har mycket riktigt kunnat påvisa att det finns en koppling mellan tidig utsatthet för våld och våldsutövande som vuxen (Berzenski & Yates, 2010; Parks, 2011). Andra anhängare av denna teoribildning menar att det som avgör om ett barn/ungdom som växer upp med våld senare också utövar våld, handlar om vilka konsekvenser våldet får i de första kärleksrelationerna. Om ungdomen blir negativt och/eller positivt förstärkt av sitt våld ökar risken för att utvecklandet av ett våldsproblem. (Daigneault, 2009).

Som stöd för den sociala inlärningsteorin kan Costas (2005) systematiska forskningsöversikt av longitudinella studier nämnas. Costa tittade på studier som behandlade riskfaktorer för att utveckla ett våldsproblem i nära relationer som vuxen. Man tittade på fem riskfaktorer: Egen utsatthet för fysiskt våld i uppväxtfamiljen, bevittnat våld i uppväxtfamiljen, beteendestörning som barn, umgänge i antisociala kretsar under tonåren, uppvuxen i en familj som var socioekonomiskt utsatt. Slutsatsen av Costa var att samtliga av

dessa riskfaktorer ger en ökad risk för att utveckla ett eget våldsproblem i nära relation. Men risken för att bli utsatt för våld ökade också hos personer som hade dessa faktorer. Dessutom fanns det ingen skillnad mellan män och kvinnor, dvs. riskfaktorerna var lika giltiga och skarpa oavsett kön.

Bakgrunds- och situationell teori

Ur socialinlärningsteori skapade Riggs och O'Leary (1996) en modell som förde fram två komponenter som antogs bidra till och vidmakthålla våld i nära relationer. De två komponenterna var bakgrundsvariabler och situationella variabler. Till bakgrundsvariabler hittades fenomen som utsatthet för våld under uppväxten, personlighetsdrag, tidigare våldsanvändning, psykiska problem och egna uppfattningar om våld. De situationella variablerna handlade istället om faktorer som i själva situationen/stunden ökar risken för våld. Det handlade om fenomen såsom graden av konfliktnivå, påverkan av alkohol/droger, svag problemlösningsförmåga hos våldsutövaren. Riggs och O'Leary menade att det är interaktionen mellan bakgrunds- och situationella variabler som avgör om våld utövas eller inte. I denna text har det redan refererats till studier om bakgrundsvariabler. Andra studier, kopplat till situationella variabler, har de facto visat att graden av konfliktnivå, substanspåverkan har en betydelse vid uppkomsten av våld (White, 2001; Fals-Stewart, 2003)

Personlighets-/typologi teorier

Flera forskare har intresserat sig för personlighetsdrag och störningar i personligheten hos våldsutövare. I dessa studier har man strävat efter att dela in våldsutövare i olika typer. En av de mer kända typologierna gjordes av Holtzworth-Munroe och Stuart (1994). De presenterade tre olika typer/kategorier av våldsutövare: family only (utövat våld enbart i familjen, ej omfattande psykopatologi), generally violent/antisocial (har ett generaliserat våldsproblem, drag av antisocial personlighetsstörning) och dysphoric/borderline (svårt svartsjuka, drag av emotionell instabil personlighetsstörning). Den tidiga studien av Holtzworth-Munroe och Stuart har blivit replikerad och bekräftad i senare studier, såsom av Dixon (2011) och av teorimakarna själva (Holtzworth-Munroe, 2000).

I en något mer modern studie fann Chiffrieller, Hennessy, and Zappone (2006) ytterligare typologier enligt följande: personlighetsstörda våldsutövare, våldsutövare som utövar sexualiserat våld, generellt våldsamma, psykisk våldsamma och family-only. Dessa forskare

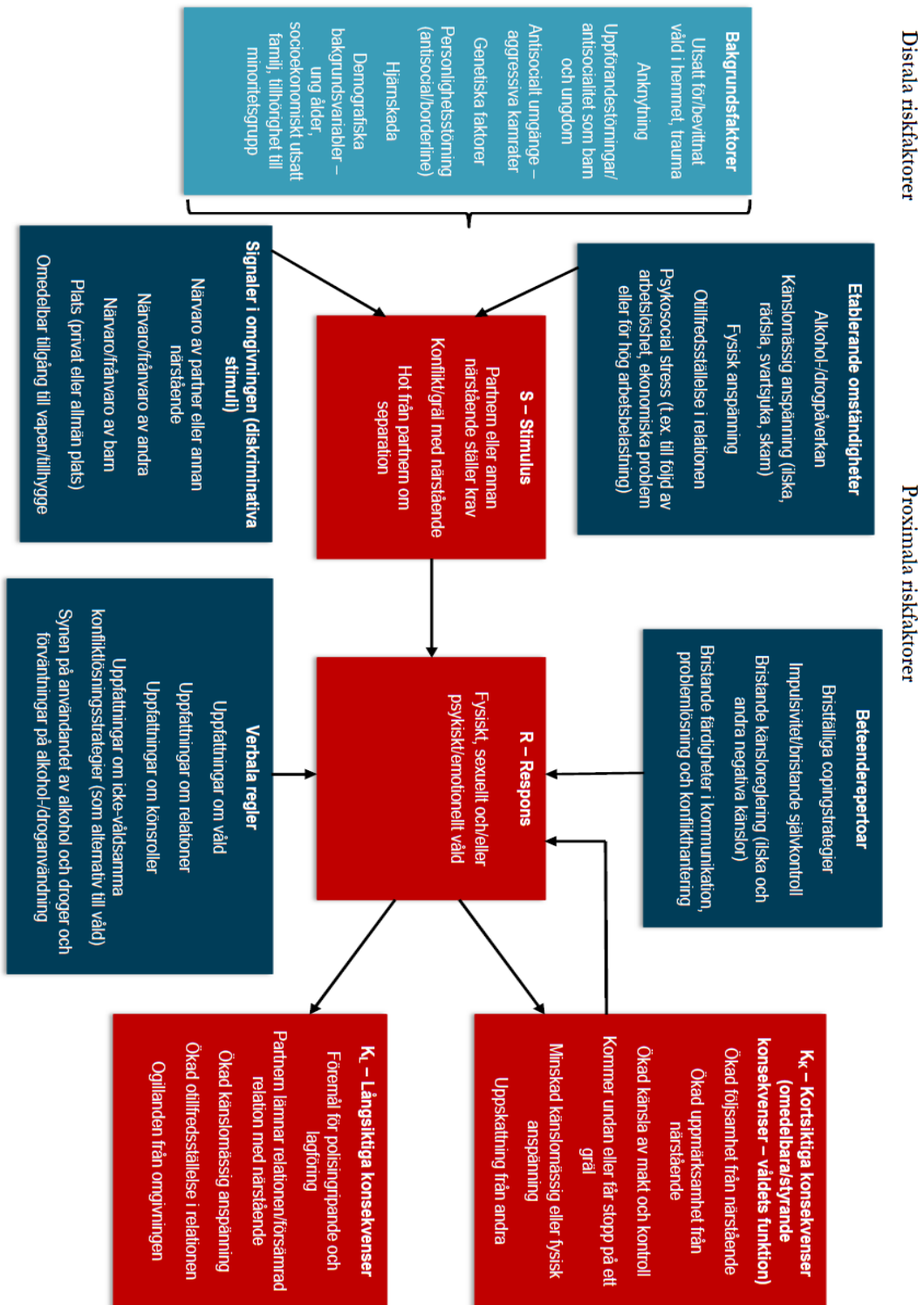
förde fram vikten av att hitta behandlingsinsatser anpassade just för den specifika typen av våldsutövare.

Sociologen Michael P Johnson (2005) har presenterat typologiforskning som fått ett visst genomslag på våldsfältet. Han beskrev först det han kallar för situationsbetingat partnervåld (Johnson, 2005). Denna typ av våld antas vara den vanligaste formen av partnervåld i samhället. Sett till antalet våldsutövare, hävdade Johnson, är det situationsbetingade våldet vår största utmaning på våldsfältet. På gruppnivå leder detta våld mer sällan till allvarlig fysisk skada för den utsatta, våldet är i mindre grad upprepat och följer inte lika tydligt det upptrappingsmönster som mer allvarliga former av våld följer. I en relation där det förekommer situationsbetingat våld är det vanligare att båda parterna har använt våld, och det är inte lika ofta som den våldsutsatta personen fruktar för sitt liv. Detta våld utövas oftast i konfliktsituationer där paret är under stark stress, och där en av parterna till slut tar till våld, såsom att knuffa, hålla fast, fösa undan (Heyman & Schlee, 2003, Holzworth-Munroe et al., 2000; Johnson, 2005). I samhällsdebatten och från kvinnojour rörelsen rapporterade man dock om en annan typ av våld som utövas av en annan typ av våldsutövare - den intima terroristen (Johnson, 2005). Detta våld utgörs av upprepat, allvarligt fysiskt, psykiskt och sexuellt våld och bär tydliga kännetecken av makt och kontroll. Våldet följer ett upptrappingsmönster och fyller funktionen att styra och kontrollera partnern, vars livsutrymme begränsas påtagligt av våldet. Dessa våldsutövare lider ofta av personlighetssyndrom (antisocial, borderline eller narcissistisk), de har ofta missbruksproblem, annan psykisk ohälsa och kan ha ett kriminellt beteende (Hamberger, 1988; Holtzworth-Munroe, 2000). De utsatta (främst kvinnor) fruktar ofta för sina eller sina barns liv. Den våldsutsatta utvecklar ofta posttraumatiskt stressyndrom, depression (Kubany, 2008) psykosomatiska problem, och sliter med sina besvär även långt efter det att man eventuellt fått hjälp av kvinnojour eller socialtjänst (NCK, 2010).

Det senaste bidraget i forskning om våldstypologier kom från Love m fl. (2020). De förde ett resonemang om att det sannolikt inte vare sig är korrekt eller hjälpsamt att sträva efter att kategorisera våldsutövare i olika grupper. Detta ger det missvisande intrycket av att det handlar om distinkta och helt olika typer av våldsutövare. Love med kollegor menade att det snarare handlar om att våldsutövare går att placera på ett kontinuum, som utgörs av grader av makt, kontroll, svartsjuka och patriarkala uppfattningar. Med ökad grad av dessa fenomen ökar också risken för allvarligare våld.

Integrativ teori

Flera forskare har genom åren fört fram vikten av en teoribildning som kan integrera olika perspektiv (Whitaker, 2006; Wilkinson, 2005). Bell och Naugles (2008) kontextuella ramverk är ett svar på detta. Se bild nedan.



Denna modell är tydligt influerad av social inlärningsteori (Bandura, 1977), teorin om bakgrunds- och situationella variabler och kognitiv inlärningsteori. I mitten av bilden (röda boxar) gestaltas processen från stimuli, till respons (våldsutövande), till konsekvenser på kort och lång sikt. Den ljusblåa boxen längs till vänster handlar om de s.k. distala faktorerna, dvs. bakgrundsfaktorer hos individen som ökar risken för våld. De mörkblåa boxarna handlar om variabler som kommer till uttryck/är relevanta i den aktuella högrisksituationen, såsom uppfattningar om våld, bristande förmåga att hantera känslor, påverkan av alkohol, tillgång till vapen. Modellen är framtagen för att kunna vara användbar också i ett kliniskt sammanhang. Modellen kan hjälpa den enskilda behandlaren att få en översikt över de faktorer som behandlingen behöver rikta sig in på. I skapandet av IVIN användes därför denna modell och fokus lades på de faktorer som bedömdes vara mest påverkansbara inom ramen för en internetbehandling (se nedan).

Andra förklaringsmodeller

Alkohol- och drogmissbruk har förts fram som en egen förklaringsmodell. En av de studier som oftast citeras är studien av Fals-Stewart (2003), som visade att det är elva gånger ökad risk att en klient utövar allvarligt våld när han är påverkad av alkohol. Även missbruk av kokain och marijuana har kunnat kopplas till ökad risk för våld (Moore, 2008). Författarna till studierna ovan förde fram vikten av screening för missbruk och beroende hos personer som utövat våld i nära relationer.

Anknytningsmönster hos våldsutövare har också studerats. Murphy och Eckhardt (2005) skrev att våldsutövare som uppvisar en otrygg-undvikande anknytningsstil använder i större utsträckning våld i situationer där han upplever sig kritiserad eller att partner går i försvar under en konflikt. Våldsutövare med en otrygg-ambivalent använder oftare våld när partnern på något sätt drar sig undan. Även Dutton (2011) skrev om otrygg-ambivalent anknytning och myntade begreppet *the abusive personality* – en person med en ångestdriven svartsjuka, stort kontrollbehov och affektregleringsproblem. Mc Dermott och Lopex (2012) hade också analyser runt denna typ av problematik. De förde fram att dessa personer ofta överidentifierar sig med traditionella maskulinitetsnormer, vars budskap (t. ex. en riktig man visar inte känslor) ”löser” deras svårigheter med närhet och distans. Våldet blir då ett manligt och därmed legitimt sätt att hantera den inre stress som anknytningsmönstret ger upphov till. En person med otrygg-desorganiserad anknytning är i de flesta fall i behov av en längre psykoterapi med inslag av traumabehandling, skriver Murphy och Eckhardt (2005).

Även antisocialt umgänge under tonåren har redovisats som en riskfaktor (Costa, 2015) för att utveckla ett våldsproblem. Stewart (2013) påminde om att denna faktor är påtaglig vad gäller generell kriminalitet, men inte lika stark vad gäller våld i nära relationer specifikt. Den bör dock beaktas, skrev Stewart (2013). Hos unga våldsutövare i nära relationer förefaller den dock vara starkare (Capaldi, 2012), vilket gör den än viktigare att lägga fokus på i mötet med just denna målgrupp.

Då denna studie handlar om psykologisk behandling, fördjupas här inte texten om biologiska/genetiska förklaringsmodeller. Det kan dock nämnas att det finns studier som pekar på att den genetiska komponenten på intet sätt kan räknas bort i sammanhanget. Barnes (2013) visade att genetiska faktorer kunde förklara en stor del av variansen enligt följande: 54 % att skada sin partner, 51 % att tvinga sin partner till sex.

Forskning om och erfarenhet av behandling av våldsutövare i nära relationer i en nordisk och internationell kontext

I många år arbetade svensk kriminalvård med det s.k. IDAP-programmet. Det är baserat på den s.k. Duluthmodellen, som sedan mitten av åttiotalet varit den mest inflytelserika modellen vid behandling av våldsutövare i nära relationer i västvärlden (Sherpard, 2005). Duluthmodellen är tydligt feministiskt orienterad och utgångspunkten är att mäns våld mot kvinnor är ett uttryck för manlig dominans och patriarkala attityder hos män som legitimerar våldet. Genom åren har flera röster höjts mot att denna modell kanske tagit en alltför stor plats på detta behandlingsfält (Dutton, 2006; Stith, 2011). Man menar att det finns en risk att en "one-size-fits-all" problematik har uppstått, där många våldsutövare inte passar in i det fokus på allvarligt makt- och kontrollvåld, som kännetecknar en Duluthbehandling. Det blir till exempel svårt att placera in kvinnliga våldsutövare i en sådan kontext (Archer, 2000; Dutton, 2006). Vare sig parrelationer där båda personerna utövar våld, eller hbtq-relationer, passar inte givet in i ett sammanhang där grundstenen handlar om mäns självpåtaga makt över kvinnorna i deras liv (Langhingrichsen-Rohling, 2010; Renner & Whitney, 2010). Faktum är att Duluthmodellen aldrig skapades utifrån ett synsätt att det kan finnas olika typer av våldsutövare och att både män och kvinnor kan ha en vålds- och aggressionsproblematik. "One-size-fits-all" problematiken verkar i synnerhet vara ett bekymmer i USA där många stater enbart har rätt att döma män till just Duluthbehandling och inget annat (Barner & Carney, 2011). Kriminalvården i Sverige har alltså haft en liknande

situation, då det i många år var IDAP man erbjöd de personer som dömts för brott som rör våld i nära relationer. Dock har Kriminalvården under de senaste åren utvecklat program för individuell behandling, för att möta de behov som finns hos denna heterogena klientgrupp (Kriminalvården, 2022). Man har skapat två behandlingsprogram som riktar sig till personer som utövat våld mot närstående. Relationsvårdsprogrammet och PREDOV. Kriminalvården förde fram att behandlingar behöver skapas och genomföras utifrån den s.k. RBM-modellen (Bonta & Andrews, 2017) Akronymen ”RBM” står för risk, behov och mottaglighet. Man menade att en insats först och främst behöver ges till en klient som har måttlig-hög risk för återfall. Insatsen behöver också utgå från och anpassas till de specifika kriminogena behov som driver det brottsliga beteendet. Avslutningsvis, behöver insatsen innehålla motiverande aspekter och ges till klienter som bedöms ha en egen förändringsmotivation. Travers (2021) förde fram att RBM-perspektivet är lovande gällande våldsutövare, men att mer forskning krävs för att kunna matcha klienter till olika typer av insatser.

Mottagningar i Sverige som erbjuder behandling till personer som utövar våld i nära relationer (hädanefter kallade VINR-mottagningar) är också tydligt inspirerade av Duluthmodellen men också av ATV i Norge (Socialstyrelsen, 2010). ATV Oslo var i mitten på åttiotalet den första mottagningen i norra Europa som började erbjuda våldsutövare behandling (Isdal, 2001). ATV-modellen har fyra grundpelare, som kan sägas utgöra ett sammansatt synsätt på våld och som ska genomsyra behandlingen (Isdal, 2001). För det första talar man om vikten av ”fokus på våld”, dvs. att behandlaren hjälper våldsutövaren att genom behandlingen inte släppa samtalen och tematiken runt våld. Bland annat hjälper behandlaren klienten att detaljerat berätta om sitt utövade av våld, i alla dess former. Syftet med dessa samtal berör den andra grundpelaren – ”ansvar”. Behandlingen har alltså en uttalad målsättning att ansvariggöra våldsutövaren, dvs. att få hen att uppleva att det är hens eget ansvar att bryta våldet och skapa motivation för detta ändamål. Den tredje grundpelaren handlar om ”konsekvenser”, som innefattar att behandlaren hjälper våldsutövaren att upptäcka och sätta ord på de konsekvenser våldet fått för hen själv och för andra i hens närhet. Den sista grundpelaren kallas ofta för ”sammanhang”. Här handlar samtalen om våldets orsaker, dvs. att hjälpa personen att förstå hur det kommer sig att hen utvecklat ett våldsproblem i nära relationer. ATV:s grundpelare erbjuder således ett sammansatt synsätt på våld, som kan ge behandlaren viss riktning vad gäller behandlingsplanering. Dock erbjuder inte ATV någon typ av behandlingsmanual för individuell psykologisk behandling där dessa grundpelare får en tydligare form såsom i material för bedömning, konkret behandlingsplanering, övningar och

självhjälpsuppgifter. Psykologen Per Isdal, en av grundarna till ATV, har dock satt samman en gruppbehandlingsmanual, som han utbildat svenska behandlare i, sedan flertalet år tillbaka.

Faktum är att utbudet vad gäller utbildning i psykologisk behandling för våldsutövare är eftersatt i Sverige. Detta kan vara relevant att föra fram då brist på utbildning leder till brist på metod, vilket i sin tur leder till svårigheter att utvärdera de behandlingar som genomförs i Sverige, i synnerhet om man vill ta reda på vilka komponenter i behandlingen som är särskilt effektiva. Den enda utbildning i Sverige, utanför Kriminalvården, som rör individuell psykologisk behandling för personer som utövat våld i nära relationer ges idag av leg psykolog Dan Rosenqvist och skötare/leg psykoterapeut Kjell Nordén. De har skapat en behandlingsstruktur som de kallar för ”Samtal om våld”. Modulerna är framtagna utifrån beprövad erfarenhet och tillgänglig forskning på våldsfältet och handlar t.ex. om psykoedukation om våld, affektreglering, kommunikation, konsekvenser av våld, traumaperspektiv på våldsutövande, arbetet runt problematiska maskulinitetsnormer, arbete runt missbruk mm. Strukturen syftar till att hjälpa behandlaren att skapa en flexibel, konkret och individuellt anpassad psykologisk behandling baserad på en strukturerad bedömningsfas med beprövade instrument. Behandlingen bygger på ATV:s behandlingsprinciper med tillägg av motiverande samtal, KBT, mindfulnessbaserade terapiformer och affektfokuserad terapi. 2012 gjorde Rosenqvist och Nordén en kvalitativ uppföljning av 54 män som gått i behandling utifrån ”Samtal om våld”. Man fann att en stor majoritet av både klienter och partners upplevde att fysiskt, psykiskt, materiellt och sexuellt våld hade minskat eller helt upphört i samband med behandlingen (Rosenqvist & Nordén, 2012). Författarna till rapporten understryker dock att man inte kan dra några säkra slutsatser av resultaten på grund av bristfällig vetenskaplig metod. ”Samtal om våld” kom dock senare att bli grunden till modulerna i IVIN, som denna uppsats handlar om.

