



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

En studie om hur våldsutsatta kvinnor skattade sina psykiska välmående med hjälp av ORS

Sabina Kullberg

Psykoterapeutuppsats. 2020

Handledare: Jan - Åke Jansson
Examinator: Håkan Johansson

Sammanfattning

Denna studie ingick i kvalitetssäkring av en behandlingsmottagning i södra Sverige. Syftet med studien var att beskriva hur en grupp kvinnor (N=31) som utsatts för våld i nära relation bedömde sina psykologiska välmående med Outcome Rating Scale (ORS) samt belysa tidiga avbrott i behandlingen. Genom en longitudinell kvantitativ studie, undersöktes kvinnornas skattningar utifrån de fyra första behandlingssamtalen. Studien visade på en tudelad spridning, hälften av kvinnorna uppvisade värden som överensstämmer med dem som söker öppen psykiatrisk vård och nästan hälften uppvisade ett så positivt välbefinnande som de som oftast inte söker sig till behandling. Inför kvinnornas andra skattning så uppvisade nio kvinnor ett sämre välmående än vid samtalstillfälle ett. Före kvinnornas fjärde skattning hade åtta kvinnor avbrutit sin behandling, 23 kvinnor deltog, varav 18 kvinnors skattningar visade på ett ökat psykiskt välmående. Åtta av de 18 kvinnorna hade uppnått en kliniskt tillförlitlig förändring enligt ORS – manualen. Deltagarantalet i studien var begränsat vilket gör att generaliserbarheten av resultaten är begränsade och de statistiska analyserna måste tolkas med försiktighet. Pearsons korrelation användes för att undersöka sambanden mellan de fyra delskalorna i ORS. I studien framkom att korrelationskoefficienterna mellan samtliga delskalorna var hög.

Nyckelord: Våldsutsatta kvinnor, ORS, Outcome Rating Scale, Kvinnor, Isolering, Avbrott, Allians, Behandling

Abstract

This study is included in a quality assurance of a treatment centre in southern Sweden. Using a longitudinal quantitative study design, a group of women (N=31), exposed to domestic violence, prior to four subsequent therapeutic treatment occasions estimated their psychological well-being based on the Outcome Rating Scale (ORS). Additionally, the study was aimed to illuminate the occurrence of treatment termination. Prior to the first therapeutic treatment occasion, half of the women estimated their well-being consistent with those seeking open psychiatric care and the approximate remaining half estimated a well-being consistent with those who do not seek treatment. Prior to the second occasion, nine women estimated a lesser psychological well-being compared to that from the first estimation. Lastly, eight women had interrupted their treatment and of these, five estimated a low well-being prior to the first occasion and three estimated a high well-being. In total, prior to the fourth occasion, 23 women participated where 18 estimated an improved psychological well-being and eight with a clinically reliable change according to the ORS-manual. A Pearson's correlation was used to investigate the relationships between the four subscales of the ORS showing a high correlation.

Key words: Domestic violence, ORS, Outcome Rating Scale, Women, Isolation, Interruption, Alliance, Therapy

Tack till

Enhetschef, *Elisabeth Norsell* för introduktion i ORS värld

Nina, för möjligheten till utbildning

Irena, Ann-Sophie och *Per* för korrekturläsning

... alla dessa modiga kvinnor som vi har äran att möta varje dag

kollegan som gjorde studien möjlig

Birgitta

Handledare *Jan-Åke Jansson* för
värme, tålamod och säker guidning i hamn.

Statistik experten *Rebecca Persson*

Lilith

Innehållsförteckning

Abstract	3
Innehållsförteckning	5
Inledning	6
Våld mot kvinnor	7
Terapeutisk allians, avbrott och feedback i behandlingsarbetet	10
Syfte och frågeställningar	16
Metod	17
Deltagare	17
Instrument	17
Procedur	18
Dataanalys	19
Etik	19
Resultat	21
Samband mellan de olika delskalorna vid det första skattningstillfället	21
Våldsutsatta kvinnors psykiska välmående vid första skattningstillfället	22
Kvinnornas skattade psykiska välmående inför behandlingstillfälle fyra	22
Inför samtalsstillfälle fyra hade åtta kvinnor avbrutit sin samtalsbehandling	23
Diskussion	23
Resultatdiskussion	23
Metoddiskussion	30
Metodval	30
Slutsatser	31
Referenser	33
Bilaga 1.	38
Skattning av förändring	38
Outcome Rating Scale (ORS)	38
Bilaga 2.	39
Övergripande instruktion på hur ORS presenteras	39

Introduktion

Inledning

Studien genomfördes i en kommunal samtalsmottagning där målgrupperna är vuxna och barn som utsatts/utsätter någon i nära relation för våld. Mottagningen riktar sig till alla kommuninvånare samt de kranskommuner som ingår i mottagningens upptagningsområde. Samtalsmottagningen drivs som en öppen och frivillig verksamhet utan myndighetsutövning (SOFS, 2001:453; Prop, 1993/94:4). På mottagningen kan personer få hjälp med rådgivning, krisbearbetning och behandling. Det finns ingen bestämd gräns för stödets varaktighet utan behovet avgör hur ofta och länge man träffas. Mottagningens övergripande mål är att våld i nära relationer ska upphöra samt att verka som kompetenscentra till kommunernas invånare och gentemot professionella genom utbildning samt handledning.

Under perioden för denna studie var samtliga behandlare utbildade socionomer och arbetsmetoden var främst eklektisk. Utbildningar i verksamheten var bland annat, grundläggande psykoterapi utbildningar (PDT), Prolonged exposure (PE) samt olika vidareutbildningar inom Alternativ till vold (ATV). Andra var, Trappan som är krissamtal riktade mot barn som upplevt våld av sin mamma (Arnell & Ekbohm, 2010), spädbarnspsykologi och sexologi m.fl.

Samtalsmottagningens behandlare var certifierade i att utföra evidensbaserade riskbedömningar SARA, SAM och PATRIARK. SARA (Spousal Assault Risk Assessment) används av ett flertal kommuner för att bedöma risker då det handlar om våld i nära relationer. SARA är en strukturerad professionell bedömningsmodell, som väger samman den professionellas kunskap och erfarenhet med empiriskt fastställda riskfaktorer. Riskbedömningarna SAM och PATRIARK är inriktade på stalkning samt hedersproblematik (Skillmark, 2018).

Samtalsmottagningen där studien är genomförd har valt att använda sig av den mer övergripande benämningen, våld i nära relationer. Vilket är ett försök till att inkludera och peka på en könsneutralitet. Men det är också i en förhoppning att inkludera alla utsatta personer och grupper i samhället så att ingen blir utan stöd och hjälp. Samtalsmottagningen använder sig också av könsmaktperspektivet, som en central utgångspunkt på mottagningen för att belysa det strukturella våld som historiskt sett, mäns våld mot kvinnor har utgjort. Verksamhetens namn och perspektiv innebär ingen motsättning, utan synliggör problematiken i sin komplexitet (Holmberg, Enander och Lindgren, 2015). I arbetet med våldsutsatta kvinnor utgår man ifrån ett forsknings och erfarenhetsfält där historien i dess kontextuella ramar är

starkt knutet till vårt vardagliga arbete. I (Steen 2003, refererat i Helmersson, 2017) beskrivs forskningsfältet: ” om mäns våld mot kvinnor som ett ”diskursivt slagfält” (s.20). Området är ett fält för skilda intressen och positioner. Olika aktörer från olika bakgrund försöker definiera våldet kvinnor utsätts för utifrån en maktojämlikhet men också utifrån en rad olika förklaringsmodeller som försvinner och tillkommer genom åren (Helmersson, 2017).

Miller och Bertolino (2012) påpekar då det kommer till användandet utav Outcome Rating Scale (ORS) kopplat till våld i nära relationer, att det finns mycket att ta hänsyn till i arbetet, utifrån att, ”... det finns många komplexa och varierande etiska, politiska och kulturella perspektiv på hur man ska arbeta på bästa sätt” (s. 216).

Nedan beskrivs under rubriken, våld mot kvinnor, den kontextuella ram och de processer som samverkar och försätter en våldsutsatt kvinna i en så stark och komplex utsatthet. Därefter följer ett avsnitt om terapeutisk allians, avbrott och feedback i behandlingen.

Våld mot kvinnor

Våld mot kvinnor är ett brott mot mänskliga rättigheter och ett världsomfattande samhälls- och folkhälsoproblem. Sverige är ålagt att ha en lagstiftning som stämmer överens med de konventioner vi anslutit oss till, bland annat Istanbulkonventionen (Europarådet, 2011). Vidare konstaterar Världshälsoorganisationen (WHO, 2013) att våld mot kvinnor i nära relation, är ett av de allvarligaste hoten mot kvinnors hälsa, 35 procent av världens kvinnor har utsatts för antingen fysiskt eller sexuellt våld någon gång i sina liv. I Sverige är det Socialnämndens uppgift enligt 5 kap. 11 § SoL (SOFS 2001:453) att verka för den som utsatts för brott, men också att särskilt beakta kvinnor som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående. Trots det ser stödet i olika socialtjänster väldigt olika ut både gällande skydd och behandling enligt Ekström (2016) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fann brister i socialtjänsten (IVO, 2019). Vidare har Europarådets expertgrupp om våld mot kvinnor, Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO, 2019), granskat hur väl Sverige lever upp till bestämmelserna i Europarådets konvention om våld mot kvinnor. De påpekar att våldsutsatta kvinnors tillgång till hjälp och stöd varierar stort över landet (GREVIO, 2019).

En våldsutsatt kvinnas position. Våldets mekanismer knutna till tvåsamheten, familjpositioneringen och den känslomässiga makten som kommer av att stå i en nära relation med en annan, är faktorer som försvårar en våldsutsatt kvinnas position enligt Agevall (2012). Hon skriver att inom familjen som institution och tvåsamhetens stängda rum finns det en grogrund för att berättelsen om våld kan vävas ihop med berättelsen om parets individuella historia. Tvåsamheten utesluter andra, tvåsamheten förväntas vara nära och inom den förväntas problem att lösas utan inblandning från andra.

Agevall (2012) beskriver vidare, att när vi tycker om någon mycket tillrättalägger vi gärna personens handlingar, rättfärdigar och förklarar för att begripliggöra dennas handlingar för oss själva. Det innebär att den intima relationen möjliggör ett begripliggörande utav handlingar vi kanske annars skulle avfärda. Att bli utsatt för våld i detta sammanhang beskrivs ofta som mycket skambelagt. Frågan är om inte tvåsamheten och familjpositioneringen i nära relationer påverkar kvinnans möjlighet till att berätta om det våld hon utsätts för? Det vill säga att lojaliteten till relationen och familjen är så starkt att det är först när hon ger upp hoppet och tron på sin egen makt att förbättra relationen, som det är möjligt att lämna på något sätt (Agevall, 2012).

Traumatiska band. Maktobalansen återfinns i själva könsrelationen och är på så sätt strukturell, men förstärks av ett återkommande våld som riktas mot kvinnan tillsammans med att de befinner sig i en nära relation (Holmberg och Enander, 2007). I den nära relationen formas starka emotionella och sammansatta band som kan ses som en förklaring till svårigheten att ta sig ur en destruktiv relation. Holmberg och Enander (2007) beskriver dessa band i termen av traumatiska band, flera tunna band som flätats samman till ett starkt och komplext band som är kopplat till den starka emotionella och sammansatta makt som mannen får över kvinnan. De nio band som beskrivs är, kärleken, rädslan, hatet, medlidandet, skulden, hoppet, viljan att förstå mannen, beroendet och internaliseringen. Banden utvecklas utifrån den starka maktobalans som finns mellan parterna tillsammans med att den ena utsätter den andre för våld.

I utvecklingen av det traumatiska bandet blir kvinnan den som får bära skulden för våldet hon utsätts för och samtidigt ha medlidande för honom och hans beteende enligt Holmberg och Enander (2007), ett syndrom som vi generellt utanför nära relationer känner igen som, Stockholmssyndromet.

Normaliseringsprocessen som en teoretisk förklaringsmodell. Lundgren (2012) beskriver våldet utifrån en teoretisk förklaringsmodell som hon kallar normaliseringsprocessen. Normaliseringsprocessen handlar om den starka nedbrytningsprocess som våld i nära relationer innebär. De utmärkande dragen i normaliseringsprocessen är gränsförskjutningen, isoleringen, växlingen mellan våld och värme samt internaliseringen. Gränsförskjutningen en våldsutsatt kvinna upplever är kanske en av de mest centrala aspekterna i våldet. Gränsförskjutningen innebär att de egna gränserna suddas ut, vissa förskjuts fort och vissa över lång tid, vissa gränser är inre och andra yttre. Växlingen mellan värme och kyla i relationen tydliggör gränserna mellan kärlek och våld.

Samverkan mellan dessa förskjutningar kan resultera i att kvinnans livsutrymme krymper, till sist blir hennes livsroll att underkasta sig partnern. Hon anpassar sig för att undkomma våld. När gränserna förskjuts upplever kvinnan en känslomässig isolering, dessutom finns ofta en fysisk påtvingad isolering gentemot kvinnan. På detta sätt förskjuts och isoleras kvinnan till att partnern blir hennes enda referenspunkt, det är dennes gillande eller ogillande som räknas (Lundgren, 2012).

Våldscykeln. Walker (1979), beskrev mönstren av beteende och känslor som höll kvar en kvinna i en våldsam relation, efter att ha intervjuat 1500 våldsutsatta kvinnor. Våldscykeln består utav fyra faser, spänningar uppstår i en period av upptrappningar, därefter inträffar själva våldshandlingen därefter följer smekmånadsfasen, där partnern känner sig ångerfull eller är rädd att avslöjas efter det följer en fas av lugn och lite mer förutsägbarhet. Den lugna fasen har en tendens att bli kortare över tid. Därpå stiger spänningarna igen och våldet fortsätter.

Kvinnors våldsutsatthet kopplat till psykisk ohälsa. Nationellt centrum för kvinnofrid publicerade rapporten, Våld och hälsa (NCK, 2014:1). En enkät- och registerundersökning om våldsutsatthet i nära relationer. Av 10 000 tillfrågade kvinnor mellan 18- 74 år, besvarade 5681 kvinnor enkäten (57 %). Rapporten knyter utsattheten till psykisk och fysisk ohälsa. I rapporten uppger nära hälften av kvinnorna att de hade erfarenheter av sexuellt våld utifrån WHO:s definition, i termer av sexuella övergrepp, förnedring eller sexuella trakasserier (WHO, 2013). Mer än 10 % av kvinnorna hade blivit utsatta för grovt fysiskt våld vilket innebär med knytnävar, sparkar och vapen. Cirka 20 % av kvinnorna hade blivit utsatta för fysiskt våld, inklusive mindre allvarligt fysiskt våld, såsom örfilar eller liknande. Av dessa hade 14 % blivit utsatta av nuvarande eller tidigare partner. Då det gäller det psykiska våldet hade 20 % utsatts för upprepat och systematisk psykiskt våld som utövats

av nuvarande eller tidigare partner. Hälften av kvinnorna som utsatts för våld har aldrig berättat för familj eller vänner, och mindre än 10 % har sökt professionell hjälp.