Det finns viss nordisk forskning gällande behandling av personer med våldsproblematik i öppenvård. Bland annat gjorde Socialstyrelsen i Sverige (2010) en utvärdering av samtalsbehandlingar (individuellt och grupp) utförda på olika VINR-mottagningar. Man bedömde att resultaten var lovande, då tex 51% av männen hade använt fysiskt våld vid början av behandlingen, men endast 23 % vid slutet av behandlingen. Dock saknades kontrollgrupp och därmed är resultaten oklara. I Norge har Ingunn Askeland (2021) gjort en utfallsstudie på behandlingar utförda vid Alternativ til vold i Oslo av psykologer. I partnerskattning vid uppföljning 1,5 år efter avslutad behandling såg man bland annat att 11% utövat fysiskt våld ”en typisk månad”. 43% utövade fysiskt våld vid ”en typisk månad” vid

behandlingsstart. Även denna studie saknade dock kontrollgrupp, men gav hopp om att psykologisk behandling för personer med våldsproblematik i en nordisk kontext, kan vara verksamt.

Behoven av att utveckla nya behandlingsmetoder, samt att beforska dessa, är alltså stora. Flera nya behandlingsmetoder har de facto sett ljuset. Bland annat har Stith (2004) tagit fram en manual för parterapi för par det förekommit mindre allvarligt våld (s.k. situationsbetingat våld) (Stith, 2011) och visat god effekt i behandlingsstudier. Stith och flera andra forskare på våldsfältet (Johnson, 2008; Gottman, 2015) talade dessutom om potentialen i att utveckla ett bättre bedömningsförfarande för att kunna särskilja på olika typer av våldsutövare som behöver olika behandlingsinterventioner. Exempelvis visade Saunders redan 1996, att våldsutövare med antisociala drag verkade få bättre resultat i psykoedukativa program baserade på feministisk- och kognitiv teori, medan utövare med borderlinedrag fick mer ut av psykodynamisk terapi. Från och med 2004 har det kommit ett antal metaanalyser gällande behandling till våldsutövare i nära relationer. Först kom Babcock et. al (2004). I denna metaanalys fann man att behandlingarna (kbt i grupp=11, grupper baserade på Duluthmodellen=19 samt övriga=7) hade svag effekt och i jämförelse med att endast ha blivit arresterad, var skillnaderna inte stora. Man konstaterade att risken att återfalla i våld minskade endast med 5% om man förutom att ha blivit anhållen också genomgått någon typ av behandling. Även senare metaanalyser (Feder et al., 2008; Smedslund et al., 2011; Eckhardt et al., 2013; Arias et al., 2013) bekräftade svaga behandlingseffekter. Brittiska justitieministeriet menade 2014 att man i bästa fall kunde säga att det var tvetydiga men lovande resultat i forskningen (Ministry of Justice, 2014).

Flera forskare bland annat Stewart (2013) samt Armenti och Babcock (2016) har gjort försök att förklara det svaga forskningsstödet för våldsutövarbehandling. En möjlig förklaring, menar man, kan handla om att det är gruppbehandlingar man forskat. I Babcocks metanalays från 2004 redogjordes för hur våldsbehandlingsfältet tydligt dominerats av just insatser i grupp. I ett gruppformat riskerar man att inte lyckas möta den komplexitet och heterogenitet som finns i klientgruppen. Det är därför möjligt, resonerade man, att när det kommer till våldsutövare i nära relationer räcker det inte med ett ”one-size-fits-all-tänk”. Man förde också fram hypoteser om att klienterna i gruppen som har en allvarliga våldsproblematik skulle kunna påverka klienterna med lindrigare problematik på negativa sätt, vilket skulle kunna ökar risken för återfall gruppen som helhet.

The Partner Abuse State of Knowledge Project (PASK) är det största forskningsprojektet som hittills gjorts på området (Eckhardt et al., 2013). Man gjorde en systematisk genomgång av de behandlingsstudier som då fanns på området. För det första kom man fram till att det inte går att hävda att det finns någon behandlingsform som har någon form av evidens. Man kunde dock peka på några specifika och några generella intressant företeelser. Motiverande samtal beskrevs som en särskilt lovande metod och man rekommenderade att kliniker och forskare behöver börja gå utanför de ramar som hittills varit dominerande på fältet (feministiskt perspektiv/Duluthmodellen). Man riktade kritik mot one-size-fits-all-tänket i behandling av våldsutövare och rekommenderade att insatserna behöver riktas tydligare mot identifierbara riskfaktorer hos målgruppen. Sist men inte minst förde man fram att ett centralt inslag i behandlingen behöver handla om acceptans av känslor. I traditionella kbt-gruppbehandlingar såg man att insatserna i hög utsträckning hade handlat om att hjälpa våldsulövaren till större självkontroll med hjälp av metoder som gick ut på att förändra, ta bort eller minska på intensiteten på känslor i allmänhet, och ilska i synnerhet.

I The Partner Abuse State of Knowledge Project slog man alltså fast att kliniker och forskare på våldsfältet behöver utveckla mer individuellt frammejslade insatser, som riktar sig just mot den unika personens riskfaktorer och känslomässiga problematik.

Forskning gällande den kliniska bilden av våldsutövare i nära relationer

Svårigheter med att identifiera, hantera och kommunicera känslor tycks vara ett viktigt område i våldsutövarbehandling. Bland annat har upplevelsemässigt undvikande kunnat relateras till ökad risk för våld (Bell & Higgins, 2015; Shorey et. al. 2014) och målgruppen som helhet tycks ha sämre tolerans för eget känslomässigt påslag (Jakupcak, Saltser, Gratz & Roemer, 2003). Man har också kunnat se en sämre förmåga att identifiera egna känslor (Umberson et al., 2003) och i sin psykologexamensuppsats från 2013 hittade svenske Calvert ett samband mellan alexitymi och våld mot partnern.

Roberton (2012) förde i sin forskning fram att personer som utövat våld mot en partner både har en under- och överregleringsproblematik vad gäller känslor. En person med underregleringsproblematik har alltför bristfällig tillgång till effektiva copingstrategier och kommer att reglera den problematiska känslan för lite. Känslan får så att säga ”göra vad den vill” – en stark upplevelse av ilska kan så få blomma ut i ett aggressivt beteende. En person

med överregleringsproblematik kommer däremot att reglera den problematiska känslan alltför mycket, dvs. på olika sätt försöka trycka ned den och hålla undan den. På lång sikt kommer detta också leda till problem enligt Robertson, utifrån det välkända fenomenet rebound effect (Wegner, 1987) – det som trycks ned kommer sträva efter att ta sig upp, som en metallfjäder som spjärnar emot och till slut löser ut. Detta kan så öka så risken för utbrott och skrämmande våld i olika former.

Flera forskare har genom åren beskrivit att våldsutövare i nära relationer har en nedsatt förmåga att både känna igen och tolerera affekter hos andra (Chapman et al. 2018; Clements et al, 2007; Marshall & Holtzworth Munroe, 2010). Dessutom får våldsutövare ett starkare känslomässigt påslag i konfliktsituationer i nära relationer (jämfört med icke-våldsamma män) och då i synnerhet när de triggas av teman som att bli avvisad (Langer & Lawrence 2009). Det är alltså sannolikt relevant att använda behandlingsinterventioner som riktar in sig på just dessa teman. I IVIN2 tematiseras detta främst i modul 3, 4 och 6.

Tull (2017) för fram att våldsutövare har en tendens att ha särskilt svårt för att närma sig känslor som påminner om en upplevelse av svaghet och sårbarhet. I en behandling kan det således vara relevant att lägga fokus på att utforska detta tema. I IVIN2 görs ett tydligt nedslag i detta område i modul 3, då klienten får i uppgift att utforska och sätta ord på hur hans underliggande vanmaktsupplevelser tar sig uttryck i typiska högrisksituationer.

En teoribildning som låg till grund för behandlingsrationalen i IVIN2 var Anger avoidance model av Gardner and Moore (2008). I denna modell argumenterade forskarna för att personer med våldsproblematik har ett affektlobiskt förhållningssätt till sin egen ilska. När dessa personer upplever ett påslag av ilska, får de omedelbara impulser att på något sätt ”bli av med” känslan. Ett sätt att åstadkomma detta blir då att ta till ett våldsamt beteende. Teorin antog att det är olika typer av svåra barndomsupplevelser som ligger till grund för denna affektregleringsproblematik. Gardner och Moore (2008) skriver:

The Anger Avoidance Model suggests that among anger patients, a chronic early aversive history leads to information processing biases and emotion regulation deficits, which in turn result in intense efforts to avoid the experience of anger. This avoidance takes the form of hostile rumination (cognitive avoidance) and aggressive and violent behavior (behavioral avoidance). This model holds clear implications for research and treatment of this challenging clinical phenomenon.

We suggest that individuals who confront early adverse histories experience intense emotion along with a pervasive sense of powerlessness, which culminates in a level of anger/rage that is subjectively overwhelming.

En central del av IVIN2 kom, utifrån dessa resonemang, att handla om att klienterna skulle lära sig att inte bara lära sig att distrahera sig från sin ilska, utan också på lång sikt utveckla konsten att tolerera den precis som den är. Av detta skäl valde man i IVIN2 att lära ut acceptansbaserade verktyg utifrån ACT (Hayes, 2006). Vidare blev klienterna presenterade för träning i medveten närvaro då flera studier visat att denna träning kan leda till just förbättrad förmåga att acceptera och tolerera starka känslomässiga upplevelser (Wupperman, 2012, Hill, 2012). Dessutom visade Gillions (2019), i sin systematiska forskningsöversikt, att träning i medveten närvaro kan ha god effekt på just ilska. Det har också publicerats en i sammanhanget relevant norskt studie. Nasset (2020) genomförde en randomiserad kontrollerad studie för att utvärdera en kbt-behandling i grupp (Sinnesmestring). Kontrollgruppen fick träna på medveten närvaro. Studien visade att både kbt-gruppen och kontrollgruppen signifikant minskade sitt våldsamma beteende.

Ytterligare ett problem för personer med våldsproblematik förefaller handla om att de har en sämre förmåga att empatiskt tolka partners beteende korrekt (Clements et al, 2007; Marshall & Holtzworth Munroe, 2010). De antas uppvisa en sämre förmåga att tolka sociala/relationella situationer. Klientgruppen har en särskild benägenhet att tolka dessa situationer som att de t ex. är attackerade, utsatta, missförstådda, orättvist behandlade samt att andra (ofta partnern) har onda avsikter med sina beteenden och bör få skulden för det inträffade (Novaco, 1978; Holtzworth-Munroe, 1992). Vidare föreslår forskning från Nedegard och Sbroco (2014) att den ilska som våldsutövaren upplever i en högrisksituation bidrar till att hen överskattar våldets positiva konsekvenser, underskattar våldets negativa konsekvenser på lång sikt samt underskattar sin egen förmåga att hantera situationen. Ovanstående studier talar för att ett inslag i behandling behöver handla om hantering av ohjälpsamma våldsdrivande tankar. I IVIN2 är det modul 5 som syftar till att hjälpa klienten med att vid behov ”ta sig ut ur sitt huvud” och hantera tankar.

Ett kliniskt område som lyftes fram av Murpy och Eckhardt (2005) handlar om relationsfärdigheter. Forskarna, som också arbetat i behandling med målgruppen i många år, påstod att våldstuvare ofta uppvisar brister vad gäller att hävda sig på icke-aggressiva sätt. Önsknings blir lätt till krav. Man hävdade även att våldsutövare som grupp uppvisar brister

vad gäller att lyssna in partners behov, känslor och vilja. Man såg ett mönster av att ha svårt att hantera konflikter på ändamålsenliga sätt. Murphy och Eckhardt förde fram att många våldsutövare som eventuellt känner till hur man borde hävda sig och vara i en konflikt, tappar dessa förmågor när de får ett starkare känslöpåslag. Modul 6 i IVIN2 skapades för att tillgodose dessa behov i behandlingen.

De flesta studier som hittills refererats till i denna text har manliga studiedeltagare. I skapandet av IVIN2 antogs att flertalet klienter dock skulle vara kvinnor, inte minst då detta blev resultatet i IVIN1 (Jeppson och Engstrand, 2014). Laskey (2016) gjorde en systematisk forskningsöversikt gällande kvinnor som utövat våld i nära relationer. Man tittade på riskfaktorer och försökte koppla detta till lämpliga behandlingsupplägg för gruppen. Vanligt förekommande variabler var upplevda trauman, egen tidigare utsatthet för våld i nära relationer, missbruk- och beroendeproblematik, svårigheter att reglera känslor, affektiva störningar och anknytningsrelaterade svårigheter (främst rädsla för övergivenhet). Laskey menade alltså att våldsutövande kvinnor kan ha andra och fler behov jämfört med manliga våldsutövare, såsom behov av traumabehandling och depressionsbehandling.

Som nämnts i inledningen har också KBT-behandlingar riktade till våldsutövare beforskats och resultaten har varit blygsamma. Bidragande till detta har som sagt varit att man tittat på behandling i grupp för dömda män. Dessa män har ofta en allvarlig våldsproblematik och svår psykopatologi, är därför sannolikt mindre mottagliga för behandling. Det finns dock studier som undersökt klienter som sökt behandling frivilligt. Palmstierna, Haugan, Jarwson, Rasmussen Nøttestad (2012) studie tittade just på behandlingseffekt för män (n=26) som sökt frivilligt, och som fick genomgå en manualbaserad KBT-behandling i grupp. Man såg en signifikant minskning av våld enligt klientskattningar, jämfört med kontrollgrupp. Även Zarling (2015) visade i sin randomiserade kontrollerade studie med 101 klienter som sökt behandling på frivillig basis, att Acceptance and Commitment Therapy (även kallat ”tredje vågens kbt” en form av mindfulnessbaserad terapi) visade på signifikant behandlingseffekt vid 6 månaders uppföljning. Vid uppföljning efter ett år hade de personer som genomfört ACT-behandlingen signifikant mindre domar gällande våldsbrott och andra brott. Gällande domar kopplat till partnervåld fann man dock ingen signifikant skillnad, men rapporter från utsatta partners indikerade att klienterna i ACT-gruppen hade minskat sitt våldsamma beteende i familjen i större utsträckning. En effektstorlek på 0.67 kunde ses i ACT-behandlingen (Zarling och Russel, 2022).

Sammanfattningsvis, viss forskning talar för att kbt kan ha effekt hos motiverade klienter i öppenvård. En fråga i denna studie är följaktligen om kbt med inslag av tredje vågens kbt går att omsättas via internet, för just denna klientgrupp.

Bakgrunden till IVIN

KBT-behandling via internet har visat sig vara en effektiv metod mot flera psykiska besvär såsom nedstämdhet och ångest (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010). Man har sett flera fördelar med behandling via internet, såsom lättillgänglighet, möjlighet till flexibilitet för klienten, mer tidseffektivt och resursbesparade. Braithwaite's och Fincham's (2014) datorbaserade utbildningsprogram för par som syftar till att förebygga för partnervåld, är den enda interbehandling som gjorts för målgruppen tidigare.

År 2014 utvecklade och testade Linköpings universitet, inom ramen för Socialstyrelsens nationella ambition att minska våld i nära relationer i Sverige, tre olika internetbaserade program. Programmen syftade till att minska våld och behandla långsiktiga effekter av våldsutsatthet. IRIS var en internetbaserad behandling (kognitiv-beteendeterapi) som riktade sig till personer som varit utsatta för våld i nära relationer, och som utvecklat en psykisk ohälsa till följd av det. Man kunde konstatera signifikanta förändringar gällande depression och symtom på posttraumatiskt stressyndrom (Pettersson & Sandgren, 2013). MIRA, en interaktiv hemsida för våldsutsatta personer baserad på motiverande samtal, syftade till att öka dessa personers förändringsbenägenhet. I studien kunde man se en ökning av tilltro till egen förmåga till förändring hos de deltagare som tagit del av hemsidan (Brorell et al., 2014). Dessutom skapades IVIN – internetbehandling för personer som utövat våld i nära relationer. IVIN blev det första behandlingsprogrammet via internet som riktade sig till personer med våldsproblematik i nära relationer. Också i denna studie, som var en randomiserad kontrollerad studie, fann man signifikanta resultat på huvudutfallsmåttan psykiskt våld, fysiskt våld och aggressioner (Jeppson och Engstrand, 2014). Utöver detta såg man effekter på ångestsymtom, nedstämdhet och tillfredsställelse i relationen. I eftermätning, ett år efter avslutad behandling, kvarstod förändringarna (Hesser et al., 2017). I denna första IVIN-studie hade man hela riket som upptagningsområde och annonserade i nationell press. Studien genomfördes således inte i en klinisk kontext med personer som själva sökt sig till en våldsmottagning.

Leg psykolog Dan Rosenqvist och skötare/leg psykoterapeut Kjell Nordén vid ATV Jönköping var med och utformade IVIN-behandlingen utifrån behandlingsstrukturen ”Samtal om våld”, tillsammans med sex psykologkandidater vid Linköpings universitet. Rosenqvist och Nordén ville efter avslutad studie på universitetet implementera och beforska IVIN på mottagningar som erbjuder psykologisk behandling till personer med vålds- och aggressionsproblematik i nära relationer. Dan Rosenqvist avsåg att skriva en uppsats inom ramen för specialistutbildningen för psykologer i Sverige. Gerhard Andersson utnämndes till huvudansvarig forskare i detta nya projekt som kom att kallas IVIN 2.

En stor förändring i IVIN 2, jämfört med IVIN1, var att man nu också lät partnern till våldsutövaren utvärdera behandlingen genom att fylla i samma formulär som våldsutövaren själv fyllde i, s.k. partnerskattning, samt att man genomförde bedömningsamtalen genom att träffa klienterna på mottagningarna (ej telefonintervju). Behandlingstiden i IVIN2 var 16 veckor jämfört med 8 veckor i IVIN1.

IVIN2 riktade sig till personer som utövat lindrigare former av främst psykiskt våld, och syftade till att förebygga för nytt våld och eskalering av våld. Den typen av våldsutövare som IVIN riktade sig till var personer som utövat s.k. situationsbetingat våld (Johnson, 2005).

Frågeställningar i IVIN 2 var: Leder IVIN2-behandlingen till minskat våld, ökad relationstillfredsställelse, förbättrad affektregleringsförmåga och mindre symptom på depression, alkoholdrickande och ångest i en klinisk kontext enligt klientskattningar och partnerskattningar? Hur upplever behandlare på VINR-mottagningar i Sverige att arbeta med internetbehandling för personer som utövat våld i nära relationer?

Att definiera begreppet våld

En försvårande omständighet på våldsfältet har handlat om själva definitionen av begreppet våld. Begrepp har definierats på olika sätt i olika studier, vilket lett till svårigheter att jämföra forskningsfynd. Därför väljer vi att redogöra för hur våld definieras i just denna studie.

En definition som man ofta refererar till är WHO:s (2002):

Våld är avsiktlig användning eller hot om fysisk kraft eller våld som riktas mot människan själv, en annan människa eller en människogrupp eller en gemenskap och

som leder eller mycket sannolikt kan leda till döden, uppkomst av en fysisk eller psykisk skada, störning av utvecklingen eller att grundläggande behov inte kan tillfredsställas.

Denna definition används dock mer sällan av behandlare i Norden. Här är det betydligt vanligare att Per Isdals (2001) definition lyfts fram:

Med våld menas varje handling riktad mot en annan person, som genom att denna handling skadar, smärtnar, skrämmer eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill.

Genom denna definition blir våldets funktion i högre grad satt i fokus, vilket WHO:s definition saknar. Just denna aspekt har direkt koppling till behandlingsarbete, i synnerhet utifrån kognitiv- beteendeterapi, där just det problematiska beteendets funktion är hjärtat i förändringsarbetet. I Isdals definition blir också det kränkande våldet framlyft, vilket var en vanlig form av våld hos klienterna i IVIN1 (Jeppsson och Engstrand, 2014). Av dessa skäl valdes Per Isdals definition av våld till föreliggande studie.

Metod

Rekrytering

Den främsta rekryteringskanalen var genom det sedvanliga klientinflödet till de mottagningar som deltog i studien. I IVIN2 ingick ATV Jönköping, Familjefridsteamet i Hässleholm, ATV Kalmar, ATV Täby, Centrum mot våld i Jämtland, Kriscentrum Malmö Samtalsmottagning och Utväg Skaraborg. Det gjordes även annonsering i lokalpress och reportage i lokalradio. En hemsida för studien skapades där mer utförlig information om studien och behandlingen stod att finna, tillsammans med information om vilka som genomförde studien, etiska aspekter samt sekretess- och säkerhetsfrågor. Här kunde man också läsa om de inklusions- och exklusionskriterier som studien hade.