Våldsutsatta kvinnors ohälsa är stor och kopplas inte sällan bland annat till PTSD symtom och depression (NCK, 2014:1). Mer än var fjärde kvinna som hade utsatts för allvarligt våld visade tecken på PTSD symtom, vilket innebär att sådana symtom var tre till fyra gånger vanligare hos den utsatta gruppen jämfört med kvinnor som inte var utsatta.

Faktorer som undvikande, misstro mot andra kan komplicera alliansbyggandet då det handlar om personer med PTSD symtom menar Kellner, Zoellner och Feeny (2010). De fortsätter skriva att vi vet att tidig allians i den terapeutiska relationen är kopplat till bättre behandlingsresultat, men vi vet väldigt lite kring faktorerna kopplat till PTSD. Enligt Kellner et al. (2010) så ger upplevt socialt stöd stor effekt kopplat till stark allians tidigt i relationen då det gäller PTSD symtom. Bristen på socialt stöd är också en av de största riskerna som kan förutsäga PTSD. Kellner et al. (2010) menar att det vore bra att tidigt i behandlingen bedöma graden av allians så att svag allians blir tydligare.

För klienter som utsatts för våld under barndomen, så var en stark allians ännu viktigare. Cloitre, Stovall-McClough, Miranda och Chemtob (2004) menar att vikten av den terapeutiska alliansen då det kommer till kvinnor som utsatts för våld i barndomen kan vara kopplat till den långvariga symtombild som ofta våld förorsakar. Cloitre et al. (2004) menar att upplevelsen utav att personens relationella mönster repareras i relationen mellan terapeuten och klienten kan korrelera och reducera interpersonella skador som förknippas med symtom som traumatiska upplevelser kan medföra.

Bland de våldsutsatta kvinnorna var andelarna som uppvisade psykisk och fysisk ohälsa relativt lika oavsett om det allvarliga våldet de utsatts för var sexuellt, fysiskt eller psykiskt. Omkring var femte kvinna som utsatts för allvarligt våld uppgav symtom som tyder på depression. Depression är därmed dubbelt så vanligt bland den utsatta gruppen jämfört med den icke-utsatta gruppen. Psykiska sjukdomar, och framför allt depressionstillstånd, är den näst vanligaste orsaken till sjukskrivning i Sverige enligt rapporten Våld och hälsa (NCK, 2014:1).

Terapeutisk allians, avbrott och feedback i behandlingsarbetet

Terapeutisk allians. Safran, Muran och Proskurov (2009) skrev redan för tio år sedan att i mer än 60 år har forskningsresultaten då det kommer till psykoterapeutiska behandlingsresultat och dess processer visat att psykoterapi generellt är effektivt. Vidare att olika psykoterapeutiska inriktningar jämspelt visar på samma kvalitéer som påvisar terapeutisk förändring. De visar också att den terapeutiska relationen har en större korrelation

med bättre behandlingsresultat än terapeutisk inriktning och att terapeutisk allians verkar vara den tyngsta predicerande faktorn för goda behandlingsresultat. Muran et al (2009) skriver att mindre avbrott tillsammans med mer upplärade avbrott associeras med bättre allians och terapeutisk kvalitet.

Terapeutisk allians är ett brett begrepp, men handlar om utvecklingen i det band som finns mellan terapeut och klient. I alliansen ingår faktorer som gemensamt mål, roll-uppdelning, empatisk upplevelse, gemensam bekräftelse samt relationellt terapeutiskt band (Aguirre McLaughelin, Keller, Fenny, Youngstom & Zoeller, 2013). I (Lingiardi och Gentile, 2019, refererat till Safran);” The therapeutic alliance is not a given, nor an a priori requirement. It is a process of ongoing negotiation that in some cases, for example in the treatment of patients with severe personality disorders, can constitute the purpose of the treatment itself” (s.1, 2019).

Tvivel på betydelsen av tidig allians för ett positivt behandlingsutfall. Hög terapeutisk allians i början av behandlingen visar på goda behandlingsresultat och att det är viktigt att arbeta med alliansen tidigt i behandlingen. Falkenström, Granström och Holmquist (2013) ifrågasätter det, de refererar till 12 studier, där deras slutledning bland annat är, att klienter tolkar vikten av en god allians på olika nivåer. De tolkar den olika på grund av att klienternas inre processer beroende på diagnostik och temperament är mer eller mindre skiftande. I studien och kom de fram till att klientens inre, hade en liten effekt på alliansens påverkan på senare symtom-mässiga förändringar, men det fanns en stor variation mellan klienterna. För vissa klienter var effekten av hur alliansen kom att påverka en symtomförbättring mycket högre än andra, vilken var om klienten led av en personlighetsstörning. De klienterna visade på att klientens inre, påverkade alliansens effekt av symtom-reducering sex gånger mer än hos de andra.

Falkenström et al. menar att det kan vara så att allians effekt kopplat till senare behandlingsresultat, skulle kunna vara ihopblandat med tidig symtomreducering och klientens särdrag innan behandling. Om man tittar på den första av de två, tidig symtomreducering i behandlingen kopplat till allians. Så menar de att om klienten rapporterar symtomförbättring mellan behandlingstillfälle ett och tre, skulle den symtomreduceringen troligen medföra positiva siffror gällande alliansen. Utifrån det skulle då sambandet mellan tidig god allians till positivt behandlingsresultat i slutet av behandlingen var en falsk sammankoppling. Sambanden av förbättringen skulle istället handla om måttet innan alliansen skapats och en senare förbättring. De anser att fler studier behöver göras där man kan se att symtomförbättringen sker efter alliansskapandet.

Två modeller från olika terapeutiska inriktningar som båda undersökt betydelsen av allians kopplat till behandlingsresultat. Ruptur och Resolutions model, är en behandlingsmodell med en psykodynamisk och interpersonell bas enligt Muran et al, (2009). Safran, Muran och Proskurov (1996) beskriver att i Ruptur och Resolutions model ges klienten tillfälle att lära sig om sina problem kring att relatera till andra, utifrån möjligheten att träna i nuet med terapeuten. Processen kännetecknas av ett tydligt fall i alliansen som sen blir starkare än tidigare. U-kurvan som uppstår visar klientens inre processer i alliansen. Safran, Muran, Eubanks-Carter (2011) menar att en metod för att förebygga alliansbrott är att hålla sig vaksam kring förändringar mellan terapeut och klient genom att använda frågeformulär som visar på graden av alliansbrott i sessionerna.

Prolonged Exposure (PE), är en KBT modell med exponeringsinslag som är utvecklad för personer som lider av PTSD av Foa, Hembree, och Olasov Rothbaum (2013). Aguirre McLaughelin et al (2014) har undersökt avbrott och reparationsmönster i alliansen kopplat till PE. Resultatet visade på att en stark allians predikterade bättre behandlingsresultat. Om alliansen blev förankrad i början av behandlingen och fortsatte att utvecklas, så underlättade det förändring i behandlingen. Vilket skulle kunna vara av stor vikt då det gäller målgruppen som upprepat möter sin traumatiska historia, genom starka symtom som undvikandet av känslor kopplade till traumat, tillitsproblem gällande andra och återupplevande av traumat. Vidare visade resultaten på en medelmåttig koppling mellan utfall och allians vilket stämmer väl överens med tidigare forskning utifrån andra modeller. Hoffart, Øktedalen, Formo Langkaas (2013) menar att allianskomponenterna i en PTSD behandling är olik tidigare forskning. De menar att övergripande målöverenskommelse mellan terapeut och klient inte visar på någon symtomreducering. Utan att symtomförändring skedde utifrån tids-specifika överenskomna uppgifter, tillsammans med en inre personlig komponent hos klienten var överlägsen både band mellan terapeut och klient samt övergripande målformulering. Men de tillägger att resultaten enbart är kopplade till KBT då de upplever att bandet mellan terapeut och klient tolkas på annat sätt än till exempel inom PDT.

Alliansens mönster under behandlingen. Aguirre McLaughelin et al. (2014) beskriver att för att bättre förstå relationen mellan allians och behandlingsresultat så undersöker man alliansens mönster genom behandlingen. Om man iakttar korttidsterapier så karakteriseras dessa av en U-formad allianskurva, som kännetecknas utav stark allians i starten av en kontakt, som försämras men som avslutas på en stark nivå igen. Förklaringen till detta är att terapeuten eventuellt pushar klienten, eller säger något fel men som sedan möts i

behandlingen vilket reparerar eller stärker alliansen mellan terapeut och klient. Dessa U-formade alliansmönster associeras med bra behandlingsresultat då de testats.

Terapeutisk allians och avbrott. Avbrott i den terapeutiska alliansen är ett pågående forskningsområde speciellt gällande förbyggande av avbrott och dess relevans kring behandlingsresultat. Forskningen pekar mot att svag allians visar på ensidiga avslut av klienten samt att dåliga behandlingsresultat visar på sämre interpersonella processer än bra behandlingsresultat. När avbrott sker så visar det på en relationell försämring på kvalitén mellan terapeut och klient. I det ögonblicket visar sig en interpersonell upprepning som ger en möjlighet för terapeuten att förstå en oanpassningsbar upprepning inom klienten. Avbrott i terapin händer ofta då terapeuten medvetet deltar i klientens upprepning, vilket istället bekräftar klientens interpersonella upprepning beskriver Safran och Muran (1996).

Terapeutens upplevelse av allians. Falkenströms, Granströms och Holmquists (2013) studie visade att terapeutens upplevelse av alliansen påverkade behandlingens resultat. Utifrån resultaten var det viktigt för terapeuterna att följa och arbeta med alliansen vid varje behandlingstillfälle, speciellt om patienten hade en personlighetsstörning. När alliansen dalade vid ett tillfälle för en viss klient så var symtomen starkare vid nästa tillfälle. Genom att mäta varje samtalstillfälle kan terapeuten lära sig att känna igen ett brott i alliansen i tid. De menar också att deras resultat visar på att det finns en relation mellan allians och senare symtomförändring. Men också en då det gäller symtomförändring och senare allians. Vilket då innebär att en terapeut också behöver vara vaksam då det gäller att en klient beskriver en symtomökning vid ett behandlingstillfälle, för att då ökar risken för ett alliansbrott. Falkenström et al. (2013), refererat i Horvath (2011), menar att även deras resultat pekade på att överenskommelsen mellan terapeut och patient gällande gemensam uppgift, var starkare predikterande faktor för goda behandlingsresultat, än både allians och överkommet övergripande mål.

Terapeutisk allians och feedback. Safran och Muran (2006) vidareutvecklar att alliansens funktion är mer än bandet mellan terapeut och klient. Den handlar också om en samverkan mot behandlingens mål samt gentemot ett beroendeförhållande mellan tekniska och relationella faktorer. Vissa klienter är mer känsliga än andra och kommer hitta andra mål och tillvägagångssätt som är meningsfulla och användbara utifrån deras situation. Utifrån föregående blir det problematiskt att tänka kring allians och specifika interventioner i motsattsförhållande, de hänger ihop. Användbarheten i en intervention förmedlas alltid genom dess relationella möjlighet och att lösgöra relation från teknik är problematiskt trots möjligheten att göra det statistiskt sett.

Alliansbrott i starten av behandlingen är komplext, det kan handla om tidiga varningssignaler kring den terapeutiska relationen men det kan också vara en möjlighet för att arbeta med en process som kommer att stärka alliansen och leda till förändring för klienten, menar Muran et al. (2009). Safran och Muran (1996) menade att vid alliansbrott så är det klientens interpersonella beteende som kommuniceras, och som indikerar en kritisk punkt i terapis för utforskande. Utifrån det, antog de att en finkornig behandlingsmodell skulle kunna ge information i den förändring som sker i den dynamiska interaktionen, vilket skulle kunna ha en effekt i det terapeutiska arbetet.

Miller och Bertolino (2012) menar att använder man tillförlitlig och praktisk feedback från klienten om alliansen, fördubblas effekten av behandlingen och avhoppet minskar med hälften. De anser att alliansen står för mellan fem till nio gånger större del utav behandlingsresultatet än vilken behandlingsmodell som används. Morgan (2011) håller med, relationen mellan behandlare och klient är den viktigaste aspekten för förändring. Han menar att i en klientfokuserad terapi behöver behandlaren tillhandahålla tålmod samt ett varmt och tillåtande klimat. Att inta en förståelse utifrån klientens inre värld för att empatiskt kunna möta klienten utifrån denna position och där gemensamt kunna uttrycka sina känslor. Cooper och Norcross (2016) skriver att individer har olika preferenser och att effektiviteten utav terapis är nära länkad till dessa. Genom kommunikation, det vill säga feedback, utifrån klientens preferens blir behandlingen mer individualiserad för varje specifik person vilket leder till förmodat bättre resultat samt mindre bortfall.

Forskningen har hävdade användbarheten av feedbackterapi, för att förbättra resultaten av behandling (Slade, Lambert, Harmon, Smart & Bailey 2008). Feedbackinformerad terapi har dokumenterat validitet och reliabilitet. Det finns en allt tydligare evidens om att när behandlingstillfällen skattas regelbundet förbättras behandlingsresultatet och klienter med högre risk att falla ur behandlingen stannar längre, enligt Probst, Lambert, Loew, Dahlbender, Göllner och Tritt 2013. Enligt Miller och Bertolino (2012) finns det mycket att ta hänsyn till gällande personer som blir utsatta eller utövar våld i nära relationer. Det gör det extra viktigt att komma ihåg att feedbackterapi inte är en behandlingsmodell utan ett sätt att tydliggöra klient feedback för att underlätta alliansen mellan behandlare och klient oavsett metod eller problem. Oanes et al.(2015) menar att det finns mycket kvar att undersöka då det handlar om terapeuters upplevelse av att använda feedback i terapeutiska sammanhang. De rekommenderar vidare att feedback behöver undersökas med utgångspunkten på hur konsekvenserna blir av att införa strukturerad feedback i ett terapeutiskt sammanhang.

Självskattningsformuläret Outcome Rating Scale (ORS) tillsammans med en tillåtande Feedback kultur

ORS är ett användbart mått för att mäta förändring hos klienterna. ORS används som ett självskattningsinstrument i början av varje samtal för att följa upp klientens upplevelse av sitt välmående. ORS är en skattning av förändring av klientens välbefinnande i relation till fyra delskalor, Individuellt, Nära relationer, Socialt och Allmänt mående (Miller et al., 2003). ORS ska användas från start i varje behandlingskontakt för att kunna följa de indikationer på framsteg, tillbakagång eller upprätthållande i behandlingen. Det tar väldigt lite tid för klienten att skatta sitt välmående och en lika kort stund för terapeuten att mäta och tolka. Om värdena går upp eller ner ska en diskussion föras om resultaten med klienten för att kunna skraddarsy vidare behandling utifrån de mål och delmål som är uppsatta med klienten. Dessa samtal mellan klient och behandling är feedback (Miller & Bertolino, 2012).