För att anmäla sig till studien ombads deltagaren att anmäla sig på hemsidan med den e-post som man ville använda sig av under en eventuell behandling. I samband med anmälan fick deltagaren tillgång till ett formulär med frågor rörande demografi, livssituation, datorvana mm. Dessutom ombads man fylla i CTS2, PHQ-9, AUDIT (se rubrik Mätinstrument) samt frågor om förekomst av potentiellt traumatiserande händelser i livet.

Därefter tog aktuell behandlare kontakt med deltagaren för att boka in ett första bedömningssamtal med syfte att avgöra om internetbehandling vore en lämplig insats för personen i fråga. Då man i IVIN2 valde att rikta in sig på lindrigare former av situationsbetingat våld, och exkludera personer med allvarigare problematik blev detta en central sak att bedöma. I bedömningssamtalen gick den professionella bedömaren därför igenom CTS2 och ställde fördjupade frågor om eventuellt våld som utövats. För att öka trovärdigheten i denna bedömning genomfördes även samtal med partnern till klienten i en s.k partnerkontakt (Socialstyrelsen, 2015). Under dessa samtal användes FREDA-beskrivning, FREDA-riskbedömning (Socialstyrelsen, 2014) och Women´s Experience with Battering Scale (Smith et al., 1995) för att få en kompletterande bild utifrån den utsattas perspektiv. Bedömning av den utsattas behov av stöd och hjälp genomfördes och partnern fick information om vart hen kunde vända sig för att få den hjälp som hen önskade eller bedömdes vara lämplig.

Urval

I den grupp som undersöktes i denna studie hade samtliga beskrivit svårigheter att reglera känslor och att man använt någon form av lindrigt våld mot en partner eller fd partner. Nedan ses kriterier för inklusion och exklusion i studien:

Inklusion:

- upplever svårigheter med att reglera ilska, aggression eller utagerande beteenden i en nära relation
- mår dåligt över dina beteenden
- är minst 18 år
- har tillgång till en dator med internetuppkoppling
- kan tala, läsa och skriva svenska

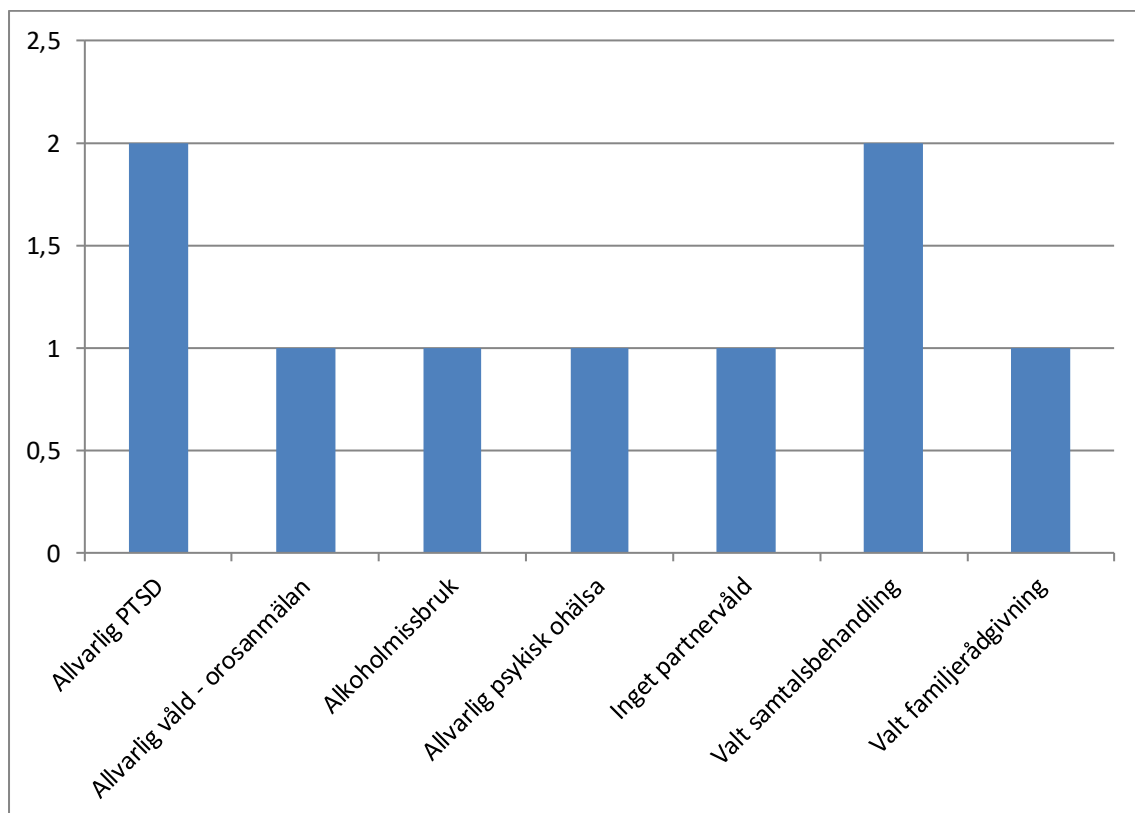
Exklusion:

- idag lever i en relation där det förekommer mycket allvarligt fysiskt våld
- lider av någon form av substansberoende, djup depression eller självmordstankar
- deltar i pågående psykologisk behandling

Under bedömningsamtalen försökte behandlaren avgöra i vilken utsträckning en behandling med så pass stora krav på stabil livssituation, egen motivation/drivkraft och kognitiv förmåga, skulle passa den aktuella klienten.

Deltagare

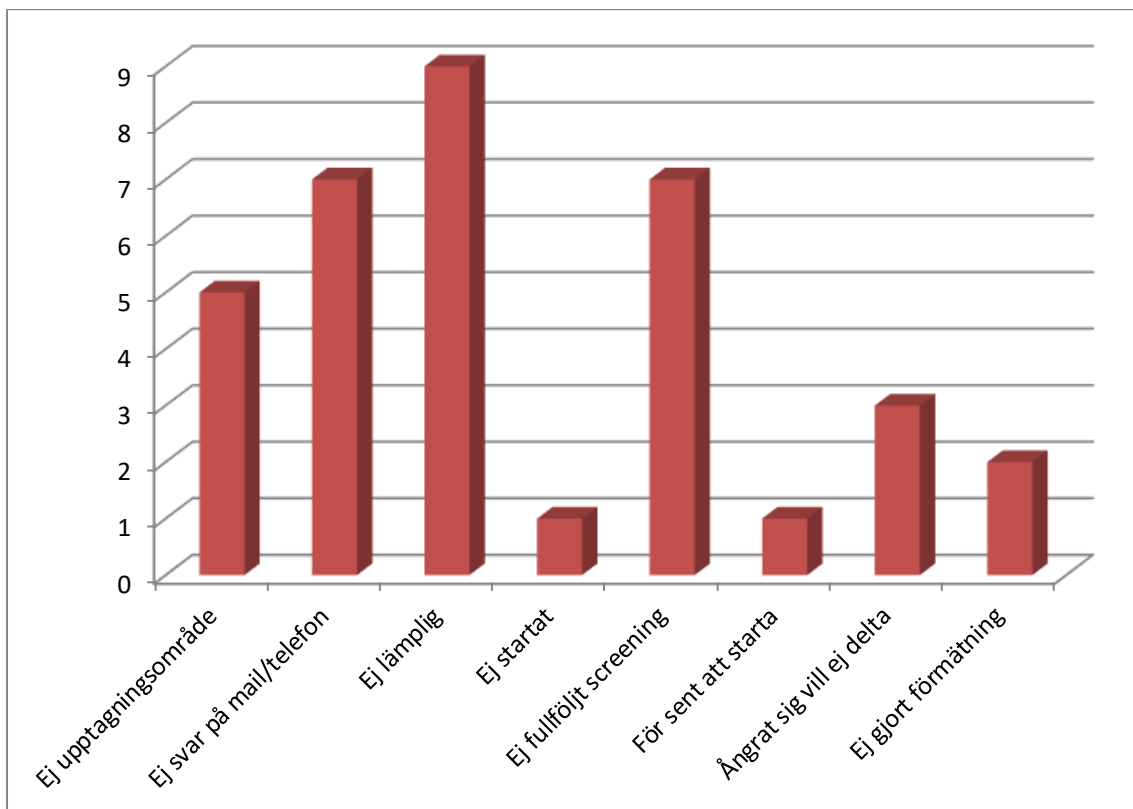
Exkluderade. Studien har 35 personer som har blivit placerade i gruppen exkluderade av olika skäl. Alla dessa personer har loggat in på hemsidan och gjort någon aktivitet. Det finns två huvudgrupper bland dessa 35 där den ena är de som blivit uteslutna vid bedömningsfasen och bedömts att ej vara lämpliga att delta i studien efter intervju. Den grupp av personer som bedömts som ej lämpliga att delta i studien bestod av 9 personer. Skälen till exkludering framgår av figur 1 nedan.



Figur 1. Skäl till exkludering vid bedömningsfas

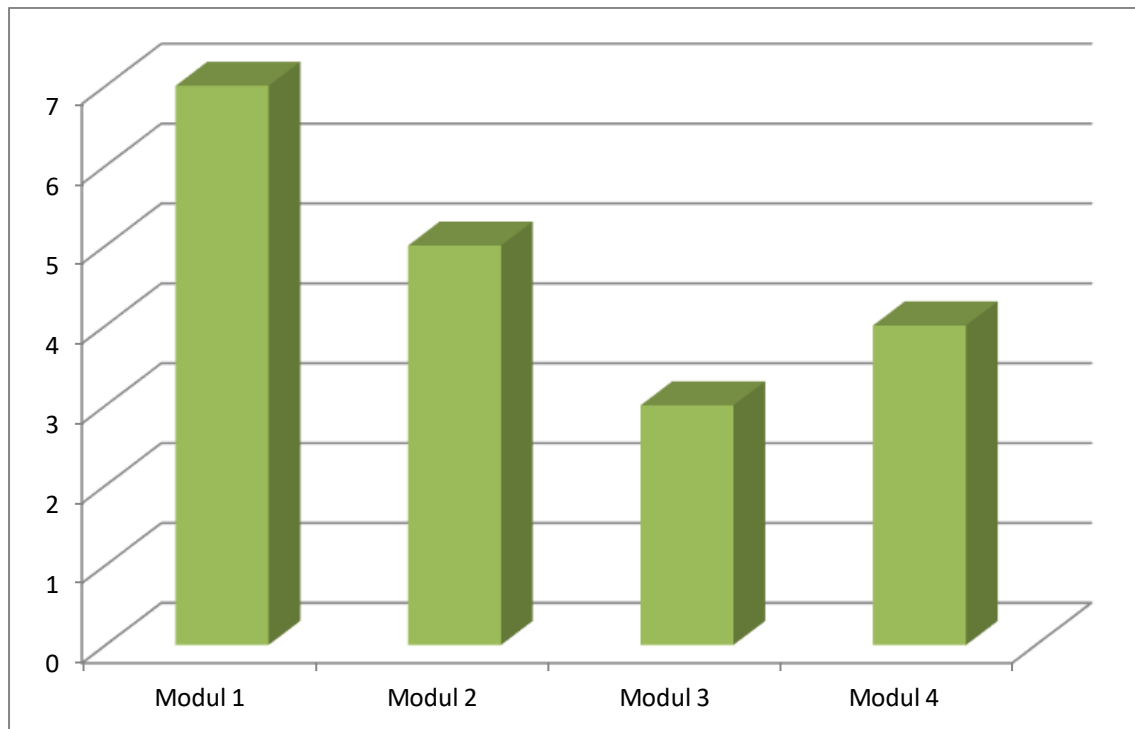
Den andra gruppen kallads aldrig till bedömningsamtal och bestod av 26 personer (se figur 2 nedan). Av dessa 26 var det 5 personer som sökte till studien men inte

tillhörde de upptagningsområden som mottagningarna täckte och blev därmed exkluderade. Det fanns två större grupper bland de övriga exkluderade och den ena gruppen med 7 personer fullföljde inte screeningen och den andra gruppen bestod av 7 personer som inte svarade på telefonsamtal eller mail. De gick inte att få kontakt med för att bestämma tid för intervju. Andra skäl till exkludering var att det var för sent att starta, ej gjort förmätningen klar, 1 startade inte behandlingen och 3 anmälde att de ångrat sig efter att de blivit accepterade. Skälen hos de som ångrade sig var hos 2 att de ville göra sedvanlig behandling med samtal och den tredje valde att gå i Familjerådgivning.



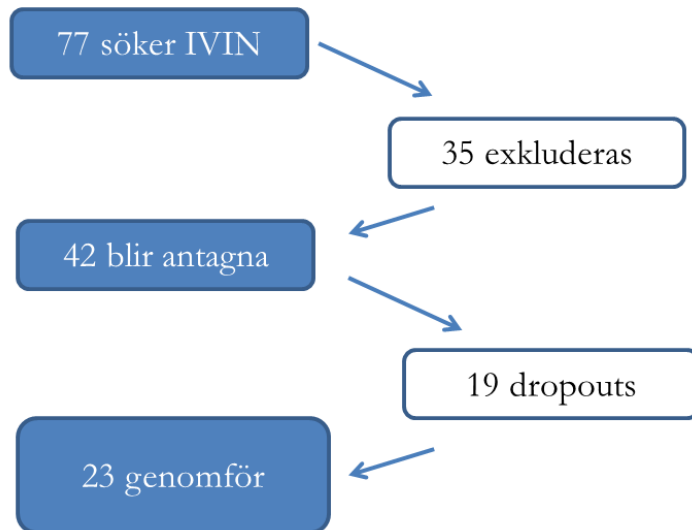
Figur 2. Skäl till ej påbörjad bedömning med klienter som anmält intresse för studien

Dropouts. Det är 19 deltagare som har antagits till studien, som påbörjar behandlingen men som avbryter och blir så kallade dropouts. Av dessa 19 är det 3 som uttalat att de inte vill fortsätta studien. Av dessa har 1 gjort en modul, 1 gjort två moduler och 1 tre moduler. De övriga 16 har svårt att fullfölja uppgifterna eller kommer inte igång överhuvudtaget. 7 deltagare påbörjar modul 1 men färdigställer inte arbetet. 4 klienter gör ej färdigt modul 4 och hoppar av där. Nedanstående graf beskriver antal avhopp efter respektive modul. Inga dropouts förekommer efter modul 4 (se figur 3 nedan).



Figur 3. Antal avhopp efter olika moduler

Genomförda. De personer som genomfört minst fyra moduler togs med i gruppen Genomförda ($n=23$). 5 personer genomförde fyra moduler (vilket var minimikravet för att tas med i gruppen Genomförda) och 19 personer genomförda samtliga sju moduler. Det är således totalt 77 personer som sökt till studien, av dessa blir 42 antagna till studien och av dessa är det 23 personer som fullföljer studien. Figuren nedan visar klientflödet genom studien.



Figur 4. Klientflöde genom studien

Demografi gruppen Genomförda.

Genomsnittsålder var 37 år, åldersspann 23-60 år.

8 (35%) kvinnor och 15 (65%) män.

10 gifta, 12 partner/sambo/särbo, 1 ensamstående

18 av 23 i hade barn. Totalt fanns 38 barn i gruppen.

20 av 23 i var födda i Sverige. Övriga tre var födda i Iran, Irak och Filipinerna.

1 av 23 hade ”grundskola eller lägre” som högsta utbildningsnivå, 7 hade ”gymnasium”, 15 ”universitet eller högre” (65%).

20 av 23 hade arbete/var egen företagare/studerade, 2 var föräldralediga, 1 arbetslös.

19 av 23 arbetade 100%, 3 arbetade 75% och 1 arbetade 50%.

14 skattade sin ekonomiska situation som ”bra”, 4 som ”varken bra eller dåligt”, 4 som ”mycket bra” och 1 som ”dålig”.

14 skattade sitt allmänna hälsotillstånd som ”bra”, 7 som ”varken bra eller dåligt”, 1 som ”dåligt” och 1 som ”mycket bra”.

12 hade aldrig tidigare påbörjat någon psykologisk behandling, 8 svarade ”ja, men den är avslutad nu” och 3 svarade ”ja, den pågår nu” (dock avslutades dessa behandlingar i samband med IVIN-behandlingsstart).

19 hade aldrig tagit medicin för psykisk ohälsa, 3 svarade ”ja, men äter inte just nu” och 1 person hade en pågående medicinering.

14 hade inte haft problem med ilska och våld någon tidigare relation, 6 svarade 1 st, 1 svarade 5 st, 2 svarade 2 st.

19 hade haft sin vålds- och aggressionsproblematik i mer än 1 år, 4 hade haft det en kortare tid.

3 var föremål för polisanmälan, ingen var åtalad eller blivit dömd för våld i aktuell relation, 1 var dömd för våld mot en tidigare partner.

6 hade varit utsatta för mobbing, 13 personer hade varit med om någon typ av trauma i livet, 4 hade varit utsatta för våld från sin pappa under uppväxten.

Behandlare. Samtliga behandlare hade mångårig erfarenhet av att arbeta med behandling generellt och våldsutövare specifikt. De flesta var utbildade socionomer. En behandlare var leg. psykolog, en var skötare/leg. psykoterapeut. Behandlarna hade sin anställning vid någon av de ovan nämnda mottagningarna. 8 av 9 behandlare hade grundläggande utbildning i psykoterapi (steg 1), men endast 1 av 9 hade inriktning med KBT. Övriga hade psykodynamisk inriktning eller familjeterapiinriktning.

Etik

En etikprövning gjordes av Regionala etikprövningsnämnden i Linköping utifrån Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460). I ansökan betonades deltagarnas frivillighet och garanterad anonymitet och sekretess. Nyttan med att hitta effektiva behandlingsmetoder för den aktuella målgruppen fördes fram, i ljuset av att våld i nära relationer orsakar ett stort mänskligt lidande och för med sig omfattande samhällskostnader. Etikansökan godkändes 26 maj 2015.

En etisk aspekt gäller risk för allvarligt våld. Då målgruppen sökte för vålds- och aggressionsproblematik fanns naturligtvis risken för att våld kan komma att utövas under pågående behandling. En central del i studien blev därför att noggrant välja ut de personer som bedömdes ha en mindre allvarlig våldsproblematik, dvs. personer som använt lindrigt

psykiskt våld. Därför togs ett rigoröst batteri med bedömningsinstrument fram (se under rubrik Metod) och samtliga behandlare fick utbildning i hur dessa användes. Dessutom sattes det som krav att deltagaren skulle acceptera och skriva på en s.k. partnerkontakt, vilket innebar att behandlaren också träffade partnern till deltagaren i minst ett samtal. Detta samtal syftade till fördjupad bedömning gällande våldets uttryck och allvarlighet, samt ge partnern information om vilket stöd som kan finnas för hen i samhället.

Då det inte är ovanligt att personer som söker behandling för våldsproblematik har depressiva besvär samt befinner sig i kris, fanns också en risk för suicid. I bedömningsfasen följdes denna fråga specifikt upp, bland annat genom deltagarens skattningar på PHQ-9.

Instrument

Alcohol Use Disorders Identification Test

AUDIT är ett väl använt formulär som ofta uppskattas då det är kortfattat och enkelt. Formuläret avser att mäta skadlig konsumtion av alkohol det senaste året samt symtom som indikerar en beroendeproblematik (WHO, 2001). WHO rekommenderar att detta formulär används vid screening. Formuläret bedöms vara kulturellt neutralt. AUDIT består av tio items (Likertskala). De första åtta frågorna poängsätts med 0, 1, 2, 3 eller 4 poäng. De två sista frågorna poängsätts med 0, 2 eller 4. Man får fram en totalpoäng som spänner mellan 0-40. 8 poäng är gränsvärdet för riskabel konsumtion för män. För kvinnor går denna gräns vid 6. Formuläret har en interreliabilitet som varierar mellan 0.62-0.83 (Cronbachs alfa). Test-retest reliabilitet har uppmäts till $r=0.97$ (Saunders, 2001) och enligt Bergman och Källmén (2002) uppvisar även den svenska versionen tillräckligt goda psykometriska egenskaper.

Patient Health Questionnaire-9

PHQ-9 är ett väl använt formulär i forskningssammanhang och avser att mäta graden av depression. Formuläret utgår ifrån kriterierna för egentlig depression ur DSM-IV (Kroenke et al., 2001) och består av nio påståenden. Deltagaren får frågan ”Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem?”. Deltagaren gör sin skattning utifrån på en fyrgradig skala från ”inte alls/inga svårigheter” till ”nästan varje dag/stora svårigheter”. Maxpoäng är 27 och olika symtomnivåer kan anges. 10-14 indikerar måttlig depression, 15-19 medelsvår och 20-27 svår. Man bör genomföra en klinisk intervju vid användandet av formuläret, som dock har visat sig ha goda psykometriska egenskaper

med god test-retestreliabilitet ($r = 0.84$) och hög intern reliabilitet ($\alpha = 0.86 - 0.89$). PHQ-9 är i denna studie utfallsmått gällande behandlingens effekt på depressiva besvär.

Generalized Anxiety Disorder Screener

Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) syftar till att bedöma förekomst av generaliserat ångestsyndrom (GAD). Formuläret ger även ett mått på graden av ångestproblematik utifrån nivåerna mild (cut off 5 poäng), moderat (cut off 10 poäng) och svår ångest (cut off 15 poäng). Formuläret består endast av sju item som skattas på en fyrgradig likertskala från "inte alls" (ger noll poäng) till "så gott som dagligen" (ger tre poäng). Maximal poäng är således 21. Kertz, Bigda-Peyton & Bjorgvinsson (2013) rekommenderar cut off vid 10 poäng vid screening för ångestproblematik. Instrumentet har goda psykometriska kvaliteter med hög intern konsistens ($\alpha = 0.92$), god känslighet för förändring ($r = 0.83$) (Spitzer et al., 2006; Löwe et al., 2008) samt konvergent validitet med depression, ångest, stress, oro. Formuläret är dessutom lätt att fylla i och förstå. Utifrån detta valdes GAD-7 som utfallsmått gällande behandlingens effekt på ångestsymtom.

Revised Conflict Tactics Scales

Revised Conflict Tactics Scales Short Form (CTS-S) är en skattningsskala som mäter våldsamma handlingar hos ett par. Formuläret utgörs av 78 frågor (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996). Både testpersonen och dennes partners våldsutövande skattas, vilket ger en bild av den sammantagna förekomsten av våld i relationen. Instrumentet delas in i fem delskalor, a) resonerande, b) psykisk aggression, c) fysiskt våld, d) sexuellt tvång och e) skador (Straus et al., 1996). Frågorna skattas på en sjugradigskala från "har aldrig hänt" till "mer än 20 gånger det senaste året". Skattningen ger en indikation på allvarlighetsgrad av våld i nära relationer enligt kategorierna "inget våld", "lindrigt våld" och "allvarligt våld". Skattningarna klassificeras som 0 om inget våld förekommit, 1 om lindrigt våld existerat, och 2 vid allvarligt våld. Grad av ömsesidighet vad gäller parterna i relationen ger en ömsesidighets-typologi där paret klassificeras i tre (heteronormt benämnda) kategorier, endast mannen, endast kvinnan och gemensam aggressivitet. CTS-2 tar cirka 10-15 minuter att fylla i. Den interna reliabiliteten för CTS-2 har i studier varit hög ($\alpha = 0.79-0.95$) och test-retestreliabiliteten var hög för större delen av formuläret, med undantag för delen sexuellt tvång (Straus et al., 1996).

Skalan har använts i mer än 200 artiklar och har därmed en ställning som ett av det mest välanvända formulären vid forskning om våld i nära relationer. Utifrån detta och skalan har en potential att mäta flera olika former av våld, valdes CTS-2 som huvudutfallsmått i denna studie. Tidsangivelsen från “det senaste året” till “de senaste sex veckorna” ändrades i denna studien för att passa studiens format.

Multidimensional Measure of Emotional Abuse

Multidimensional measure of emotional abuse (MMEA) är ett flerdimensionellt självskattningsformulär som avser att mäta psykiskt våld (Murphy & Hoover, 1999). Det består av 28 items uppdelat i fyra kategorier; “begränsande kontroll”, “förminskning”, “hotfull ignorans” samt kategorin “dominans/hot”. Subskalorna har skapats genom att man plockat fram de mest förekommande beteendena vid psykiskt våld, så som de framkommer i litteraturen (Murphy & Hoover, 1999).

Testpersonen ska ta ställning till hur många gånger hen har utfört det aktuella beteendet de senaste 6 månaderna, på en sjugradig frekvensskala (från 0 = aldrig till 6 = 20 gånger eller mer). Testpersonen ska också ta ställning till hur ofta hens partner använt samma beteenden. Man kan räkna samman poängen i MMEA på två sätt. Det första alternativet går ut på att man tilldelas 0 poäng om en företeelse aldrig har hänt och 1 poäng om det har hänt. Det andra alternativet är att summera alla svar där högre poäng tyder på mer omfattande psykiskt våld. Poängen sträcker sig då från 0-168 poäng, Med en intern konsistens mellan $\alpha = .77-.95$ (Gormley & Lopez, 2010; Murphy & Hoover 1999; Taft, Murphy, King, Musser & DeDeyn., 2003; Ro & Lawrence, 2007) är det klarlagt att formuläret har tillräcklig goda psykometriska egenskaper. Då våldet i denna studie främst utgjordes av psykiskt våld användes MMEA som huvudutfallsmått. Formuläret översattes av forskargruppen i IVIN1, då svensk översättning och standardisering saknades. Formuläret användes i sin helhet i både för- och eftermätning samt mätning vid mitten av behandlingen.

Dyadic Adjustment Scale

DAS avser mäta relationstillfredsställelse och är ett av de mest använda formulären av sitt slag (Graham et al., 2006). Skalan har 32 items som tillsammans bildar fyra delskalor (dyadisk konsensus, dyadisk tillfredsställelse, dyadisk samstämmighet och känslouttryck). Skalan har ett varierande förfaringssätt gällande skattningarna (två-gradig till sju-gradig likertskala). Totalpoäng 0-151, där ett högre värde tyder på fungerande relation.

Skalan har en god reliabilitet (Cronbachs $\alpha = .58-.96$) och påverkas inte av civilstånd, sexuell läggning, etnicitet eller kön (Graham et al., 2006).

Anger Rumination Scale

ARS avser att mäta s.k. ilskeruminering, som handlar om de kognitiva processer som sätts igång hos en person när ilska aktiverats (Maxwell, Sukhodolsky, Chow & Wong, 2005). Formuläret har 19 item som fördelar sig över fyra delskalor (ältande av ilska, tankar på hämnd, minnen av ilska och förståelse för orsaker). Varje item skattas på en fyrgradig likertskala (1= nästan aldrig – 4= alltid), dvs. ju högre poäng desto större problematik. ARS har en god intern reliabilitet (Cronbachs $\alpha = .93$) och test-retestreliabilitet ($r = .77$) (Sukhodolsky, Golub & Cromwell, 2001).

Dysfunctional and Emotional Regulation Scale

Självskattningsformuläret DERS avser att mäta förmåga till affektreglering (Gratz & Roemer, 2004). 36 items fördelar sig på sex delskalor (icke-acceptans av känslor, svårigheter med målinriktat beteende, impulskontrollproblematik, begränsad tillgång till känsloregleringsstrategier, brist på känslomässig klarhet). Varje item skattas på en femgradig likertskala (1= nästan alltid – 5=nästan aldrig), dvs. ju högre poäng desto svårare besvär. Gratz & Roemer (2004) för fram en intern reliabilitet (Cronbachs $\alpha = .93$) och test-retestreliabilitet ($r = .88$). En svensk översättning har gjorts, där man hade en intern reliabilitet på Cronbachs alfa = .92 (Friberg, 2006).

Veckomätning

Varje vecka skickades det ut en VAS-skala till klienten där hen skulle bedöma förekomsten av olika former av våld den senaste veckan (se Appendix C).

Client Satisfaction Questionnaire (eftermätning)

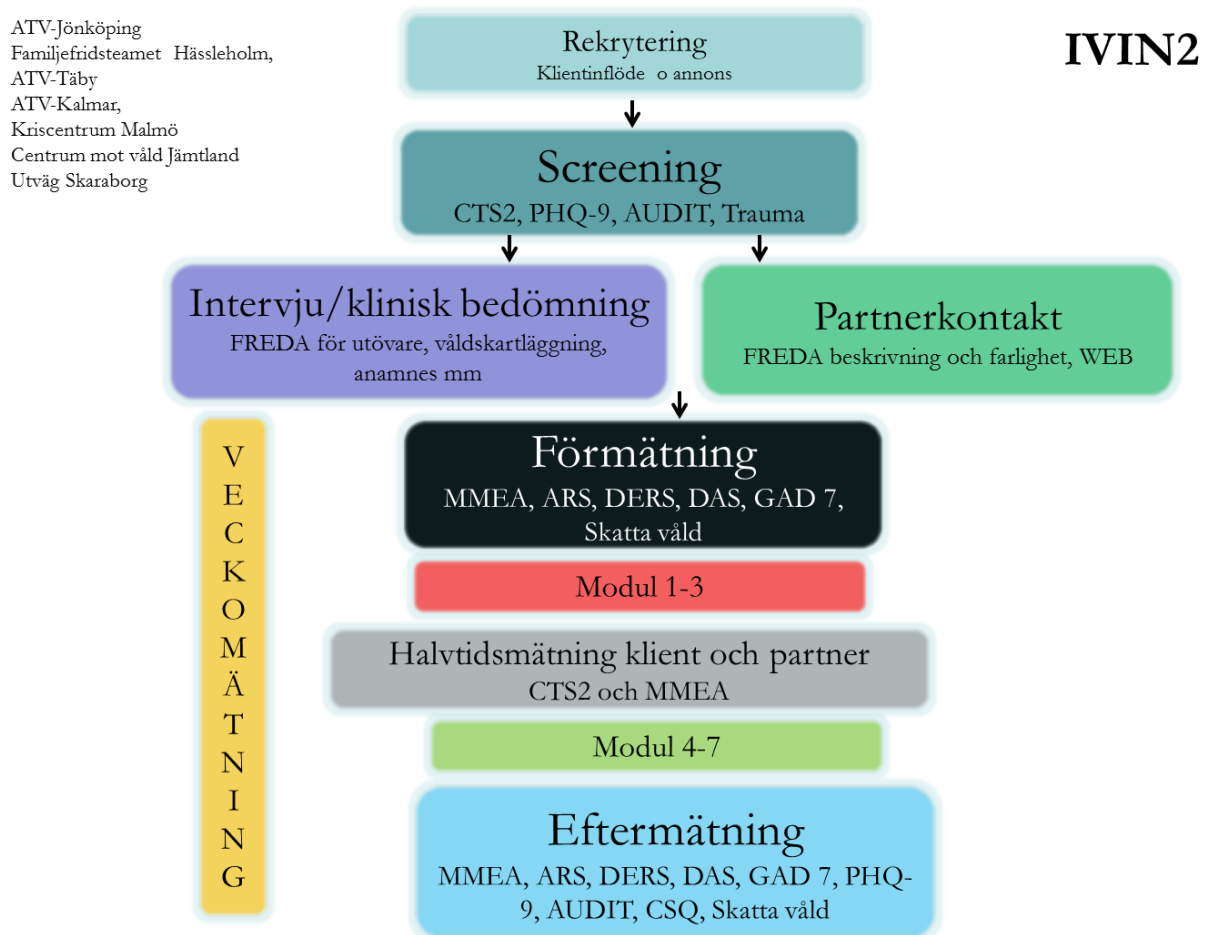
CSQ är ett frågeformulär med 8 items som avser att mäta graden av nöjdhet/tillfredsställelse med en viss behandling. Personen skattas på en skala från 1-4, vilket ger en maximal poäng på 32 och minimum 8. Formuläret har en hög intern konsistens enligt Attikson & Zwick (1982).

Eftermätning partner

För att få in mer information från partnerskattningarna administrerades ett frågeformulär där partner skulle svara på ett antal påståenden utifrån en VAS-skala (se appendix B) samt frivilligt lämna skriftliga kommentarer.

Dataanalys

För att mäta eventuell förändring mellan för- och eftermätning (inomgruppseffeker) användes parade t-tester med beräkningar med hjälp av SPSS. I figur 5 kan ges en överblick av mätinstrument och mättillfällen.



Figur 5. Flödesschema gällande mätinstrument och mättillfällen

Resultat

Klientskattningar

I denna resultatdel presenteras först resultat kopplat till de skattningar som klienterna gjort. Därefter redovisas resultat för partnerskattningarna. Sedan presenteras skriftliga kommentarer från partners och sist skriftliga kommentarer och skattningar från behandlare.

I tabell 1 redovisas medelvärden, standardavvikelser samt t-värden för gruppen (före och efter insatsen).

Tabell 1. Klientskattningar. Medelvärden och standardavvikelser före och efter programmet (N=23).

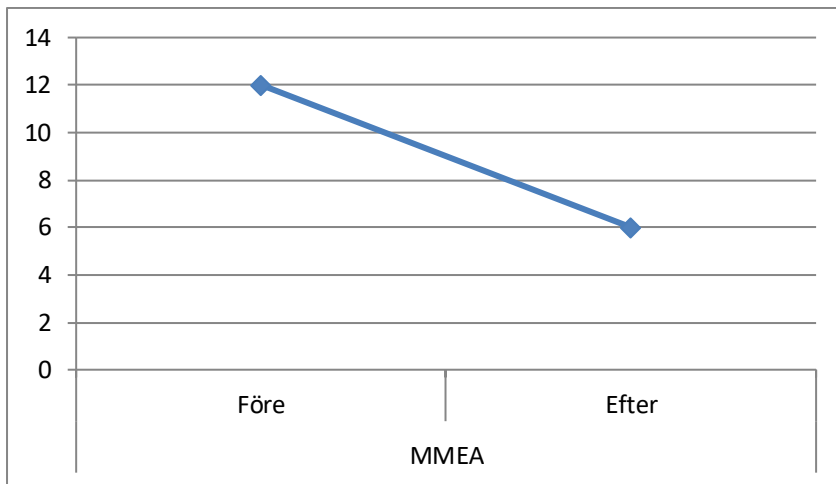
Mått	Medel(SD) före	Medel(SD) efter	frihetsgrader	t-värde
PHQ-9	6.2 (3.9)	4.7 (3.3)	22	1.58
AUDIT	4.3 (3.5)	4.7 (3.6)	22	-1.1
DAS	100.0 (15.0)	104.9 (18.8)	22	-1.8
GAD	5.3 (3.1)	3.65 (2.7)	22	2.3*
MMEA	12.3 (11.4)	5.9 (6.2)	21	2.9**
CTS2 total	22.4 (24.3)	4.3 (4.1)	22	3.5**
CTS2 psykiskt våld	21.0 (22.4)	4.4 (3.7)	22	3.5**
CTS2 fysiskt våld	0.9 (2.2)	0.4 (1.2)	22	1.1
DERS	102.5 (19.4)	81.6 (25.0)	22	3.5**
ARS	40.3 (8.9)	32.5 (9.1)	22	4.1***

PHQ-9 = Patient Health Questionnaire 9; AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test; DAS= Dyadic Adjustment Scale; GAD= Generalized Anxiety Disorder Screener; MMEA= Multidimensional Measure of Emotional Abuse; DERS= Dysfunctional and Emotional Regulation Scale; ARS= Anger Rumination Scale; CTS2= Revised Conflict Tactics Scales

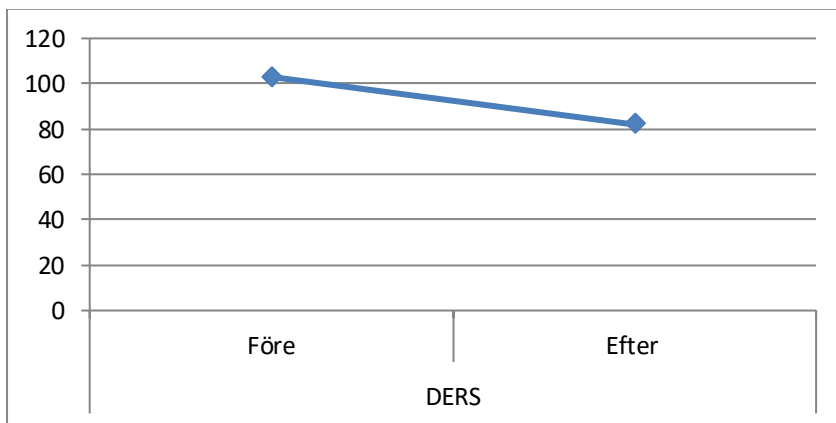
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Som framgår av tabellen ovan ses signifikanta skillnader på MMEA (psykiskt våld), CTS2 (psykiskt våld) ARS (ilskeruminering), DERS (affektreglering) och GAD (generaliserad ångest), utifrån klientskattning.

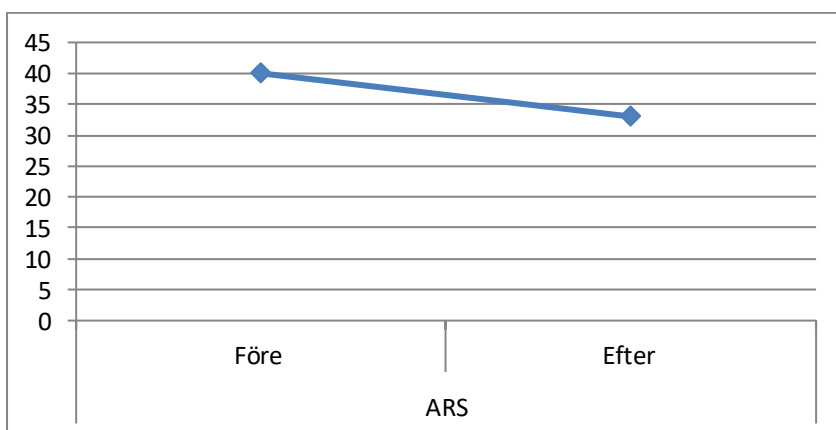
Nedan illustreras dessa signifikanta skillnader grafiskt i figur 6-9.



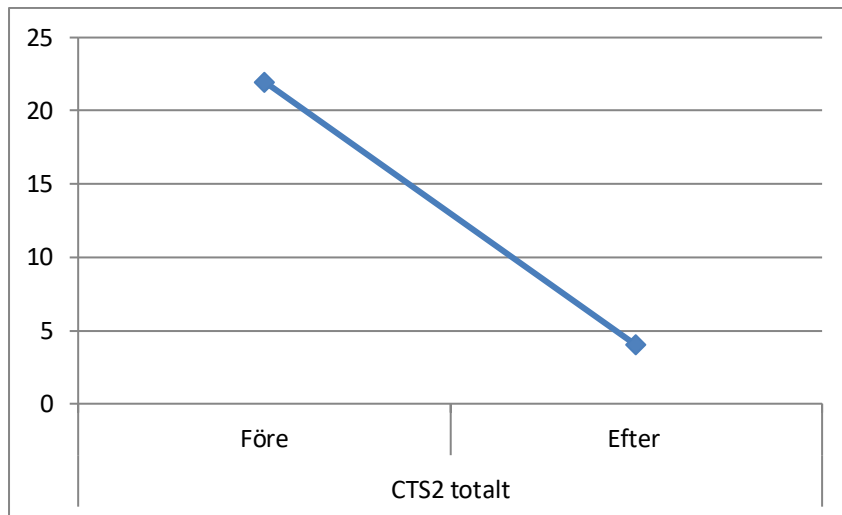
Figur 6. Gruppens medelvärde före och efter behandling gällande MMEA



Figur 7. Gruppens medelvärde före och efter behandling gällande DERS



Figur 8. Gruppens medelvärde före och efter behandling gällande ARS



Figur 9. Gruppens medelvärde före och efter behandling gällande CTS2

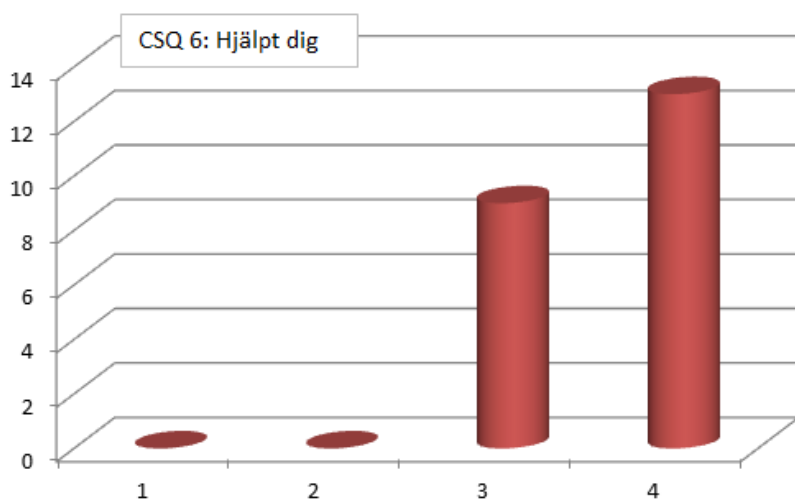
Nedan presenteras effektstorlek (Cohens d) för de utfallsmått som påvisade en signifikant förändring. Cohens d beräknades enligt praxis (Andersson, 2003) genom att dividera skillnaden i medelvärde för behandlings- och kontrollgrupp med den poolade standardavvikelsen (formeln $d = (M_1 - M_2) / s_{\text{pooled}}$).