Miller, Hubble, Chow, & Seidel (2015) skriver att den riktiga potentialen i att använda självskattningsinstrument är att använda feedback i varje samtal. Miller och Bertolino (2012) beskriver feedback baserad behandling såhär, man får klinisk användbar feedback från de personer man möter i behandling, vilket devis innebär att man skaffar sig information via självskattningsformuläret Outcome rating scale (ORS) skalor men också att man arbetar med att bygga en atmosfär där klienten kan känna sig trygg att skatta sin upplevelse. Det gör man genom att introducera skalorna och syftet med dem så klienten förstår varför det är viktigt. Intentionerna med skalorna beskrivs, den handlar om att få ett så bra resultat som möjligt i behandlingen genom att säkerställa att behandlaren förstår klientens behov samt om något behöver förändras under behandlingens gång (Miller et al., 2015).

Casement (1991) skrev att hans klienter har påpekat att hans mottaglighet för deras behov, att lära av dem, varit grundläggande för deras tillit. En gemensam faktor är att låta klienten vara delaktig i sin behandling på ett mer transparent vis. Miller och Bertolino (2012) skriver att skapa en tillåtande feedback kultur är mer än att använda sig av skalorna ORS. De menar att behandlaren måste arbeta på att skapa ett tillåtande klimat där klienten kan känna sig fri att skatta sina upplevelser utav resultat och process. Som en del utav det krävs att behandlaren är tydlig kring introduktionen av skalorna och genuint tror på att klientens åsikt kring behandlingen är avgörande för en effektiv process.

Syfte och frågeställningar

Ett syfte med studien var att få en uppfattning om hur våldsutsatta kvinnor skattade sitt psykiska välmående med hjälp av ORS under de fyra första behandlings tillfällena. Det andra var att få en ökad förståelse för tidiga avbrott i behandlingen, vilket ledde till studiens andra syfte, vilket var att undersöka hur de kvinnor som avbröt sin behandling skattade sina psykiska välmående innan avbrott.

Frågeställningarna i studien är:

1. Hur ser sambanden ut mellan de fyra delskalorna, Individuellt, Nära relation, Socialt och Allmänt som ORS formulär är uppbyggt på?
2. Hur skattade målgruppen våldsutsatta kvinnor sitt psykiska välmående utifrån ORS inför första tillfället?
3. Vilka förändringar i psykiskt välmående skedde mellan behandlingstillfälle ett och fyra?
4. Hur många kvinnor hade avbrutit sin samtalsbehandling innan fjärde samtalet och hur skattade de sitt psykiska välmående?

Metod

Deltagare

Inklusionskriterierna för deltagarna i studien var att alla var vuxna, över 18 år och definierade sig som kvinnor. Deltagarna var eller hade varit utsatta för våld i nära relationer samt sökt sig frivilligt för samtalsstöd i verksamheten. Vid studiens avslut hade 49 kvinnor deltagit, 18 av dessa sorterades bort då de påbörjat sina samtals perioder i verksamheten innan studien påbörjades. Efter bortfall deltog 31 kvinnor i studien och deras första fyra skattade samtal användes i studien.

Instrument

Miller et al. (2003) skriver att Outcome Rating Scale (ORS) (se bilaga 1) är framtaget av Duncan och Miller, som ett kortfattat alternativ till det väl beforskade och längre Outcome Questionnaire, OQ-45.2. Duncan och Miller hade en gedigen erfarenhet av OQ-45.2 och de uppmärksammade att det fanns ett behov av ett effektivt, kortfattat och enkelt instrument. Därför utvecklades ORS hela tiden med målet att vara effektivt tidsmässigt och kostnadsmässigt enligt Miller et al. (2003). Ur OQ-45.2, anpassades frågeställningar till ”tre område gällande klientens välmående i relation till individuell, interpersonell och social funktion”(Miller & Bertolino, 2012, s.59). Resultatet blev ORS självskattningsinstrument som är grundligt beforskat (Miller et al. 2003; Bringham, Watson, Miller, & Duncan, 2006)

ORS, är ett självskattningsinstrument där klienten skattar sitt välmående. Då klienterna använder ORS formulär för att skatta sitt välmående bör det spegla veckans sista genomsnittliga välbefinnande utifrån delskalorna. En aspekt att komma ihåg i arbetet med ORS, då annars ”dagsformen” kan avgöra skattningen i för stor grad och upp och nedgångar lätt kan förbigås. Det är angeläget att klienten upplever att skattningen stämmer överens med dennes upplevelse. Utifrån resultatet av skattningarna kan man följa klientens mående från samtalsperiodens början till slut. ORS är en skattning av förändring av klientens välbefinnande i relation till fyra delskalor, Individuellt, Nära relationer, Socialt och Allmänt mående (Miller et al., 2003). Varje delskala är tio centimeter långa. Skattningarna beräknas utifrån den punkt klienten sätter sin markering på skalan i centimeter och millimeter. Delskalorna slås poängmässigt ihop och det sammantagna max värdet på varje ORS formulär är 40. Är behandlingen framgångsrik ska värdena på ORS skala öka.

Skattningsskalan i ORS har följande rubriker;

- ”• Individuellt- personligt välbefinnande
- Nära relationer- familj och andra nära relationer
- Socialt- arbete, skola, vänner
- Allmänt- livet som helhet ” (Miller & Bertolino, 2012, s.289).

Miller et al (2003) har undersökt ORS psykometriska egenskaper utifrån både kliniska och icke- kliniska test. ORS har visat sig vara ett känsligt instrument för att mäta förändring hos klienter och visat på en validitet och reliabilitet (Anker, Duncan & Sparks 2009; Reese, Norsworthy & Rowland 2009). Miller och Bertolino (2012) menar att åtskilliga studier visat ”dokumenterad, samtidig, kriterierelaterad och prediktiv validitet, test- retest reliabilitet och homogenitet hos ORS” (s.59).

Design

Studiens design var en longitudinell kvantitativ studie där uppgifter samlades in över en tid med samma personer vid flera tillfällen (Longitudinella studier, Psykologiguiden, 2018).

Procedur

Studien påbörjades med klienterna den 13 februari 2017 och avslutades den 21 december 2017. Inför studiens uppstart instruerade en enhetschef i en annan behandlings verksamhet terapeuterna om rutinupplägg, angående ORS. Utifrån introduktionen sammanställdes ett övergripande dokument (bilaga 2) av författaren till övriga behandlare inför uppstarten av mätningarna.

Tre terapeuter deltog i studien från uppstart, varav två följde studien till sitt slut i december 2017. Terapeuternas ålder, utbildningsnivå var varierad, likaså vana att arbeta med våld i nära relationer. Behandlarnas grundutbildning var socionomutbildning, den terapeutiska behandlings bakgrunden var övervägande psykodynamisk men arbetsmetoden är främst eklektisk. En terapeut avslutade sin anställning i juni 2017.

Varje terapeut ansvarade för skattningarna på sina klienter. De gav ut ORS i början av varje samtal och beskrev instrumentet för klienten så enhetligt som möjligt efter muntlig och skriftlig introduktion. De summerade skattningarna fördes sedan in i ett dataprogram där de ritades upp som grafer efter samtalet.

Dataanalys

Pearson korrelation användes för att undersöka sambanden mellan de fyra delskalorna på ORS (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen 2003). Data från samtliga skattningstillfällen uppdelat på varje delskala matades in i version 24 SPSS och för att undersöka sambanden mellan de fyra delskalorna användes Pearson korrelation (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen 2003).