På hemsidan Psykologiguiden (2022) skriver man att ”effektstorlek handlar om graden av en åtgärds eller en behandlings inverkan på effektvariabeln. Cohens d (eng: Cohen's d) är ett vanligt sätt att ange mått på effektstorleken av en åtgärd eller behandling. Ett index på 0,2 anger låg effekt, på 0,4-0,5 medelhög effekt och på 0,6-0,8 hög effekt”. En effektstorlek på 1 innebär att den uppmätta förändringen är stor som en hel standardavvikelse (Cohen, 1988). Vidare skriver man på Psykologiguiden (2022) att ”effektstorlek är det relevanta måttet på om en behandling har kliniskt värde eller inte. Signifikant skillnad är endast en markering av att den uppmätta effekten kan vara något att fästa vikt vid.” Av dessa skäl presenteras effektstorlekar nedan i tabell 2.

Tabell 2. Effektstorlek Cohens d, (inomgrupp) på utfallsmått som påvisade signifikanta förändringar

Mått	Cohens d
MMEA	0,72
CTS2 totalt	1,30
CTS2 psykiskt våld	1,27
DERS	0,94
ARS	0,87
GAD	0,57

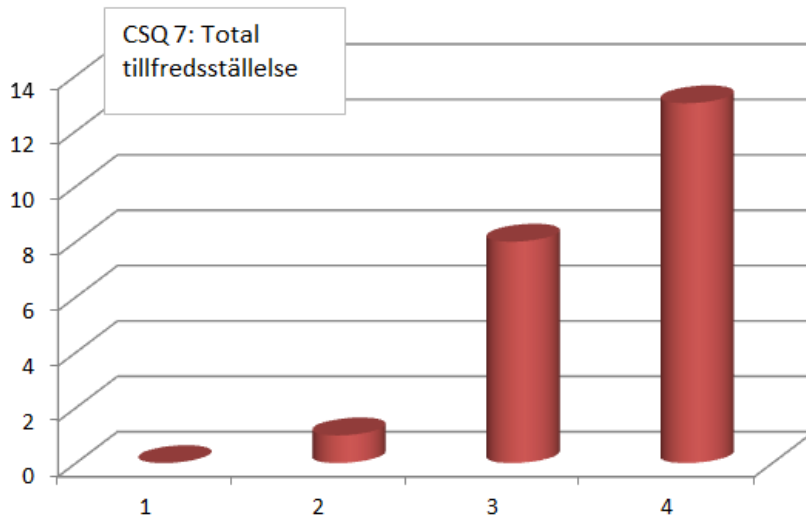
För att utvärdera klienternas nöjdhet med IVIN, i syfte att kunna uttala sig om hur den aktuella behandlingsformen togs emot/accepterades administrerades CSQ-8. I figur 10-11 redovisas item 6 och 7 i CSQ-8.



Figur 10. Item 6 i CSQ-8

I stapeldiagrammet ovan ses att samtliga klienter skattat högsta ("Ja, den har hjälpt en hel del") eller näst högsta värdet ("Ja, den har hjälpt till viss del") på frågan "Har behandlingen du fått hjälpt dig att handskas med ditt våldsproblem?".

I stapeldiagrammet nedan (figur 11) ses att en majoritet av klienterna skattat högsta ("Mycket tillfredsställd") eller näst högsta värdet ("Till största delen tillfredsställd") på frågan "Totalt sett, hur tillfredsställd är du med behandlingen?". Medelvärdet för hela gruppen på hela CSQ-8 beräknas till 3.4.



Figur 11. Item 7 i CSQ-8

Partnerskattningar

Det framgår i tabell 2 nedan att den enda parameter där en signifikant skillnad kan ses gäller VAS-skalan "Generellt mående". Gällande psykiskt våld i CTS2 ses en skillnad, men den når inte till signifikanta nivåer.

Tabell 3. Partnerskattningar. Medelvärden och standardavvikelser före och efter programmet (N=23).

Mått	Medel(SD) före	Medel(SD) efter	frihetsgrader	t-värde
MMEA din partner	17.8 (17.2)	15.8 (21.7)	19	0.5
CTS2 total din partner	21.7 (28.3)	14.3 (30.2)	19	1.1
CTS2 psykiskt våld din partner	20.2 (26.3)	12.3 (23.8)	19	1.3
CTS2 fysiskt våld din partner	1.5 (4.3)	2.0 (6.4)	19	-1.0
Konfliktnivå VAS	4.2 (2.5)	3.7 (2.6)	19	0.9
Generellt mående VAS	5.3 (2.4)	6.8 (2.4)	19	-2.8**

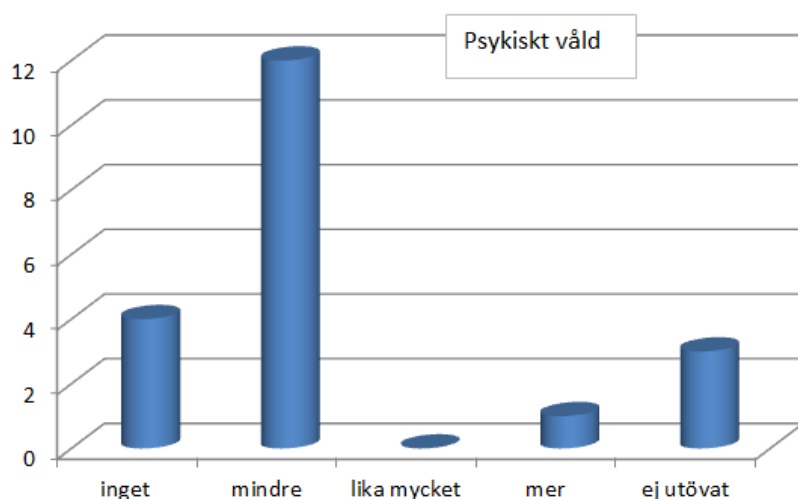
MMEA= Multidimensional Measure of Emotional Abuse; CTS2= Revised Conflict Tactics Scales

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Effektstorlek beräknat med Cohens d beräknades till 0,63 gällande den signifikanta förändringen utfallsmåttet Generellt mående VAS.

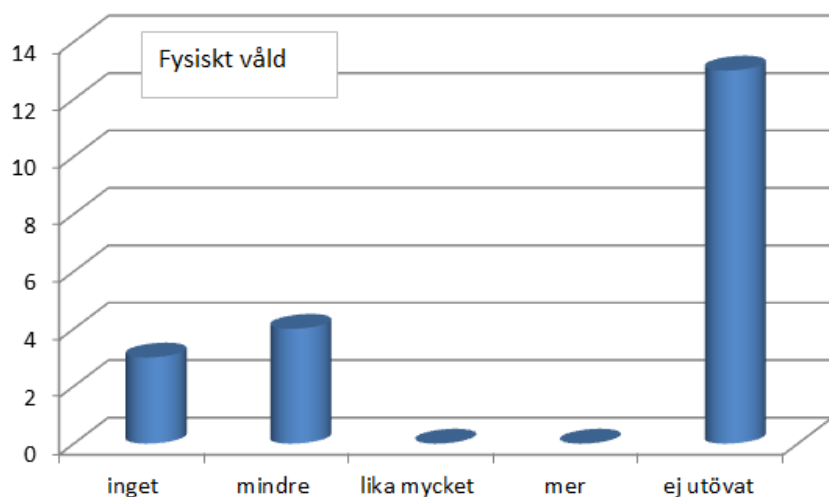
Vid eftermätning fick partners fylla i ett för studien skapat formulär, som avsåg att fånga in partners upplevelse av klientens eventuella förändring (se appendix B).

Nedan presenteras detta i stapeldiagram. I stapeldiagrammet nedan (figur 12) framkommer att en majoritet av partners har skattat att det psykiska våldet helt upphört eller minskat.



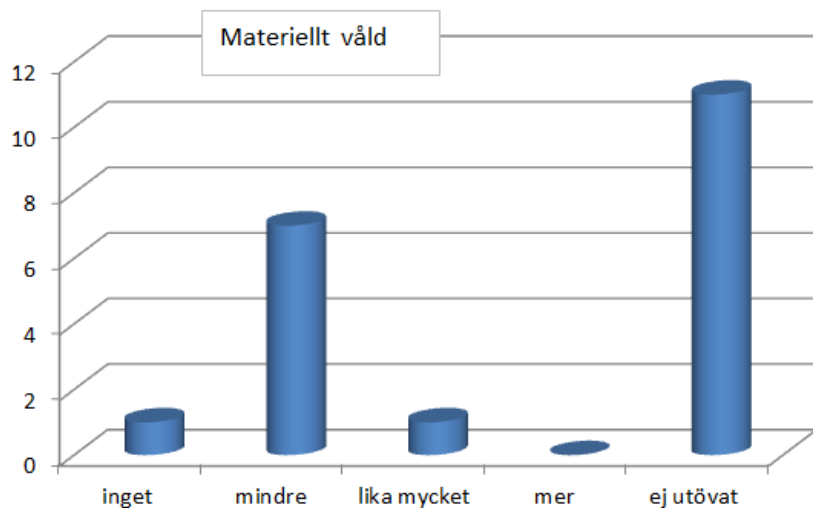
Figur 12. Partnerskattning gällande förekomst av psykiskt våld vid eftermätning

I stapeldiagrammet nedan (figur 13) framkommer först och främst att en majoritet av partners skattat att fysiskt våld aldrig utövats. I samtliga fall där det fysiskt våld förekommit har samtliga skattat att det upphört helt eller minskat.



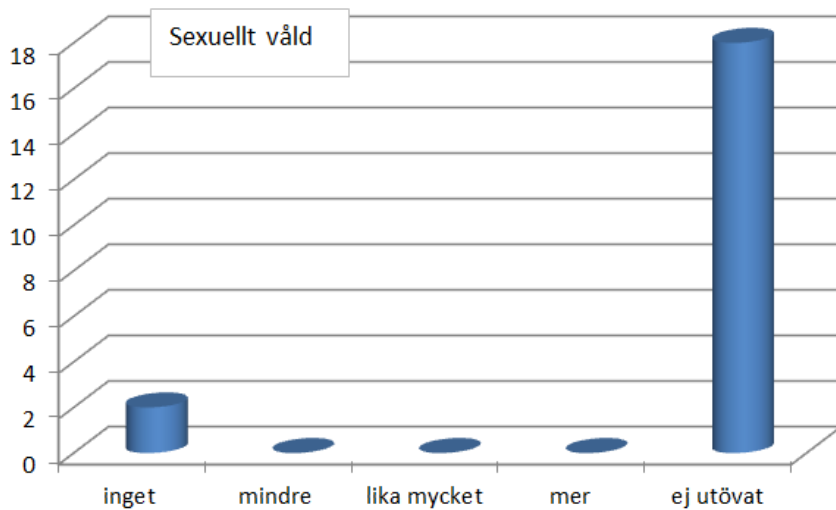
Figur 13. Partnerskattning gällande förekomst av fysiskt våld vid eftermätning

I stapeldiagrammet nedan (figur 14) framkommer först och främst att en majoritet av partners skattat att materiellt våld aldrig utövats. I en majoritet av fallen där materiellt våld förekommit har samtliga skattat att det upphört helt eller minskat.



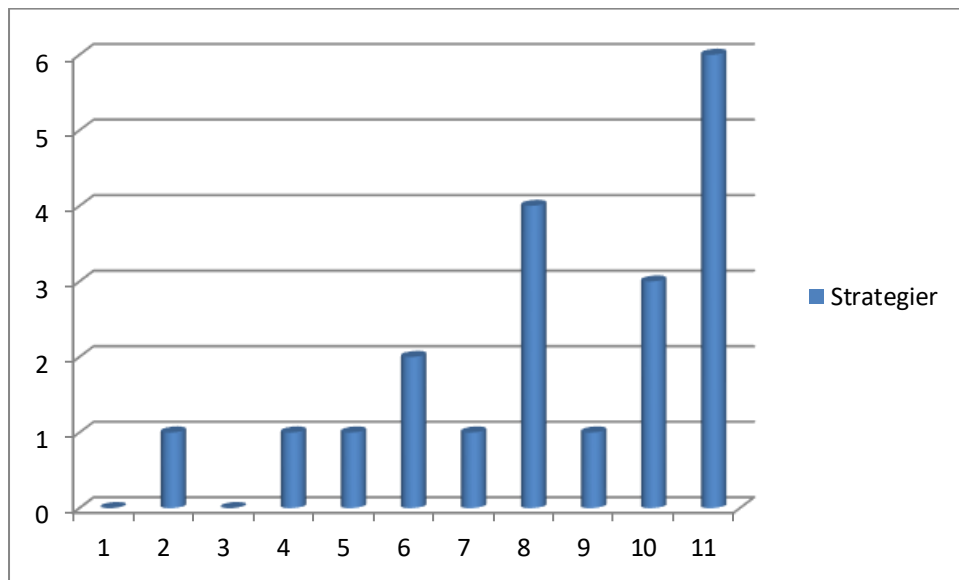
Figur 14. Partnerskattning gällande förekomst av materiellt våld vid eftermätning

I stapeldiagrammet nedan (figur 15) framkommer först och främst att en majoritet av partners skattat att sexuellt våld aldrig utövats. I det fallet där sexuellt våld förekommit har personen skattat att det upphört helt.



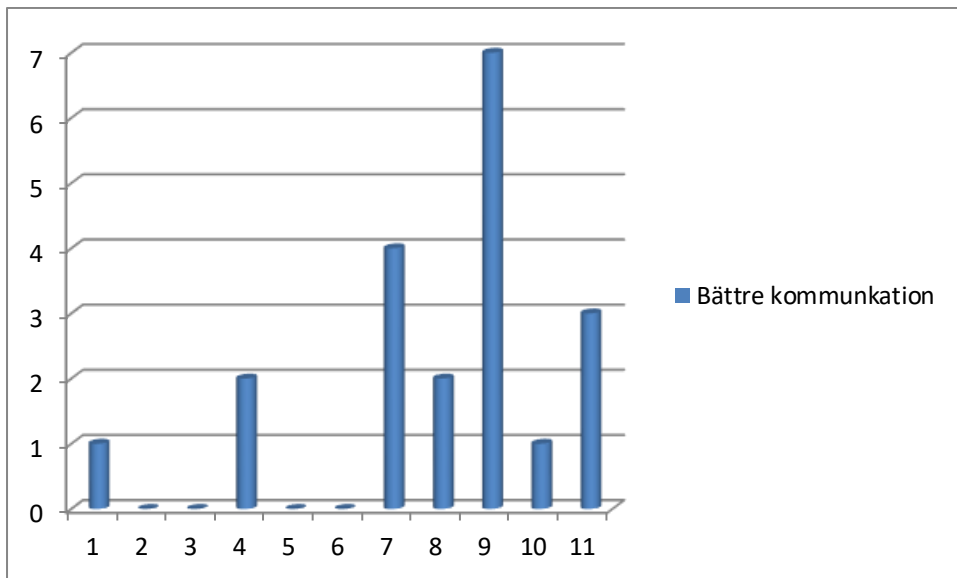
Figur 15. Partnerskattning gällande förekomst av sexuellt våld vid eftermätning

I stapeldiagrammet nedan (figur 16) framkommer att en majoritet av partners skattar 7 eller högre på frågan om ”det märks att min partner har lärt sig strategier för att inte utöva våld” (på en VAS-skalan från 0-10, där värde 1 i figuren är lika med 0).



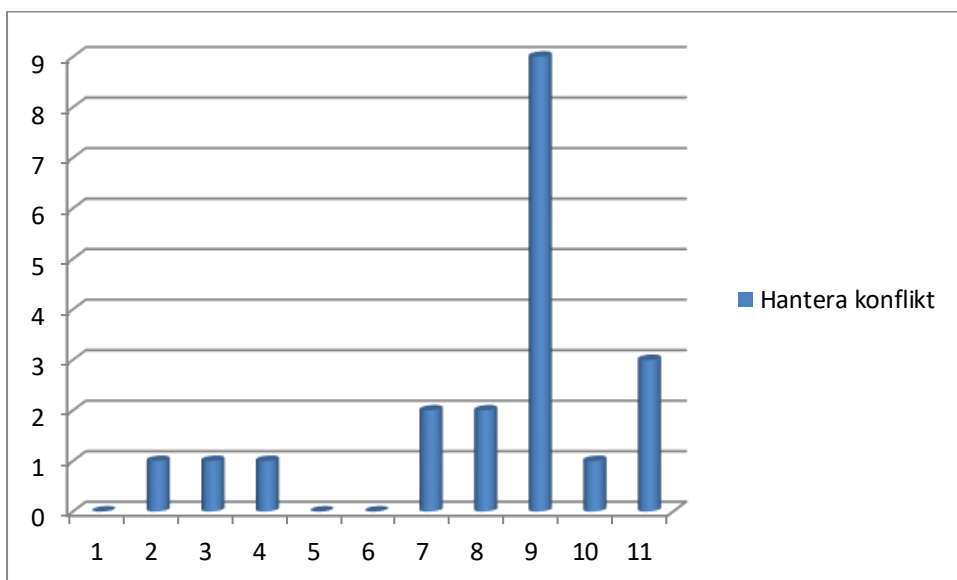
Figur 16. Partnerskattning gällande upplevelse om klienten lärt sig strategier för att inte utöva våld

I stapeldiagrammet nedan (figur 17) framkommer att en majoritet av partners skattar 7 eller högre på frågan om partnern ”har blivit bättre på att kommunicera sina behov på ett respektfullt sätt” (på en VAS-skalan från 0-10).



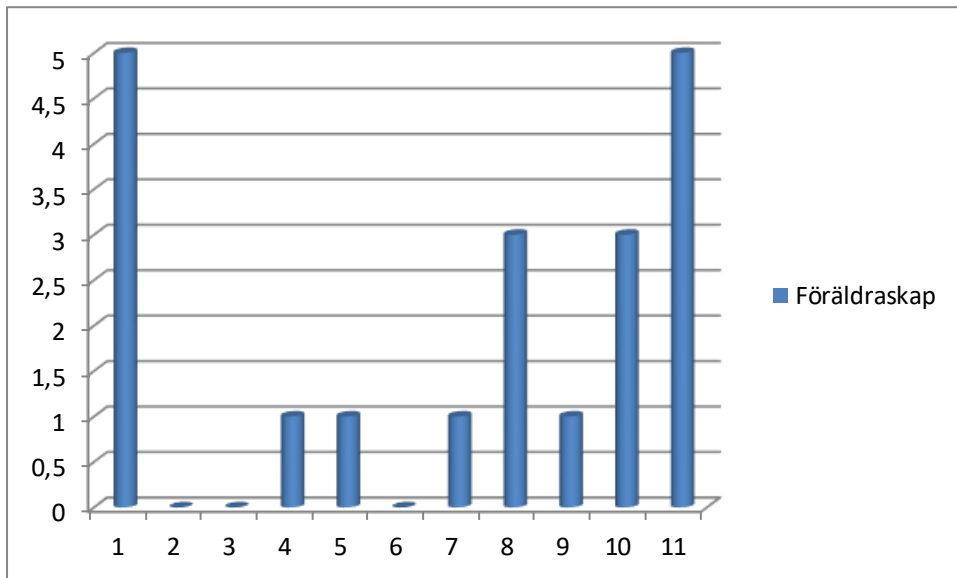
Figur 17. Partnerskattning gällande upplevelse om klienten blivit bättre på att kommunicera sina behov på ett respektfullt sätt

I stapeldiagrammet nedan (figur 18) framkommer att en majoritet av partners skattar 7 eller högre på frågan om partnern ” har blivit bättre på att hantera konflikter i relationen” (på en VAS-skalan från 0-10).



Figur 18. Partnerskattning gällande upplevelse om klienten blivit bättre på att hantera konflikter

I stapeldiagrammet nedan (figur 19) framkommer att en mindre majoritet av partners skattar 7 eller högre på frågan om partnern ”upplever att min partners föräldraskap påverkats positivt (på en VAS-skalan från 0-10).



Figur 19. Partnerskattning gällande upplevelse om klientens föräldraskap påverkats positivt

Partners kommentarer

För att få verbala beskrivningar från partners ombads de ge kommentarer vid eftermätning. Nedan redovisas dessa kommentarer utifrån kommentarer som indikerar missnöje till kommentarer som indikerar nöjdhet:

- *Jag önskar att han visste hur det psykiska våldet påverkar mig så långt tillbaka i tiden och att han måste visa mig att han förstår. Önskar att det fanns många övningar med samtal om det.*
- *There has been progress, but still a long way to go. Mostly around the area of being responsible of his actions - he still justifies his behaviors and how he is in others (mostly me). He tries to control himself a bit more, but many times he is not able and he still mistreats me for days in a row, maybe less often, but it still happens and he does not feel sorry for it.*
- *Jag och min partner kommer att skilja oss och jag flyttar i december. Vi kommer att ha delad vårdnad om vårt gemensamma barn. Min partner har fått större insikt om hur han använt aggressivitet som uttryck för olika känslor. Han har analyserat sitt*

beteende och förklarat för mig. Jag upplever dock att han inte kommit till djupare insikt om hur beteendet har påverkat och påverkar mig. Fokus har varit på honom. Det är viktigt att han kommer till den insikten, men tyvärr har det inte kunnat leda fram till en hållbar relation för oss. Aggressiviteten har minskat betydligt, men i pressade och stressade situationer dyker beteendet upp igen. Den biten av psykisk (mild) misshandel som handlat om det verbala och kommunikation har vi inte nått några framsteg med. Min upplevelse av att min partner bryter ner mig, tar ifrån mig rätten till åsikt, rätten till känslor, rätten till en egen uppfattning om tillvaron i samtal hanterar jag nu genom att försöka undvika prata om sådant som inte bara rör det praktiska i vardagen eller konversationer om diverse smått i tillvaron som inte rör oss personligen. Det som rör vår relation vill jag prata om hos familjerådgivningen. Jag har på så sätt lyckats skapa distans och är på väg att hitta en trygghet i mig själv där jag kan lita på mina egna känslor, se dem som verkliga och inte relativa. Jag tidigare utgått från min partners känslor (eller vad jag trott varit hans känslor) och försökt anpassa mig och vara till lags. Skuld, skam, rädsla har gjort att jag anpassat mig så mycket att jag tappat bort mig själv. Min partner är väldigt verbal och intelligent. När han talar om att jag borde uppleva något på ett visst sätt och lägger fram argumenten för varför så att det låter rimligt har jag inte kunnat argumentera för min känsla utan accepterat och tagit till mig hans ord, gjort dem till mina och gjort den upplevelsen till min även om den inte stämt med mitt inre. Det har lett till en ond spiral. Så fort vi pratar om vår relation hamnar vi där igen. Jag kan inte förklara det här för min partner. Han gör precis det jag försöker förklara för honom, d.v.s. talar om att det inte är så och lägger fram argument och bevis för det. Därför undviker jag dessa situationer. Samtidigt ger det mig dåligt samvete för han vill prata mer. Andra saker som tidigare varit ett problem och destruktivt för mig i relationen såsom snäsningar, bli ignorerad, irritation för att jag inte förstår o.s.v. känns inte längre som något problem eftersom jag inte längre söker min partners bekräftelse. En effekt som jag upplevt av behandlingen är att de saker som tagits upp som problem kring vår relation, som t.ex. dominans, autonomi, verbal/psykisk misshandel nu används av min partner för att peka på vad jag gör: "Jag tror inte att det är jag som utför den psykisk misshandel, det är du." Kanske är det en reaktion och en upplevelse som kommer av att jag sagt ifrån och står upp för mig själv? Kanske upplevs min strategi att undvika situationer som jag känner obehag inför som ett maktutövande? Jag upplever oavsett att behandlingen varit viktig för oss i vår separation. Nu är vår värsta kris över

hoppas jag och vi har som målsättning att separera som vänner och göra allt vi kan för att vårt barn ska känna att han har en familj med två föräldrar som älskar honom oavsett om vi bor ihop eller ej. Tack för ert arbete. Jag vet inte om jag hade orkat eller vågat stå upp för mig själv utan er hjälp. Jag hoppas att er behandling kommer många andra till del. Att erbjuda båda parter i förhållandet behandling och stöd känns avgörande.

- *Jag ser helt klart en positiv förändring hos honom, även om den inte är tillräcklig. Jag tror att han hade behövt prata med någon på riktigt för att hitta roten till sina problem. Det materiella våldet (vilket var huvudorsaken till att han gick denna behandling) har minskat. Dock har han fortfarande problem när jag säger något som han uppfattar som negativt till honom, då vänder han direkt och väljer ofta att anklaga mig för något, ibland helt orelaterat.*
- *Kan känna att behandling borde fortsätta. Känner att den verkligen har hjälp men att den borde fortsätta ett tag till, finns fortfarande saker att jobba på. Har lärt sig att hantera ilska men använder fula ord, dock inte lika ofta men finns där. Har oxå märkt av ett klart mönster i beteende. Klarar inte av press. Vill väldigt mycket och väldigt hjälpsam men har en viss klumpighet som göt att saker lätt kan bli fel, tror han vänder det inåt och sen kan lätt ilska komma ut vid minsta lilla hemma. Helt klart har denna behandling hjälpt men som sagt den borde fortsätta ett tag till, kanske bara genom samtal lite då o då.*
- *Han slår fortfarande om fort i humöret men inte lika ofta och han behärskar sig. Våra diskussioner spårar inte ur lika snabbt och lika ofta som tidigare. Det har blivit lugnare totalt sett och barnen har blivit gladare och bråkigare (vilket jag ser som positivt då jag tänker att det nu finns utrymme för dem att bråka; 2 tonåringar och en nioåring).*
- *Svårt att bedöma flertalet av frågorna då de ej är aktuella. Upplever att det generellt varit positivt med behandlingen.*

- *Är väldigt nöjd med att han nu försöker att tänka steget före och vilka konsekvenser det blir om han blir arg istället för att inte bli det. Eftersom vi är väldigt lika så försöker han lära mig hur jag ska agera i olika situationer. Vi har mycket kvar o jobba med men vi har nu fått verktyg vi kan använda för att det ska bli bättre. Så detta har varit en räddare för både honom o mig!*
- *Det har blivit mycket bättre och vi kommunicerar väldigt mycket bättre nu för tiden. Mindre utbrott och mer reflektion. För nästan exakt sex veckors sedan fick han ett stort "återfall" vilket han inte haft på fem månader och betedde sig riktigt svinigt och nedtryckande, kastade något på mig (detta har aldrig skett tidigare) samt bankade in knytnäven i min biltak så han fick en allvarlig skada, gapa och skrek. Jag kände i detta tillfälle att nu fan orkar jag inte. Men han tog tag i sig själv och sina handlingar väldigt fort efter detta genom att gå igenom övningar och höra av sig till sin terapeut direkt efter. Har verkligen blivit en förbättring och det är en process som fortsätter på ett positivt sätt!*
- *På det hela taget mycket bättre resultat än förväntat måste jag säga. Det hade inte skadat att haft detta mycket tidigare men då kände vi inte till det. Bättre effekt (som jag upplever det) än samtalen som hon hade innan.*
- *Jag tyckte kanske inte att min man passade in i målgruppen till 100 procent men jag upplever att han är nöjd med behandlingen och att han har en större insikt i varför han känner vissa känslor och hur han ska hantera det. Vi pratar också mycket om vad som händer och varför han blir arg i vissa situationer. Överlag en positiv känsla efter behandlingen*
- *Mycket mycket bra. Maken är väldigt mycket bättre med barnen. Förut vågade jag knappt lämna dem ensamma. Han skrek fruktansvärt på dem. Maken är också väldigt mycket bättre mot mig. Nu går han inte längre runt och tycker synd om sig själv. Makens bättring beror också på att han redan innan detta fått viss insikt i sin problematik men detta program upplever jag har gett honom verktyg att hantera sin ilska. Tack!*

Kommentarer från behandlare

För att få kommentarer ur ett behandlarperspektiv ombads samtliga terapeuter som varit delaktiga i studien att fylla i ett frågeformulär som avsåg att mäta deras upplevelse att arbeta med internetbehandling, med den aktuella klientgruppen (se appendix A). Nedan presenteras kommentarer från de åtta behandlare som lämnat kommentarer:

1.

Upplever att jag var för snabb på att göra bedömning om klienten skulle ingå i studien eller komma på sedvanlig behandling. Min angelägenhet att få klienter till studien styrde mer än att ta sig tiden att göra en ordentlig bedömning.

De första fyra modulerna ger en bra grund, har klienten tagit sig igenom det materialet har hen fått med sig mycket. Jag skulle egentligen vilja lägga till Modul 5 också – eftersom tankar är ett så återkommande tema för många.

Ett bra komplement till att ha sedvanlig terapi, även om det inte lämpar sig för alla. Bedömningen är viktig. Ger möjlighet för klienter att göra programmet på tider som passar dem.

Oavsett om man bedriver behandlingen via nätet eller i rummet så är materialet hjälpsamt. För en del klienter är det mycket bra och positivt att också kunna läsa om det vi pratat och reflektera på det på egen hand.

2.

Ett bra komplement till behandling i rummet. Tänker att människor är olika och behöver olika saker. Att ha den här möjligheten också är ett sätt möta olika behov.

Viktigt med bedömning, partnerkontakt och riskbedömning för att "rätt" person får "rätt" hjälp.

Upplever att den tekniska biten ibland blev lite krånglig. Men, det kan också ha berott på handhavandefel. Det handlar t ex om när man skulle växla mellan olika moment så var det inte (för mig) ett enkelt flöde utan blev lite "stolpigt" att gå tillbaka och välja igen.

3.

Modulerna har haft en bra följd och jag tror att de är lika viktiga för klienten. Att den ena bygger på den andra.

Det är ett bra komplement till behandling på mottagningen. Det finns olika anledningar varför man inte kan gå i samtal på mottagningen tex. de som skäms så mycket för våldet att de inte vill gå till en mottagning och bli sedd. Ivin kan vara en börja sedan om man vill kan man bygga på behandlingen.

Det var spännande att få följa med i klienternas utveckling. Att de skrev ner situationerna gör tror jag att de får lite distans till vad de gör och kan se sitt handlande utifrån. Jag upplevde att det var en ärlighet i svaren och när jag skulle svara så fick jag tid att läsa fundera innan jag svarade. Jag upplevde att jag fick kontakt med mina klienter.

Oavsett om det blir IVIN eller inte tycker jag skrivandet och att kunna arbeta med uppgifter via nätet är en tillgång och skulle också kunna vara ett komplement till den vanliga behandlingen, att man kan blanda samtal på mottagningen med uppgifter via datorn.

4.

Tankarnas förmåga att styra ens känslor och i förlängningen ens handlingar är något som alla i studien har kommenterat som mycket hjälpsamt. Dvs att komma på att tankar är bara tankar och att de är många gånger automatiska gör en stor skillnad i personens strävan att förändra sitt beteende.

Jag anser att om den får omarbetas lite så den passar alla, oavsett sexuell läggning och kön så är den mycket bra komplement till den övriga behandlingen vi erbjuder här på samtalsmottagningen. Dessutom tror jag att vi har nått en del klienter som inte hade ringt direkt för att få hjälp. Jag hade till ex en kvinna som sade att hon skämdes för mycket för att ringa, genom att fylla i screening på datorn vilket resulterade att hon senare blev uppringt av mig blev steget mindre dramatiskt. Alla mina tre fortsätter i enskilda samtal nu efter avslutad Ivin och jag får bekräftat av dem att studien har fungerat jättebra för den och att de lärt sig jättemycket.

Spännande och bra tid med Ivin. Mycket mer tidskrävande än jag trodde först. Framförallt kommunikationen med deltagaren tog en del tid i anspråk men himla utvecklande dock. Jag skulle gärna vilja se att fler får möjlighet att göra Ivin i framtiden!

5.

Utifrån våra rutiner på ATV, så var det inte så lätt att hitta någon som passade in på IVIN. Då de flesta föll innanför våra ramar för våldsutövande personer. Och då arbetar vi enligt de rutiner vi har. Där säkerheten är en viktig faktor. Och den är lättare att ha koll på om vi ses i ett samtalsrum 2-4ggr/mån. Och de personer som sökt sig till oss under projektiden, har inte haft så "små" bekymmer så att det varit motiverat att föreslå IVIN.

Svårt att svara på (om jag vill rekommendera IVIN till andra) Säger varken ja eller nej. Jag tycker att materialet är nogtänkt och bra, lätt att följa och det är också ganska krävande för klienterna, på ett positivt sätt. Det som är lite tveksamt för mig är det fysiska avståndet, att inte kunna följa upp frågorna och undringarna i rummet, med en tätare frekvens. Det ger mycket att se varandra, att kunna uppmuntra med ord, gester och värme, vilket är svårt att göra via en skärm.

Vilket kanske till viss del påverkat den enda klient jag hade. Som absolut inte slutförde studien.

Bristen på kontakt, passar inte mig och mitt arbetssätt, och jag är också tveksam till att det gagnar klienterna. Det är ofta, är min erfarenhet, som dessa personer aldrig pratat om dessa svårigheter de har tidigare. Och att bara ha ett antal inledande samtal, några under resans gång och några på slutet, kan göra att de på ngt sätt kan slinka igenom. Inte för att de vill det, utan för att det bara blir så.

Att vi tillsammans inte kommer in på djupet kring orsakerna till våldet. Det är så tydligt en behandling som går på beteende, och det kan vara bra för vissa, men jag tror att det finns så mkt underliggande orsaker som är viktiga att prata om. Som de inte får möjlighet till i samma utsträckning som jag tänker att de behöver

6.

Bra underlag i screening plus att bedöma typ av våld "situationsbetingat" gick enkelt.

Känsloreglering och tankar har känts mest viktiga för klienterna.

Bra struktur. Tydlighet och men kan vara flexibel.

Detta kan bli en behandlingsmanual med lite omskrivning.

7.

Gällande bedömning inför behandling: Fanns bra kartläggningsinstrument och eftersom jag även träffade klienten irl så fanns det utrymme för att fördjupa sig i svaren. Dessutom gav partnerkontakten relevant tilläggs information.

Tagit med mig modellen: psykologisk ryggsäck, vanmakt och ilskeskala samt våldsstegen i arbetet med utövare.

Gällande rekommendera till andra behandlare: Med en utökad personlig kontakt med klienten. Tror detta behövs för att få nödvändig allians. Tänker dock att internetarbetet gör det möjligt för klienten att "arbeta" aktivt hemma med sin förändring och inte bara i samtalen på mottagningen.

8.

Det har varit ett bra material som man kunnat ha i bakhuvudet med andra klienter också, även om man inte haft en IVIN-klient som genomfört alla steg.

Ja, det har varit svårt (gällande att göra bedömning inför behandling). Kanske haft för stor vilja och önskan att få igång en IVIN-klient att man faktiskt påbörjat ngn som inte kunnat fullfölja.

Gällande rekommendera IVIN till andra behandlare: Både jag och nej. En kombination mellan nätet och fysiska möten tror jag kan vara bra. Sedan tror jag att IVIN kan vara lämpligt för vissa klienter. Bl.a för dem som har svårigheter att ta sig till behandlaren pga olika skäl eller som i vissa fall vi har våldsutövare som är ute på jobb under perioder och på sås sätt kan få en kontinuitet i sin våldsbehandling. Blir inget stöd utan det underhålls även om klienten inte har möjlighet att närvara vid fysiska samtal.

Tycker att det är ett otroligt bra material och ett bra komplement. Vissa klienter skulle vara hjälpta av strikt IVIN också. Vill gärna kunna erbjuda fler alternativ.

Teman som återkommer i behandlarnas kommentarer är att IVIN kan vara ett bra komplement till sedvanlig behandling och att IVIN kan vara en del av en sedvanlig samtalsbehandling. Innehållet i modulerna uppfattas som relevanta (5 av 5 behandlare som genomfört minst en behandling skattar 9 eller 10 på vas-skala kopplat till upplevd relevans). De flesta skattar att det utvecklades en god allians i behandlingen (fyra behandlare skattar vas 7-8 och en behandlare skattar vas 4). 6 av 8 behandlare bedömer att det inte var svårt att avgöra vilka klienter som kunde delta i studien. Behandlarna upplever att modul 1-4 och 5 var

de viktigaste modulerna. 6 av 8 behandlare vill rekommendera IVIN till andra behandlare, 2 är osäkra (se kommentarer ovan). 7 av 8 behandlare har en önskan om att i framtiden kunna erbjuda IVIN till sina klienter. 5 av 8 behandlare har använt IVIN-materialet med klienter i sedvanlig behandling.

Diskussion

Frågeställningar i IVIN 2 var: Leder IVIN2-behandlingen till minskat våld, ökad relationstillfredsställelse, förbättrad affektregleringsförmåga och mindre symtom på depression, alkoholdrickande och ångest i en klinisk kontext enligt klinskattningar och partnerskattningar? Hur upplever behandlare på VINR-mottagningar i Sverige att arbeta med internetbehandling för personer som utövat våld i nära relationer? I diskussionen nedan besvaras dessa frågeställningar och en diskussion förs gällande resultatens innebörd, begränsningar och potential för ny forskning.

I IVIN2 ser vi i klientskattningarna signifikanta effekter på huvudutfallsmåtten CTS2 och MMEA. Klienterna själva skattar alltså att de minskat sitt psykiska våld i samband med behandlingen. Vad gäller minskning av negativa psykiska symtom ser vi i denna studie endast signifikant effekt på generaliserad ångest (mätt med GAD-7). Depressiva symtom (PHQ-9) och alkoholförtäring (AUDIT) ser vi alltså ingen effekt på. Gruppens medelvärde på PHQ-9 är dock lågt vid förmätning (6.17) och hamnar inom området för ”minimala symtom” enligt PHQ-9 normerna. Denna låga symtomnivå redan vid behandlingsstart kan alltså vara orsaken till denna frånvaro av effekt. Samma resonemang går att föra gällande alkohol, där gruppens medelvärde ligger på 4.3, vilket inte ens når upp till gränsen för potentiellt skadligt alkoholdrickande för män (8) och kvinnor (6). Att det just är den generella ångestnivån som sjunkit har sannolikt att göra med gruppens förbättrade affektregleringsförmåga (uppmätt med DERS).

En annan signifikant skillnad i klientskattningarna handlar om ilskeruminering, ett fenomen som mättes med ARS. På detta område ser vi förändringar på stark signifikansnivå. Ilskeruminering har forskats på i flertalet studier (Anestis, Anestis, Selby och Joiners, 2009; Bushman, 2002). Forskningen runt ilskeruminering gör gällande att dessa kognitiva processer fyller en undvikandefunktion, samtidigt som de ökar de risken för aggressivt beteende. Genom att hänge sig åt ältande (flytta upp i huvudet och fastna där) tillåts personen undvika att vara i kontakt med den fysiologiska sensationen av ilska och/eller

andra för personen svåra affekter. Detta undvikande ökar dock det inre känslomässiga trycket över tid, vilket i sin tur ökar risken för aggressivt beteende. Backe och Pollack (2014) skriver: *Med avstamp i rådande forskning delar många åsikten att behandling för personer med svår aggressionsproblematik samt behandling för personer som utövar våld i nära relationer bör inkludera arbete med personens tendens till att ilskeruminera. Trots att det finns evidens som pekar på ett samband mellan ilskeruminering och aggressivt beteende finns det dock fortfarande få studier som direkt visar att det är relevant att arbeta med ilskeruminering i behandling. Mer forskning är således nödvändig inom detta område för att säkerhetsställa att behandling av ilskeruminering kan fungera som en effektiv förändringsmekanism vid våldsamt beteende.* IVIN förefaller vara en behandling där dessa processer tas hand om. Gissningsvis är det en förbättrad förmåga till medveten närvaro (vilket är en central del i IVIN) som kan förklara detta - en förmåga att inte fastna i sina tankar utan låta dem passera när de dyker upp. Mer forskning behövs dock för att mer säker kunna uttala sig om sådana samband.

De stora effektstorlekarna kan också nämnas. På de utfallsmått där signifikanta förändringar kunde ses är effektstorlekarna tydliga. På CTS2 totalt ses en effektstorlek på 1,3, vilket i sammanhanget är högt. Jämförelsevis hade Zarlings studie (2022) en effektstorlek på 0.67.

Vi kan se att klienterna är nöjda med den behandling de fått, genom skattningar i CSQ. IVIN förefaller alltså vara en behandlingsform som tilltalat klientgruppen.