Vid den deskriptiva dataanalysen av ORS-materialet användes manualen av Miller och Bertolino (2012) för att få en uppfattning om psykiskt välmående i undersökningsgruppen. Miller och Bertolino (2012) anger olika cut-off värden för att beskriva olika grupper gällande psykiskt välmående utifrån ORS. Det kliniska gränsvärdet för psykiskt välmående hos vuxna är enligt ORS-manualen ett värde på ≥ 25 poäng, vilket innebär att de flesta som söker hjälp ligger under det värdet och de flesta som inte går i behandling har ett värde på ≥ 25 . För personer inom psykiatrisk öppenvård ligger gränsvärdet på $\leq 18-19$ (Miller & Bertolino, 2012, s167).

För att beskriva förändringar över tid med avseende på psykiskt välmående används ORS-manualen (Miller & Bertolino, 2012). För att man ska kunna säga att förändringen inte är slumpmässig framgår i ORS-manualen att en "klinisk tillförlitlig förändring" innebär "...en förändring på fem poäng ... om ingångsvärdet ligger under 25 och avslutningsvärdet på 25 eller över 25" (a.a. s.169).

Den deskriptiva analysen av psykiskt välmående och avbrott innan fjärde behandlingstillfället gjordes i Excel 2016.

Etik

I januari 2004 trädde lagen SFS (2003:460) i kraft rörande etikprövning av forskning som avser människor, där står att forskning endast får godkännas om den utförs med respekt för människovärdet. Människor får inte utsättas för psykisk, fysisk skada eller förödmjukelse och kränkning. Forsknings och individskyddskravet måste alltid vägas mot varandra. Det är viktigt att ta ställning till den aktuella idéns värde i relation till konsekvenserna för de medverkande. Forskningspersonerna ska ha gett sitt informerade samtycke och kan när som helst avbryta sin medverkan enligt Arvill, Hjelm, Johnsson och Sääf (2015). Utifrån det har samtliga deltagare i studien informerats och muntligt samtycke har inhämtats rörande att spara skattningarnas resultat utan annan information än deras klient id. De informerades också om att de under deras kontakt med samtalsmottagningen kunde avbryta studien utan att de påverkade deras behandlingsmöjlighet. Skriftligt samtycke har inte inhämtats utifrån att inga sårbara data sparats. Formulären kvinnorna skattade sitt mående på sparades avidentifierade med enbart

klient-id i ett kodad och brandsäkert sekretesskåp för att sedan bearbetas efter mätperiodens slut. Efter mätperiodens slut kodade ansvarig för studien om id numren en ytterligare gång inför bearbetning av informationen i SPSS.

Studien var en del av en kvalitetssäkring av samtalsmottagningen vilket inte kom att peka ut den specifika individen. Den etiska grundprincipen är att man ska ”göra gott” deltagaren ska lida så lite skada som möjligt (Kvale & Brinkmann, 2014). Förhoppningsvis kan studien legitimeras med att den kommer att generera i mer kunskap kring möjligt stöd till målgruppen (Cater & Overlien, 2013).

Resultat

Nedan presenteras resultatet av den bearbetade datainsamlingen. Först undersöks sambanden mellan delskalorna från skattningstillfälle ett genom en korrelationsanalys (Pearson), i tabell 1. Vidare följer en deskriptiv analys utifrån hur kvinnorna i fyra samtal skattade sig på ORS skala.

Samband mellan de olika delskalorna vid det första skattningstillfället

Skalorna är, Individuellt, Nära relationer, Socialt och Allmänt. Delskalorna mäts vid skattningstillfälle ett. Korrelationskoefficienterna mellan samtliga delskalorna var hög. Delskalan Allmänt korrelerar med Individuellt $r= 0,885$, Nära relation $r= 0,545$ och Socialt $r= 0,578$.

Tabell 1. Samband (Pearson korrelation) mellan ORS delskalor, Individuellt, Nära relation, Socialt och Allmänt, vid första skattningstillfället ($n=31$)

	Individuellt 1	Nära relation 1	Socialt 1	Allmänt 1
Individuellt 1				
Nära relation 1	,499**			
Socialt 1	,416	,521**		
Allmänt 1	,885**	,545**	,578**	

Not: **= $p < 0.01$

Våldsutsatta kvinnors psykiska välmående vid första skattningstillfället

Inför samtalsbehandlingen skattade 31 kvinnor sitt välmående. 15 av dessa hade en ingångspoäng på ≤ 19 . Deras skattade välmående stämmer då överens med de som söker psykiatrisk öppenvård enligt ORS manual (Miller & Bertolino, 2012). Av resterande 16 kvinnor så skattade elva kvinnor sitt välmående ≥ 25 . Enligt ORS manual är ett värde som ligger över gränsvärdet 25 ett ingångsvärde som de personer har som normalt inte söker sig till samtalsbehandling. Övriga fem kvinnor skattade sitt välmående mellan 20- 25 poäng.

Det psykiska välmående sjönk inför samtalstillfälle två

Av samtliga 31 kvinnor i studien så skattade nio kvinnor sitt välmående som sämre inför andra behandlingstillfället. Två utav kvinnorna avbröt sin behandling där. Resterande sju var kvar i behandlingen tillfälle fyra. Inför samtal tre upplevde fyra sig fortfarande ha ett sämre välmående än inför samtal ett, men inför samtal fyra skattade fyra av de sju kvinnorna sitt välmående som betydligt högre tillfälle fyra än vid tillfälle ett.

Kvinnornas skattade psykiska välmående inför behandlingstillfälle fyra

Inför behandlingstillfälle fyra skattade 23 av 31 kvinnor sitt välmående, åtta hade avbrutit sin behandling tidigare. Utifrån dessa 23 kvinnor så visade 18 kvinnors skattningar på att de uppnått en förbättring i sitt psykiska välmående inför behandlingstillfälle fyra. Åtta av dessa kvinnor hade uppnått en klinisk tillförlitlig förändring enligt ORS- manualen.¹ Ytterligare åtta utav de 18 kvinnorna uppvisade en förbättring men de hade ett ingångsvärde på ≥ 25 . Det vill säga ett välmående som enligt ORS manual pekar på att deras välmående är högre än de som ofta söker behandling. Vidare hade två utav de 18 kvinnorna ett så lågt skattat ingångsvärde att deras förbättring inte uppnådde ≥ 25 .

¹ "En klinisk tillförlitlig förändring" enligt ORS manual, (Miller & Bertolino, 2012), (RCI), " Index för tillförlitlig förändring- skapades för att man skulle kunna avgöra om graden av förändring som en klient upplever ligger utanför den "normala variationen" i välmående" (s. 169)..." När det gäller ORS har man uppskattat att en förändring på fem poäng kan anses vara en tillförlitlig förändring om ingångsvärdet ligger under 25 och avslutningsvärdet på 25 eller över 25" s.169.

Inför samtalstillfälle fyra hade åtta kvinnor avbrutit sin samtalsbehandling

Inför fjärde behandlingstillfället hade åtta kvinnor avbrutit sin samtalsbehandling. Av dessa hade fem inför första behandlingstillfället skattat sitt ingångsvärde lägre än de som uppsöker öppenspsykiatri (≤ 19). Tre av de åtta som avbröt hade ett ingångsvärde på >25 . Efter samtal två avbröt fem kvinnor sin behandling och två av dem skattade sitt psykiska välmående som sämre än vid första tillfället. Ytterligare tre kvinnor avbröt sin behandling efter behandlingstillfälle tre, men två av de kvinnorna hade då uppnått en klinisk tillförlitlig förändring gällande deras psykiskt välmående enligt ORS-manualen.

Så av samtliga åtta kvinnor som avbröt sin samtalsbehandling, uppvisade fem av dem ett förbättrat välmående jämfört med sina första skattningar, varav två en klinisk tillförlitlig förändring. Resterande tre uppvisade ett välmående lika med eller något sämre än vid sina första skattningar.