I denna studie har partners kommit till tals, vilket inte skedde i IVIN1 (Hesser, et.al., 2017). Genom dessa skattningar och de kommentarer som lämnats, blir det tydligt att deras röster är centrala vid förståelsen av behandlingseffekter. Vi kan skönja ett förväntat mönster i partners skattningar, nämligen att våldsutövarens föräldraskap inte påverkats positivt i önskad utsträckning. Detta är till viss del förväntat då IVIN inte innehåller några interventioner som direkt riktar in sig på förbättrat föräldraskap. Visserligen skattar de flesta partners att våldsutövarens föräldraskap påverkats positivt (13 av 20 partners skattar 7 eller högre på VAS-skalan) men vi ser ändå här ett behov av utveckling. Vi menar att i behandlingsarbetet med föräldrar som utövat våld bör detta finnas med. Generellt skattar dock partners relativt högt på de frågor vi ställer i partnereftermätningen. De flesta upplever att klienten blivit bättre på att hantera konflikter och kommunicera respektfullt. De flesta upplever också att våldsutövaren fått en större förståelse för hur beteendet påverkat hen och att våldsutövaren blivit mer medveten om sina problem. Majoriteten av partners skattar vid

eftermätning av våldet antingen minskat eller upphört. Vid parade t-tester utifrån partnerskattningar i CTS2 och MMEA finner vi dock inga signifikanta skillnader mellan för- och eftermätning. Dock ser vi en sådan skillnad gällande partners generella mående (VAS-skalan). I de skriftliga kommentarerna framkommer också att de flesta partners är nöjda med behandlingen. Sammanfattningsvis, partners för fram både en upplevelse av positiv effekt (kvalitativ data) och utebliven effekt i vid statistiska beräkningar, samt en upplevelse av eget förbättrat psykiskt mående (också detta i statistiska beräkningar).

Två partnerskattningar sticker ut från mängden. Det handlar om två partners som i sina skattningar i MMEA och CTS2 ger tydligt uttryck för mer psykiskt våld vid eftermätning. Dessa två skattningar påverkar helheten, och då vi testar att ta bort dessa skattningar är signifikansnivån nästan uppnådd på MMEA (ej redovisat i resultatdelen). Vad som är intressant att notera är att de aktuella klienterna själva skattar en positiv förändring. Vi kan bara spekulera hur det kommer sig att dessa skillnader uppstår. En möjlig förklaring är att flera partners har en önskan om att behandlingen ska fortsätta, vilket avspeglar sig i deras skattningar och i deras skriftliga kommentarer. En annan möjlig förklaring är naturligtvis att klienterna och partners sitter med olika upplevelser, utifrån den våldsroll de befinner sig i. En annan hypotes är att partners så pass kort tid efter avslutad behandling har svårt för att lita på att en förändring verkligen skett hos klienten, något som i sådant fall skulle kunna påverka hur de skattar vid eftermätning. Det är också möjligt att partners, under behandlingens gång, blivit mer medvetna om vad våld är, och kan på så sätt mot slutet av behandlingen lägga märke till flera sådana beteenden. D.v.s., att en osund normalisering eventuellt brutits, som i sådant fall möjliggör att partnern allteftersom kan sätta ord på klientens beteende som just våld, något som hen inte mäktade med vid behandlingsstart.

I IVIN2 och i synnerhet i IVIN1 (Hesser, et.al., 2017) är behandlingsgruppen avvikande, sett till vilken typ av klient som vanligtvis kommer till en våldsmottagning inom socialtjänsten. I IVIN 1 var cirka 60% kvinnor och 40% män, de använde främst lindrigt psykiskt våld och de hade inte någon omfattande psykisk ohälsa som tilläggsproblematik. I IVIN2 var 35% kvinnor och 65% män. Vi kan också se att IVIN2-gruppen inte är en särskilt belastad grupp sett till psykisk ohälsa, inte heller sett till egen utsatthet för våld under uppväxten. Detta är en välkänd och vanligt förekommande traumabelastning hos personer som utövat våld i nära relationer. Askeland (2010) rapporterar t. ex att hela 60% av klienterna i hennes forskning (klienter som frivilligt sökt hjälp på öppenvårdsmottagning ATV Oslo) hade varit utsatta för våld i sitt hem under uppväxten. I IVIN2 hade 17% denna erfarenhet

jämförelsevis. I behandling med våldsutövare med egen traumaproblematik, där det finns tecken på PTSD eller komplex PTSD, skulle dock IVIN kunna tjäna som stabilisering, dvs. förberedande arbetet inför exponeringsbehandling (såsom Prolonged Exposure eller EMDR), då ett centralt inslag i en sådan intervention handlar om arbete mot förbättrad affektreglering. Behov av traumabehandling för klientgruppen har förts fram av Voith (2020), som menar att behandlingsprogram för våldsutövare historiskt haft en tendens att vara alltför ”politiskt korrekta”. Med ett tydligt fokus på att få den våldsutövande klienten att erkänna sitt maktutövande, i enlighet med Duluthmodellens principer, finns en risk att viktiga teman går förlorade. Voith hävdar att trauma är just ett sådant tema. I framtiden kan IVIN2 sannolikt tjäna på att få tydligare inslag av traumamedveten omsorg, inte minst utifrån den forskning som synliggör en positiv korrelation mellan symtomgraden av komplex PTSD och våldsutövande i nära relationer (Gilbar, 2019).

Flera klienter fullföljer inte samtliga moduler. Det verkar som att de flesta har svårigheter med att komma igång och det är 7 deltagare som aldrig gör färdigt modul 1. Det är 4 deltagare som inte fortsätter efter att de fått modul 4. De har i det läget kommit halvvägs i arbetet. I vidare undersökningar vore det intressant att förstå skälen till deras avbrott både för de som inte kommer igång i modul 1 och de som inte orkar fortsätta efter att de fått modul 4. I fortsatt forskning bedöms det vara meningsfullt att titta specifikt på de klienter som genomförde behandlingen och fick ut något av den, och undersöka vad det var som gjorde att de lyckades med sin behandling. Vi menar också att det vore meningsfullt att titta på de klienter som genomförde sin behandling men som inte fick önskvärda resultat, för att förstå detta bättre.

Vi kan konstatera också att det är en stor andel klienter som exkluderats från studien (n=35). Detta tyder på att många klienter som söker sig till en våldsmottagning sannolikt inte är lämpliga för IVIN. Orsakerna till exkludering har varit många. Det har handlat om att personens våld har ansetts vara alltför allvarligt, att våld också riktats mot barn, att det funnits en missbruksproblematik, att man bedömt att personen inte haft den exekutiva förmåga som krävs för att genomföra ett självständigt självhjälpsarbete, att personen haft en alltför kaotisk livssituation för att kunna genomföra behandlingen. På en våldsmottagning möter man många klienter som har den typen av försvårande omständigheter som beskrivs ovan. Således är det sannolikt så att IVIN i dess rena internetbehandlingsform är lämpligt för

ett mindre antal klienter som söker sig till en våldsmottagning. Vi ser däremot att de klienter som faktiskt lyckas genomföra behandlingen gör förändringar (enligt klientskattningarna). De förefaller minska sin psykiska våldsanvändning, förefaller minska graden av generaliserad oro, får en bättre förmåga att hantera känslor och minskar sin ilskeruminering. Dessa resultat går i mångt och mycket i linje med IVIN1 (Hesser, et.al., 2017), där man dock även såg förändringar gällande nedstämdhet och relationstillfredsställelse. Frågan är då i vilka kliniska sammanhang IVIN hör hemma. Då IVIN främst riktar sig mot lindrigt psykiskt situationsbetingat våld kan familjerådgivningar vara ett lämpligt sammanhang. Renay (2011) menar att parterapi med dessa par främst behöver handla om att lära ut strategier för effektiv affektreglering samt öka parets konflikthanteringsförmåga, vilket innehållet i IVIN kretsar kring. Ett behandlingsupplägg för dessa par skulle således kunna vara att personen med det mer uttalade våldsproblemet först genomgår IVIN och därefter (när våldsutövaren tagit ansvar, förstått sitt våld, lärt sig affektregleringsstrategier mm) kan en parterapi inledas, t ex. utifrån Stith (2011). I detta sammanhang är det också värt att nämna att vi inte får någon signifikans på relationstillfredsställelse mätt med DAS, vilket skapar hypoteser om att en intervention för paret saknades i detta behandlingsupplägg. Det är också möjligt att IVIN skulle kunna vara lämpligt inom primärvården. På detta sätt kan behandlingskunskap gällande våldsutövare spridas, något som borde vara av yttersta vikt med tanke på det stora folkhälsoproblem som våld i nära relationer utgör.

I IVIN1 (Axelsson & Gustafsson, 2014) kan man se att affektregleringsförmåga är en tydlig medierande faktor för behandlingsutfall, dvs. den aktiva behandlingskomponenten är träning i att möta och hantera känslor. Även i IVIN2 får vi en signifikant effekt gällande affektreglering mätt med DERS, dock görs ingen analys gällande medierande faktorer. Många övningar i IVIN är tagna från Acceptance and Commitment Therapy, även kallat "tredje vågens kbt". I ACT är det helt centralt att klienten tränas i ett öppet och accepterande förhållningsätt till sina känslor – ett "mindfullt" förhållningssätt. Klientens uppmanas att bryta försök att undvika eller trycka undan känslor, och istället agera i enlighet med sina livsvärderingar oavsett vilken känsla som i stunden upplevs. För ett par år sedan kom också lovande resultatet från en ACT-gruppbehandling (Zarling, 2015) med personer som utövade våld i nära relationer. I denna studie ser också signifikanta effekter på klienternas förmåga att hantera känslor genom deras skattningar i DERS.

IVIN2 är en mindre studie utan randomisering och kontrollgrupp. Således blir det svårt att dra alltför stora slutsatser och göra generaliseringar. Designen i denna studie för

med sig flera hot mot den interna validiteten. Då det inte fanns någon kontrollgrupp att jämföra blir det svårare att säga att det var just behandlingen som ledde till de uppmätta förändringarna. Spontan förbättring hos deltagarna eller att omständigheter (okända för forskaren) i deras liv förändrats kan ha orsakat effekten.

Den externa validiteten, dvs. i vilken utsträckning resultaten från IVIN är generaliserbara går också att ifrågasätta. IVIN2-deltagarna har en klart hög utbildningsnivå sett både till befolkningen i stort och tveklöst till den grupp av personer som söker sig till en våldsmottagning för behandling. De inklusions- och exklusionskriterier som användes i denna studie begränsar också generaliserbarheten. Våldsutövargruppen är en heterogen grupp med stor variation gällande våldets allvarlighet/farlighet, graden av motivation inför behandling, graden av kognitiv förmåga, graden av psykopatologi, form av anknytningsmönster samt att våldet kan fylla en rad olika funktioner för olika utövare (Murphy & Eckhardt, 2005). Således bör resultaten från denna studie främst tolkas utifrån den typ av klient som kom att genomföra studien, dvs en välutbildad (antagligen västeuropeisk) person med lindriga symtom på psykisk ohälsa, som utövar lindrigare former av psykiskt våld mot en partner i en heterosexuell relation samt som är motiverad till behandling.

Affektregleringskomponenten är alltså IVINs ”styrka”, och även om IVIN som helhet möjligtvis inte har en självklar plats inom ramen för socialtjänstens behandlingsarbete med våldsutövare, bör det vara möjligt att bygga vidare i den riktning som IVIN-forskningen pekar. Idag saknas det nämligen en tydlig behandlingsstruktur i mötet med våldsutövare, något som IVIN-modulerna trots allt erbjuder. Nästa steg i utvecklingen på våldsfältet kan vara att just ta fram en behandlingsstruktur för sedvanlig samtalsbehandling. En sådan behandlingsstruktur bör innehålla interventioner som är framplockade utifrån beprövad erfarenhet (ATV Norges grundsyn på behandling) och vetenskap. Arbete med affektreglering bör vara en framträdande del i en sådan behandlingsstruktur och de interventioner som finns med i IVIN kan tjäna som en ryggrad i en sådan struktur. När denna behandlingsstruktur är framtagen behöver den också följas upp och beforskas, för att få ytterligare förståelse för vad det är som fungerar för vilken typ av våldsutövare. En del av ett sådant bör vara att ta fram ytterligare relevanta moduler som berör våldsutövarproblematik (såsom föräldraskap, trauma, missbruk, anknytningsproblematik, depression, krishantering, arbete runt maskulinitetsnormer mm.)

Flera behandlare i IVIN2 projektet har använt IVIN-materialet med ”vanliga klienter” som inte genomgått IVIN. Denna grupp har vi inte kunnat forska på inom ramen för IVIN2. Den samlade bilden från behandlarna är dock att de upplever behandlingsmodulerna som relevanta och möjliga att använda i det sedvanliga behandlingsarbetet. Vi spekulerar i och tror att denna typ av ”hybrid-behandling”, i vilken man träffar sin klient regelbundet på mottagningen och låter klienten arbeta med IVIN-modulerna mellan sessionerna kan vara den mest framkomliga vägen för VINR-mottagningarna i Sverige. Klienten kan ändå registrera hemuppgifter på en plattform på internet och göra mycket av arbetet på egen hand, men får samtidigt mer stöd av sin terapeut på mottagningen. Vi bedömer att ett sådant upplägg skulle minska riskerna med avhopp, vilket var vanligt förekommande i IVIN2. Ytterligare en fördel som kan lyftas fram är de veckomätningar som klienterna gör under behandlingen. Att varje vecka få skatta förekomst av våld kan fylla fler funktioner. Dels hålls ett kontinuerligt fokus på våld, vilket är centralt i all våldsbehandling (Isdal, 2001), och dels blir behandlaren informerad om våldets förekomst och kan vidta åtgärder mer effektivt. Detta innebär möjligheter till förbättrat risk- och säkerhetsarbete.

Det finns idag forskning som talar för att motiverande samtal är en effektiv metod i mötet med personer som utövar våld i nära relationer samtal (Scott 2011, Woodin, 2012). I skapandet av en flexibel behandlingsstruktur för personer som utövar våld vore det således önskvärt att inleda med motiverande samtal som en del av bedömningsfasen. Därefter kan behandlaren välja vilka IVIN-moduler som är relevanta för den enskilda klienten för att få stopp på våld. I denna fas kan den typen av hybridbehandling som beskrivits ovan vara möjlig, i synnerhet för väl stabiliserade klienter med hög kognitiv kapacitet och hög motivation. Om det bedöms vara nödvändigt kan man så i en avslutande behandlingsfas arbeta med att traumaproblematik och ”våldets sammanhang”, dvs. arbete med att hjälpa våldsutövaren att få en djupare psykologisk förståelse för hur det kommer sig att hen utvecklat ett våldsproblem (Isdal, 2001). Detta utförs sannolikt bäst i en regelrätt face-to-face kontakt. För de våldsutövare som är föräldrar kan man därefter koppla på lämplig behandling för detta, såsom Trygghetscirkeln (Powell et al., 2014).

I framtiden skulle det vara intressant med en större klientgrupp för att få ett resultat med större generaliserbarhet. Det skulle också vara intressant att se hur en s.k. ”hybrid-behandling” (där behandling sker både över internet och i personliga möten) skulle falla ut för den aktuella klientgruppen. Även om det ligger lite utanför ramarna för denna

studie, vore det adekvat att få en djupare förståelse för partners behov av stöd under klientens behandlingstid.

Författaren till denna uppsats hoppas att IVIN-projektet kan bli ett litet bidrag till att skapa ännu bättre förutsättningar för psykologisk behandling, baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet, för personer som utövat våld i en nära relation och som längtar efter något annat i sina liv.

Referenser

- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PloS One*, 5(10), 1-6
- Andersson, G. (2003). *Metaanalys*. Lund: Studentlitteratur
- Anestis, M. D., Anestis, J. C., Selby, E. A., & Joiner, E. T. (2009). Anger rumination across forms of aggression. *Personality and Individual Difference*, 46, 192–196.
- Arias, Esther & Arce, Ramon & Vilariño, Manuel. (2013). Batterer intervention programmes: A meta-analytic review of effectiveness. *Psychosocial Intervention* 1132-0559. 22. 153-160. 10.5093/in2013a18.
- Askeland, I., Are, I., Heir, T. (2010). Association of violence against partner and former victim experiences: a sample of clients voluntarily attending therapy. *Journal of interpersonal violence*, 1-16.
- Askeland, I., & Heir, T. (2014). Psychiatric disorders among men voluntarily in treatment for violent behaviour: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 4(4). doi:10.1136/bmjopen-2013-004485
- Askeland, I. R., Birkeland, M. S., Lømo, B., & Tjersland, O. A. (2021). Changes in Violence and Clinical Distress Among Men in Individual Psychotherapy for Violence Against Their Female Partner: An Explorative Study. *Frontiers in psychology*, 12, 710294.
- Askeland, I. ; Lømo, B.; Strandmoen, J-F; Heir, T. & Tjersland, O.A. (2012). *Kjennetegn hos menn som har oppsøkt Alternativ til Vold (ATV) for vold i nære relasjoner*. Rapport 4/2012. Oslo: Nasjonalt senter for vold og traumatisk stress.
- Attkisson, C.C., & Zwick, R.J. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5(3), 233-237.
- Axelsson, S., & Gustavsson, T. (2014). *Vem drar mest nytta av en internetadministrerad kognitiv beteendeterapi mot utövande av våld i nära relasjoner? Moderatorer i en randomiserad kontrollerad studie*. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1023-1053.
- Backe, V., & Pollack, M. (2014). *Förändringsprocesser i internet-administrerad kognitiv beteendeterapi för personer som utövar våld i nära relasjoner*. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Babor, T.F., Biddle-Higgins, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barner, J., Carney, M. (2011). Interventions for intimate partner violence: A historical review. *Journal of Family Violence*, 26, 235-244
- Barnes, J., (2013). Indicators of domestic/intimate partner violence are structured by genetic and nonshared environmental influences. *Journal of Psychiatric Research*, Volume 47, Issue 3,
- Bell, K. M., & Higgins, L. (2015). The impact of childhood emotional abuse and experiential avoidance on maladaptive problem solving and intimate partner violence. *Behavioral Sciences*, 5(2), 154-175.
- Bell, K. M. & Naugle, A. E. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review*, 28, 1096–1107.
- Bergman, H. & Källmén, H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol & Alcoholism*, 37, nr 3, sid 245-251.
- Berzenski, S. R. & Yates, T. M. (2010). A developmental process analysis of the contribution of childhood emotional abuse to relationship violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(2), 180-203.
- Bonta, J. & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). New York: Routledge.
- Braithwaite, S. R., & Fincham, F. D. (2014). Computer-based prevention on intimate partner violence in marriage. *Behaviour Research and Therapy*, 54, 12-21.
- Brorell, M., Gustafsson, F., Alasjö, A. (2014). *Utveckling och prövning av en interaktiv hemsida baserad på Motiverande samtal för personer utsatta för partnervåld*. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Burelomova, A. & Gulina, M. (2018). Intimate Partner Violence: An Overview of the Existing Theories, Conceptual Frameworks, and Definitions. *Psychology in Russia: State of the Art*, 11(3), pp. 128-144.
- Bushman, B. J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame? Catharsis, rumination, distraction, anger and aggressive responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 724-731.
- Calvert, U. (2013). *Aggressivitet, alexitymi och empati bland män med våldsbeteende som söker behandling på Manscentrum*. Uppsats för yrkesexamina på avancerad nivå, Stockholms universitet/Psykologiska institutionen.
- Cascardi, M. & Vivian, D. (1995). Context for specific episodes of marital violence: Gender and severity of violence differences. *Journal of Family Violence*, 10(3), 265-293.
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Wu Shortt, J. & Hyoun, K. K. (2012). A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, 3 (2), 231–280.

- Chapman, H., Gillespie, S. M., & Mitchell, I. J. (2018). Facial affect processing in incarcerated violent males: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 38*, 123-138.
- Clements, K., Holtzworth-Munroe, A., Schweinle, W., & Ickes, W. (2007). Empathic accuracy of intimate partners in violent versus nonviolent relationships. *Personal Relationships, 14*(3), 369-388.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2:a utg.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Costa, B. M., Kaestle, C. E., Walker, A., Curtis, A., Day, A., Toumbourou, J. W. & Miller, P. (2015). Longitudinal predictors of domestic violence perpetration and victimization: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 24*, 261–272.
- Daigneault, I., Hebert, M., & McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect, 33*(9), 638-647.
- Dixon, L. & Graham-Kevan, N. (2011). Understanding the nature and etiology of intimate partner violence and implications for practice and policy. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1145-1155.
- Dobash, R. E., Dobash, R. P. (1978). Wives: The “appropriate” victims of marital violence. *Victimology. An International Journal, 2*, 426-442.
- Dutton, D. G. (2011) *Rethinking domestic violence*. Vancouver: UBC Press
- Eckhardt, C. I., Murphy, C. M., Whitaker, D. J., Sprunger, J., Dykstra, R., & Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse, 4*(2), 196–231.
- Engstrand, J., & Jeppsson, U. (2014). *IVIN: Ilska, aggression och utagerande beteenden i nära relationer – En randomiserad kontrollerad studie av internetbaserad kognitiv beteendeterapi*. Psykologexamensarbete, Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Fals-Stewart, W. (2003). The Occurrence of Partner Physical Aggression on Days of Alcohol Consumption: A Longitudinal Diary Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71* (1), 41–52.
- Feder, L., Wilson, D.B. and Austin, S. (2008), Court-Mandated Interventions for Individuals Convicted of Domestic Violence. *Campbell Systematic Reviews, 4*: 1-46. <https://doi.org/10.4073/csr.2008.12>
- Friberg, Å. (2006). *Känslig för känslor? En kvantitativ studie av ett känsloregleringsperspektiv på oro och Generaliserat ångestsyndrom*. Psykologexamensarbete, Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Gardner, F. L., & Moore, Z. E. (2008). Understanding Clinical Anger and Violence: The Anger Avoidance Model. *Behavior Modification, 32*(6), 897–912. <https://doi.org/10.1177/0145445508319282>

Gilbar, O., Dekel, R., Hyland, P., & Cloitre, M. (2019). The role of complex posttraumatic stress symptoms in the association between exposure to traumatic events and severity of intimate partner violence. *Child abuse & neglect*, 98, 104174.