Diskussion

Resultatdiskussion

Sambanden mellan de fyra delskalorna, Individuellt, Nära relation, Socialt och Allmänt.

Resultatet visar att samtliga delskalor har ett mycket starkt samband, vilket i princip betyder att de mäter samma sak. Det starka sambandet mellan delskalorna skulle kunna handla om att beskrivningen av instrumentets delskalor lämnar mycket oförklarat, då är risken att behandlaren inte kan förklara innebörden av exempelvis delskalan ”Allmänt”. Delskalan, ”Allmänt” korrelerade starkt med samtliga delskalor, vilket skulle kunna handla om att just den delskalan är extra svår att tydliggöra. Beskrivning om hur delskalorna ska förklaras i Miller och Bertolino (2012) är sparsmakad, de menar att delskalorna enbart ska tydliggöras utifrån den kortfattade beskrivning som följer direkt på skalan. På delskalan ”Allmänt är det med orden ”livet som helhet”. Om inte klienten förstår frågan, ska vidare undersökande frågor ställas tillbaka tills det att individen funnit sin egen beskrivning. Momentet i sig är otydligt vilket gör att syftet och upplevelsen av delskalorna kan kännas diffus och på så sätt skapa en otrygghet samt otydlighet och det blir upp till varje individ att i slutänden göra sin egen tolkning på vad delskalorna innebär för dem. Vilket gör det svårt att veta vad vi egentligen mäter.

Delskalornas uppbyggnad skulle också kunna ha en viss påverkan på den höga korrelationen dem emellan vilket medför att den sammanlagda poängen av delskalorna behöver tolkas med försiktighet.

Våldsutsatta kvinnors psykiska välmående vid första skattningstillfället. Kvinnornas skattade välmående då de startar sin behandling visar på stor spridning inför behandlingstillfälle ett. Hälften utav kvinnorna (15 stycken) uppvisade ett lågt välmående medan flera (11) uppvisade ett enligt ORS manual ett relativt gott välmående som de har som oftast inte söker samtalsbehandling. Tänkbara tolkningar till heterogeniteten och de låga och högt skattade värdena diskuteras nedan.

Tidsaspekten i förbindelse till våldet och variationen av behov i behandlingen kan vara stor. Då kvinnorna har möjlighet att söka hjälp i olika stadier av sin utsatthet kan ingången i behandlingen vara skiftande. De kan söka hjälp då de är i kris, då situationen är farlig och riskbedömningar och säkerhetsplanering är en stor del utav arbetet eller då de är i behov av att bearbeta våld de tidigare utsatts för i livet. De kan komma med syftet att stanna i relationen till att de vill avsluta relationen, behöver fly från relationen.

En möjlig tolkning till de spridda ingångsvärdena kan alltså handla om att mottagningen tar emot våldsutsatta kvinnor utifrån olika behov i våldsprocessen vilket innebär att de exempelvis kan söka hjälp utifrån att de lever med en våldsam partner, har separerat men har gemensamma barn med en våldsam partner eller avslutat sin relation helt med partnern.

Olika sårbarheter. En annan bidragande tolkning kan vara att våldsutsatta kvinnor har olika sårbarheter och olika tillgång till både konkret och känslomässigt skydd. Sårbarheter kan handla om hur rädd kvinnan är, hur stora möjligheter hon har till faktiskt skydd och hur tydligt hon kan se sin utsatthet. Fortsatta sårbarheter kan vara om det finns barn och hur utsatta de är, språk, ålder och tillgång till kunskap om lagar och rättigheter (Skillmark, 2018). Motvikten till den sårbarhet en våldsutsatt kvinna lever med, är ofta det sociala stödet. Hälften av alla kvinnor som utsatts för våld har aldrig berättat för familj eller vänner och väldigt få har sökt professionell hjälp (NCK, 2014:1). I arbetet med våld så vägs avsaknaden av det sociala stödet in som en stor sårbarhet, enligt Kellner et al. (2010) då det tyvärr ofta är vanligt förekommande. Isolering är en stark riskfaktor gällande våld i hemmet (Lundgren, 2012).

En spegling av våldsprocessen. En annan tolkning som skulle kunna spela roll då det handlar om kvinnornas spridda ingångsvärde handlar om att våldsutsatthet ger osammanhängande känslor, upplevelser och beskrivningar. Våldet möjliggörs av som Agevall

(2012) skriver att det finns ett "vi" och en "familjehemlighet" som måste skyddas, våldet har inte varit synligt för andra och har oftast inte blivit speglat. I det har våldet minimerats, osynliggjorts och ofta begripliggjorts genom att ansvaret för våldet lagts på kvinnan. I denna gräns-förskjutning som Lundberg (2012) beskriver i normaliseringsprocessen och i den maktobalans kvinnan är bunden till genom de traumatiska banden som Holmberg och Enander (2007) beskriver, blir kvinnans livsutrymme mindre. Hon isoleras både psykiskt och fysiskt (Lundberg, 2012). Utifrån dessa processer skulle det kunna vara så att ingångsvärderna blir en spegling utav våldets process, osammanhängande och med snabba vändningar.

Symtombildens påverkan på de lägre skattningarna. PTSD symtom är mer än tre till fyra gånger vanligare hos våldsutsatta kvinnor i jämförelse med kvinnor som inte varit utsatta. Kellner et al. (2010), beskriver faktorer som undvikande, misstro mot andra är ofta förekommande symtom vilka troligtvis påverkar kvinnan när hon gör en självskattning inför en person hon inte känner. Vidare är det så att var femte kvinna som utsatts för allvarligt våld har symtom som tyder på depression. Depression är därmed dubbelt så vanligt bland våldsutsatta kvinnor i jämförelse med icke utsatta kvinnor enligt NCK (2014:1).

Våldscykelns påverkan på de högre skattningarna. Utifrån Walkers (1979) våldscykel består utav fyra faser, upptrappningen, våldshandlingen, smekmånadsfasen och den lugna fasen. Erfarenhetsmässigt så söker kvinnorna professionell hjälp då de nått sin gräns, men utifrån för långa köer i verksamheten så tar det ofta tid innan kvinnan får den hjälp de behöver. Medan tiden går så snurrar våldscykeln på där partnern känner sig ångerfull eller är rädd att avslöjas. Smekmånaden passerar och en fas av lite mer lugn infinner sig. Utifrån våldscykeln så bör det vara så att kvinnornas skattningar är föränderliga utefter var i våldscykeln de befinner sig och i tre av fyra faser kan de uppleva sig ha kontroll över situationen eller i smekmånaden till och med känna att allt är bra.

De goda behandlingsresultaten, åtta av kvinnorna uppnådde en klinisk tillförlitlig förändring efter tre samtal. Av de sammanlagt 31 kvinnor som deltog i studien så uppnådde åtta kvinnor inom tre samtal en klinisk tillförlitlig förändring enligt ORS-manualen. Möjliga förklaringar utifrån behandlingskomponenter, symtombild och terapeutisk allians.

Tydliga tidsspecifika behandlingskomponenter tillsammans med symtombild. En möjlig tolkning till de snabba goda behandlingsresultaten skulle kunna vara samtalsmottaningsens behandlingskomponenter, där kortsiktiga mål och tydliga psykoedukativa inslag är starka samtalskomponenter i början utav behandlingen. Hoffart et al. (2013) beskriver att då det handlar om klienter med PTSD symtom är tidsspecifika

överenskomna uppgifter överlägset övergripande mål och band mellan terapeut och klient när det handlar om goda behandlingsresultat. Kortsiktiga mål kan bland annat vara att tydliggöra våldsprocessen, att stärka kvinnorna, att arbeta med kvinnornas känslomässiga symtombild och så vidare. Som exempel så handlar behandlingen först och främst alltid om skydd vilket medför att våldet synliggörs och görs begriplig med målet att kvinnan ska få verktyg att skydda sig, i både konkret och/eller känslomässigt avseende.