Gillions, A., Cheang, R., & Duarte, R. (2019). The effect of mindfulness practice on aggression and violence levels in adults: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*.

Gondolf, E. W. (2004). Evaluating batterer counseling programs: A difficult task showing some effects and implications. *Aggression and Violent Behavior*, 9(6), 605-631.

Gormley, B., & Lopez, F. G. (2010). Psychological abuse perpetration in college dating relationships: contributions of gender, stress, and adult attachment orientations. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 204–18.

Gottman, J., personlig kommunikation, 4 nov, 2015

Gratz, K. L., & Roemer, E. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

Graham, J.M., Liu, Y.J., & Jeziorski, J.L. (2006). The dyadic adjustment scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68, 701-717.

Haggard, U., Freij, I., Danielsson, M., Wenander, D., & Langstrom, N. (2015). Effectiveness of the IDAP Treatment Program for Male Perpetrators of Intimate Partner Violence: A Controlled Study of Criminal Recidivism. *J Interpers Violence*.
doi:10.1177/0886260515586377

Hastings, J.E., & Hamberger, L.K., (1988). Personality characteristics of spouse abusers: a controlled comparison. *Violence & Victims*.3(1):31-48.Hermansson K., (2009). *Beskrivning och utvärdering av ideella kvinnojourer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

Hesser, H., Axelsson, A., Bäcke, V., Engstrand, J., Gustafsson, T., Holmgren, E., Jeppsson, U., Pollack, M., Nordén, K., Rosenqvist, D. (2017) Preventing intimate partner violence via the Internet: A randomized controlled trial of emotion-regulation and conflict-management training for individuals with aggression problems. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24 (5), 1163-1177

Heyman, R. E., & Schlee, K. (2003). Stopping wife abuse via physical aggression couples treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 7(1–2), 135–157.
doi:10.1300/J146v07n01_07

Hill, C. L. M., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81–90. <https://doi.org/10.1037/a0026355>

Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G.L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1000–1019.

Holtzworth-Munroe, A. & Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(3), 476.

Holtzworth-Munroe, A. (1992). Social skill deficits in maritally violent men: Interpreting the data using a social information processing model. *Clinical Psychology Review*, 12(6), 605-617.

Hunnicut, G. (2009). Varieties of patriarchy and violence against women: Resurrecting “patriarchy” as a theoretical tool. *Violence against Women*.
<https://doi.org/10.1177/1077801208331246>

Isdal, P. (2001). *Meningen med våld*. Stockholm: Gothia.

Jakupcak, M., Salters, K., Gratz, K. L., & Roemer, L. (2003). Masculinity and emotionality: An investigation of men's primary and secondary emotional responding. *Sex Roles*, 49, 111-120.

Johnson, M. P. (2005). The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence: Findings from the national violence against women survey. *Journal of Family Issues*, 26(3), 322–349. doi:10.1177/0192513X04270345

Johnson, M. P. (2008). *A Typology of Domestic Violence: Intimate Terrorism, Violent Resistance, and Situational Couple Violence*, Northeastern University Press, Boston

Kertz, S., Bigda-Peyton, J., & Bjorgvinsson, T. (2013). Validity of the generalized anxiety disorder scale in an acute psychiatric sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20, 456-464.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.

Kubany, E. (2008). *Treating PTSD in battered women*. Oakland: New Harbinger Publications

Kubany, E.S, Hill, EE, Owens, JA, Iannce-Spencer, C, McCaig, MA, Tremayne, KJ & Williams, PL. (2004) Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *J. Consult Clin Psychology*, 72: 3-18.

Langhinrichsen-Rohling, J. (2010). Controversies involving gender and intimate partner violence in the United States. *Sex Roles*, 62, 179-193

Langer, A. & Lawrence, E. (2009). Emotion regulation and experiential avoidance in intimate partner violence. In: J. A. Jaworski (edit). *Advances in Sociology Research*, volume 6, chapter 3, 1–29. Nova Science Publisher, Inc.

Laskey, P. (2016) Systematic review of female perpetrators of intimate partner violence and their treatment. *Journal of Applied Psychology and Social Science*, 2 (1), 62–88.

Leonard, K. E. & Senchak, M. (1996). Prospective prediction of husband marital aggression within newlywed couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(3), 369.

- Love, H. A., Spencer, C. M., May, S. A., Mendez, M., & Stith, S. M. (2020). Perpetrator risk markers for intimate terrorism and situational couple violence: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(5), 922-931.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Yorck Herzberg, P. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care, 46*, 266-274.
- Marshall, A. D., & Holtzworth-Munroe, A. (2010). Recognition of wives' emotional expressions: A mechanism in the relationship between psychopathology and intimate partner violence perpetration. *Journal of Family Psychology, 24*(1), 21.
- Maxwell, J. P., Sukhodolsky, D. G., Chow, C. C., & Wong, C. F. (2005). Anger rumination in Hong Kong and Great Britain: Validation of the scale and a cross-cultural comparison. *Personality and Individual Differences, 39*(6), 1147-1157.
- McNulty, J. K., & Hellmuth, J. C. (2008). Emotion regulation and intimate partner violence in newlyweds. *Journal of Family Psychology, 22*, 794-797. doi:10.1037/a0013516
- Mihalic, S. W. & Elliott, D. (2005). A social learning theory model of marital violence. *Readings in Family Theory, 98*.
- Ministry of Justice (2014). *Transforming Rehabilitation: a summary of evidence on reducing reoffending (second edition)*. Ministry of Justice Analytic Series 2014.
- Moore, T. M., Stuart, G. L., Meehan, J. C., Rhatigan, D. L., Hellmuth, J. C. & Keen, S. M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 28*, 247-274.
- Murphy, C. M., & Eckhardt, C. I. (2005). *Treating the abusive partner: An individualized cognitive-behavioral approach*. New York, NY: Guilford Press. Murphy, C. M., & Hoover, S. A. (1999). Measuring emotional abuse in dating relationships as a multifactorial construct. *Violence and Victims, 14*, 39-53.
- NCK (2014). Våld och hälsa. *En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. NCK- rapport 2014:1 Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala Universitet.
- Nedegaard, R. C., & Sbrocco, T. (2014). The impact of anger on the intimate partner violence decision-making process. *Journal of family violence, 29*, 613-624.
- Nesset, M. B., Lara-Cabrera, M. L., Bjørngaard, J. H., Whittington, R., & Palmstierna, T. (2020). Cognitive behavioural group therapy versus mindfulness-based stress reduction group therapy for intimate partner violence: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry, 20*(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02582-4>
- Novaco, R. W. (1978). Anger and coping with stress: Cognitive behavioral interventions. *Cognitive behavior therapy: Research and application, 135-173*.
- O'Leary, K. D., Smith Slep, A. M., & O'Leary, S. G. (2007). Multivariate models of men's and women's partner aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 752.

- Palmstierna, T., Haugan, G., Jarwson, S., Rasmussen, K., & Nøttestad, J. A. (2012). Cognitive-behaviour group therapy for men voluntary seeking help for intimate partner violence. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 360-365.
- Parks, S. E., Kim, K. H., Day, N. L., Garza, M. A., & Larkby, C. A. (2011). Lifetime self-reported victimization among low-income, urban women: The relationship between childhood maltreatment and adult violent victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(6), 1111-1128.
- Pettersson, E., & Sandgren, T. (2013). *IRIS. Internetadministrerad kognitiv beteendeterapi för personer som blivit utsatta för våld i en nära relation och utvecklat psykisk ohälsa - En randomiserad kontrollerad studie av en individanpassad vägledad självhjälpsbehandling*. Psykologexamensarbete, Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. & Marvin, B. (2014). *The Circle of Security Intervention. Enhancing Attachment in Early Parent-Child Relationships*. New York, Guilford Press
- Renay P. Cleary Bradley, Daniel J. Friend & John M. Gottman (2011) Supporting Healthy Relationships in Low-Income, Violent Couples: Reducing Conflict and Strengthening Relationship Skills and Satisfaction. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 10:2, 97-116,
- Renner. L., Whitney, S. (2010) Examining symmetry in intimate partner violence among young adults using sociodemographic characteristics. *Journal of Family Violence*, 25, 91-106
- Ro, E., & Lawrence, E. (2007). Comparing three measures of psychological aggression: Psychometric properties and differentiation from negative communication. *Journal of Family Violence*, 22, 575–586.
- Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and violent behavior*, 17(1), 72-82.
- Rosenqvist, D., & Nordén, K., (2012) *Mansrådgivningen i Jönköping 2010-2012, en projektutvärdering*. Jönköping: Landstinget i Jönköpings län
- Saunders. D., (1996). Feminist-cognitive-behavioral and process-psychodynamic treatments for men who batter: Interaction of abuser traits and treatment models. *Violence and Victims*, 11, 393-414
- Scott K., King C., McGinn H., Hosseini N. (2011). Effects of motivational enhancement on immediate outcomes of batterer intervention. *J. Fam. Violence* 26, 139–149.
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Zucosky, H., Febres, J., Brasfield, H., & Stuart, G. L. (2014). Experiential avoidance and male dating violence perpetration: An initial investigation. *Journal of contextual behavioral science*, 3(2), 117-123.
- Sherpard, M. (2005). Twenty years of progress addressing domestic violence: An agenda for the next 10. *Journal of interpersonal violence*, 20, 436-441

Smedslund, G., Dalsbø, T.K., Steiro, A.K., Winsvold, A. and Clench-Aas, J. (2011), Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Campbell Systematic Reviews*, 7: 1-25. <https://doi.org/10.4073/csr.2011.1>

Smith, P.H., Earp, J.A., DeVellis, R. (1995). Measuring battering: development of the Women's Experience with Battering (WEB) Scale. *Women's Health* 1(4), 273-88

Socialstyrelsen. (2006). Kostnader för våld mot kvinnor: En samhällsekonomisk analys. Hämtad 15 mars 2016 från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-131-34>

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen. (2010). *Behandling av män som utövar våld i nära relationer utvärdering*. Hämtad 13 oktober, 2016 från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-34>

Socialstyrelsen. (2011). Våld. Handbok om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Hämtad 11 mars 2016 från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/valdsochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare>

Socialstyrelsen. (2012). *Manual för FREDA: standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer (preliminär version)*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd gällande våld i nära relationer. Hämtad 14 augusti 2016 från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-5-7>

Socialstyrelsen. (2015). *Manual för arbete med partnerkontakt: Kontakt och säkerhetsarbete med våldsutsatta personer när våldsutövaren går i behandling*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stith, S. McCollum, E. & Rosen, K. (eds.) (2011). *Couples Therapy for Domestic Violence: Finding Safe Solutions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Straus, M. A. (1977a). Sexual inequality, cultural norms and wife beating. *Sage Yearbooks in Women Policy Studies*, 2.

Straus, M. A. (1977b). Wife beating: How common and why? *Victimology*.

Straus, M.A. & Smith, C. (1990). Family patterns and primary prevention of family violence. In: M.A. Straus & R.J. Gelles (Eds.) *Physical Violence in American families*. Pp. 507-526. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996) The Revised Conflict Tactics Scale (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283–316.

Straus, M.A. (2011). Gender symmetry and mutuality in perpetration of clinical-level partner violence: Empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Aggression and Violent Behaviour*, 16: 279-288.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., et al. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.

- Sugarman, D. B. & Frankel, S. L. (1996). Patriarchal ideology and wife-assault: A meta-analytic review. *Journal of Family Violence*, 11(1), 13-40.
- Sukhodolsky, D. G., Golub, A., & Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and Individual Differences*, 31, 689-700.
- Tager, D., Good, G. E., & Brammer, S. (2010). "Walking over 'em": An exploration of relations between emotion dysregulation, masculine norms, and intimate partner abuse in a clinical sample of men. *Psychology of Men & Masculinity*, 11(3), 233–239.
doi:10.1037/a0017636
- Taft, C. T., Murphy, C. M., King, D. W., Musser, P. H., & DeDeyn, J. M. (2003). Process and treatment adherence factors in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 812–820.
- Travers, A., McDonagh, T., Cunningham, T., Armour, C., Hansen, M. (2021). The effectiveness of interventions to prevent recidivism in perpetrators of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* (84).
- Tull, M. T., Jakupcak, M., Paulson, A., & Gratz, K. L. (2007). The role of emotional inexpressivity and experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and aggressive behavior among men exposed to interpersonal violence. *Anxiety, stress, and coping*, 20(4), 337-351.
- Umberson, D., Anderson, K. L., Williams, K., & Chen, M. D. (2003). Relationship dynamics, emotion state, and domestic violence: A stress and masculinities perspective. *Journal of Marriage and Family*, 65(1), 233-247.
- Voith, L. A., Logan-Greene, P., Strodthoff, T., & Bender, A. E. (2020). A Paradigm Shift in Batterer Intervention Programming: A Need to Address Unresolved Trauma. *Trauma, violence & abuse*, 21(4), 691–705.
- Wareham, J., Boots, D. P., & Chavez, J. M. (2009). A test of social learning and intergenerational transmission among batterers. *Journal of Criminal Justice*, 37(2), 163-173.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 5.
- Whitaker, D. J., Morrison, S., Lindquist, C., Hawkins, S. R., O'Neil, J. A., Nesius, A. M., ... & Reese, L. R. (2006). A critical review of interventions for the primary prevention of perpetration of partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 11(2), 151-166.
- WHO (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. REPORT - initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2013) *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization.
- White, J. W., Merrill, L. L., & Koss, M. P. (2001). Predictors of premilitary courtship violence in a Navy recruit sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(9), 910-927.

- Wilkinson, D. L. & Hamerschlag, S. J. (2005). Situational determinants in intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 10(3), 333-361.
- Woodin, E.m., Sotskova, A., O'Leary, D. (2012). Do motivational interviewing behaviors predict reductions in partner aggression for men and women? *Behaviour Research and Therapy*, 50, 79-84.
- Wupperman, P., Marlatt, G. A., Cunningham, A., Bowen, S., Berking, M., Mulvihill-Rivera, N., & Easton, C. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: Results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of clinical psychology*, 68(1), 50-66.
- Yllö, K. (1983). Sexual equality and violence against wives in American states. *Journal of Comparative Family Studies*, 67-86.
- Zarling, A., Lawrence, E., & Marchman, J. (2015). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 199-212.
- Zarling, A., & Russell, D. (2022). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy and the Duluth Model classes for men court-mandated to a domestic violence program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(4), 326–338. <https://doi.org/10.1037/ccp0000722>
- Överlien, C. (2010). Children exposed to domestic violence. What have we concluded and challenges ahead. *Journal of social work*, 10: 80-97.

Appendix A. Frågor till behandlare i IVIN2

Frågor till behandlare i IVIN2

1. Jag har haft minst en ivin-klient

Ja (fortsätt med samtliga frågor nedan)

Nej (fortsätt med frågorna i blå text nedan, nummer 6-10)

2. I vilken utsträckning upplevde du att innehållet i behandlingsmodulerna var relevant?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls relevant				Ganska relevant					Mycket relevant

3. I vilken utsträckning var plattformen användarvänlig?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls				Ganska					Mycket

4. I vilken utsträckning upplevde du att det utvecklades en god allians/relation mellan dig och dina klienter?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls				Ganska mycket					Mycket

5. Hur lätt var det att formulera feedback på övningar och hemuppgifter till dina klienter?

klienter?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls				Ganska lätt					Mycket lätt

6. I vilken utsträckning har du lärt dig något som behandlare genom att delta i projektet?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte något alls				Ganska mycket					Mycket

7. Var det svårt att göra bedömningar av vilka klienter som kunde delta i studien?

Ja

Nej

Motivera ditt svar:

8. Har du använt delar av IVIN-materialet med andra klienter, som inte genomgått IVIN?

Ja

Nej

Om ja, ungefär med hur stor andel av dina klienter (1-100%):

Vilka fyra moduler har du upplevt som mest relevanta? Ringa in

Modul 1 Modul 2 Modul 3 Modul 4 Modul 5 Modul 6 Modul 7

Motivera ditt svar:

9. Skulle du rekommendera IVIN till andra behandlare som arbetar med personer som utövar våld i nära relationer?

Ja

Nej

Motivera ditt svar:

10. Har du en önskan om att i framtiden fortsatt kunna erbjuda IVIN till dina klienter?

Ja

Nej

Motivera ditt svar:

Övriga kommentarer:

Appendix B. Utvärdering från partner vid eftermätning

UTVÄRDERING FRÅN PARTNER

Nedan är vi intresserade av om din partners användande av våld förändrats i samband med internetbehandlingen. Sätt ett kryss vid varje kategori för det påstående du tycker stämmer bäst. Om din partner aldrig använt den aktuella våldsformen sätt då kryss i rutan "aldrig använt".

Jag kan inte uttala mig om nedanstående. Vi har separerat.

Fysiskt våld Aldrig använt

- 1a) ____ Min partner använder *mer* fysiskt våld nu än tidigare
- 1b) ____ Min partner använder *lika mycket* fysiskt våld nu som innan behandlingen
- 1c) ____ Min partner använder *mindre* fysiskt våld nu efter behandlingen
- 1d) ____ Min partner använder *inget* fysiskt våld nu efter behandlingen

Psykiskt våld Aldrig använt

- 2a) ____ Min partner använder *mer* psykiskt våld nu än tidigare
- 2b) ____ Min partner använder *lika mycket* psykiskt våld nu som innan behandlingen
- 2c) ____ Min partner använder *mindre* psykiskt våld nu efter behandlingen

2d) _____ Min partner använder *inget* psykiskt våld nu efter behandlingen

Materiellt våld Aldrig använt

3a) _____ Min partner använder *mer* materiellt våld nu än tidigare

3b) _____ Min partner använder *lika mycket* materiellt våld nu som innan behandlingen

3c) _____ Min partner använder *mindre* materiellt våld nu efter behandlingen

3d) _____ Min partner använder *inget* materiellt våld nu efter behandlingen

Sexuellt våld Aldrig använt

4a) _____ Min partner använder *mer* sexuellt våld nu än tidigare

4b) _____ Min partner använder *lika mycket* sexuellt våld nu som innan behandlingen

4c) _____ Min partner använder *mindre* sexuellt våld nu efter behandlingen

4d) _____ Min partner använder *inget* sexuellt våld nu efter behandlingen

Nedan är vi intresserade av hur du upplever att internetbehandlingen påverkat din partner. Skatta på skalan 0-10 genom att ange till vilken utsträckning du håller med om varje enskilt påstående.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stämmer

inte alls

Stämmer

fullständigt

1. ____ Min partner har blivit mer medveten om sina problem
2. ____ Min partner har blivit mer medveten om hur våldet påverkar mig
3. ____ Jag upplever att min partners psykiska välmående ökat efter behandlingen
4. ____ Min partner har blivit bättre på att hantera svåra känslor

5. ____ Det märks att min partner har lärt sig strategier för att inte utöva våld
6. ____ Min partner har blivit bättre på att kommunicera sina behov på ett respektfullt sätt
7. ____ Min partner har blivit bättre på att hantera konflikter i vår relation
8. ____ Min partners alkoholkonsumtion har minskat Ej aktuellt
9. ____ Min partners läkemedelskonsumtion har minskat Ej aktuellt
10. ____ Min partners droganvändande har minskat Ej aktuellt

11. ____ Min partners kroppsliga besvär har minskat Ej aktuellt

Om du har barn...

12. ____ Min partner har blivit mer medveten om hur våldet påverkat våra barn

13. ____ Jag upplever att min partners föräldraskap påverkats positivt

Appendix C. Veckomätning - Skatta våld

Skatta hur mycket våld som förekommit den senaste veckan på en skala 0 – 10, där noll är att det inte förekommit något våld och där 10 är att det varit mycket och allvarligt våld.

	Inget										Mycket
Psykiskt våld	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Materiellt våld	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fysiskt våld	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexuellt våld	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Andra bekymmer och problem

Konfliktnivå i relationen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Generellt mående

Mycket dåligt

Mycket bra

senaste veckan

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10