Skyddsaspekten som den möjliggörande komponenten. Skyddsaspekten skulle kunna vara en möjlig komponent som skiljer sig åt när det handlar om andra samtalsmetoder. Hotet som finns mot kvinnornas psykiska såväl som fysiska välmående och som ibland sträcker sig så långt som till deras överlevnad är i första hand ett yttre hot. För att vi som behandlare ska kunna göra adekvata riskbedömningar så är det av stor vikt att kvinnorna är delaktiga i sin behandling, att atmosfären är tillåtande och aldrig skuldbeläggande. Dessa komponenter gör det möjligt för oss att bygga en snabb allians och få ett förtroende av våra klienter, som vi kan arbeta vidare på men upplevelsen är att det så tidigt i relationen mellan terapeut och klient snarare handlar om ett förtroende utifrån den kunskap och erfarenhet vi har, men som snabbt vidareutvecklas till en terapeutisk allians. En öppen kommunikation, en mottaglighet för klientens behov och ett tillåtande klimat där klienten känner sig delaktig i sin behandling benämns som positiva möjliggörare då det kommer till en god terapeutisk allians (Cooper & Norcross, 2016; Casment, 2001; Miller & Bertolino, 2001)

Allians som motvikt till isolering. Kellner, Zoellner och Feeny (2010) skriver att tidig allians i den terapeutiska relationen är kopplat till bättre behandlingsresultat. Våldet och de processer kvinnan kan uppleva sig knutna till, ensamheten i tvåsamheten, de traumatiska banden och normaliseringsprocessen, kan verka för att som Cloitre´s et al. (2004) resonerar att relationen till behandlaren blir oerhört viktig, då kvinnorna ofta upplever sig ensamma i sin utsatthet utifrån den psykiska och ofta fysiska isolering de lever under. Upplevelsen utav att bli förstådd, att våldet synliggörs och att den ofta felplacerade skammen enligt Holmberg och Enander (2007) kan börja ifrågasättas då skulden förläggs på den som utövat våldet, kan vara en hjälpsam och stark process för många kvinnor. Detta synliggörande som sker tillsammans med kvinnans terapeut kan vara starkt alliansskapande och på så vis kunna vara en del av att samtalsbehandlingen får goda resultat tidigt.

Betydelsen av tidig allians i förhållande till goda behandlingsresultat. Falkenström, Granström och Holmquist (2013) lyfter frågan om goda behandlingsresultat så tidigt i behandlingen som mellan samtal ett och tre har en koppling till god allians eller om god allians snarare har en koppling till tidig symtomförbättring. Denna studie visar på att

kvinnorna upplever ett större välmående tidigt i behandlingen, vad denna tidiga förbättring beror på kan vi inte veta. Det vi vet är att vi arbetar med våld och genom det en betydligt högre psykisk ohälsa då det gäller till exempel PTSD och depression (NCK, 2014:1). Vi vet hur våra behandlingskomponenter ser ut, att de är tydliga och har uttalat kortsiktiga mål vilket Hoffart et al. (2013) menar var de överlägset bästa behandlingskomponenterna när de handlade om PTSD. Vi vet också att vår första prioritet i behandlingen är skydd, fysiskt men också psykiskt. Då det handlar om skydd så tar vi som terapeuter möjligtvis en tydligare plats i samtalen, vi ställer mycket frågor, arbetar på att vara förutsägbara som motvikt till den oförutsägbarhet våld ställer till med, enligt Morgan (2011) är ett tillåtande och varm klimat viktiga aspekter för förändring. Casement (1991) menar att terapeutens mottaglighet för klienternas behov och att lära av dem var grundläggande för deras tillit.

Terapeutisk allians som ett beroendeförhållande. Safran och Muran (2006) beskriver den terapeutiska alliansen som ett beroendeförhållande mellan tekniska och relationella faktorer, vilket jag tror stämmer väl. Behandlingsmetodiken kopplad till utsattheten som kvinnorna upplever utvecklas snabbt till det beroendeförhållande mellan tekniska och relationella faktorer som krävs för att arbeta för behandlingens övergripande mål, att de ska leva ett liv utan misshandel. Men för att uppnå det målet behöver den terapeutiska alliansen var stark så att kvinnorna vågar arbeta vidare utefter de mer kortsiktiga behandlingskomponenterna.

Inför behandlingstillfälle två försämrades kvinnornas psykiska välmående.

Utifrån studiens resultat så ser det ut som att det sker en svacka tidigt i behandlingen som rätas ut inför skattningstillfälle fyra. Nio av 31 kvinnors välmående sjönk inför samtalstillfälle två vad kan var tänkbara tolkningar till det?

Tydliggörandet av våldet. Denna svacka skulle kunna handla om att våldet tydliggörs i kombination med att den terapeutiska alliansen inte är utvecklad än. Komplexa och dubbla känslor uppstår när det kommer till våld i nära relationer, samtidigt som symptom såsom undvikande, misstro kopplat till PTSD komplicera alliansbyggandet enligt Kellner et al. (2010). Här kan kvinnorna komma att ifrågasätta både sina egna dubbla känslor och rädslan kan komma att ta andra uttryck som gör att kvinnornas mående sjunker såväl som då tron på terapeuten.

Skulden och rädslan. Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer utsätts och lever under starka och komplexa känslor (Lundgren, 2012). Nedbrytningen sker succesivt och möjliggörs på det sätt att våldet är inom relationen och tvåsamheten (Agevall, 2012).

Nedbrytningen sker utifrån olika moment, där gränsförskjutning av orsaksförklaringar till våldet är en, kvinnan har ofta sig själv att skylla. Starka känslor som skam och skuld är enligt Holmberg och Enander (2007) två av de komplexa trådar som flätats ihop och tillsammans med andra faktorer (Agevall, 2012; Holmberg & Enander, 2007; Lundgren, 2012; Walker, 1979) håller kvinnan kvar i relationen. Skulden för våldet förläggs ofta på kvinnan vilket gör att kvinna bär skammen för våldet som hon blir utsatt för inom relationen för att skapa sig en begriplighet. Denna projektion av skuld och skam möjliggörs utifrån att kvinnan utsätts av någon hon står i stark känslomässig förbindelse till.

Kvinnan är också rädd, vem ska tro henne och hur ska hon kunna skydda sina barn. Inför tillfälle två har hon berättat och vad händer då, med mannen, med henne och barnen? Kanske överdrev hon? Kanske tror inte terapeuten på henne? Tänk om mannen får veta och skadar henne? Rädslan är en stor faktor att balansera i arbetet med kvinnor då våldet tydliggörs. Att komma till samtalsmottagningen första gången är ett stort steg och redan i första samtalet börjar tillrättaläggandet och tydliggörandet av våldet. Rädslan är ytterligare en möjlig delförklaring till försämringen i välmående inför samtalstillfälle två.

Behandlingsmönster kopplat till försämring samtalstillfälle två. Samtalsmetodiken då det handlar om våldsutsatta kvinnor vilar ofta på en eklektisk grund och har samma karaktäristikas som korttidsterapier och trauma. En korttidsmodell är Prolonged Exposure (PE), Aguirre McLaughelin et al. (2014) har undersökt avbrott och reparationsmönster i alliansen kopplat till en KBT modell med exponeringsinslag som är utvecklad för personer som lider utav PTSD. De beskriver att korttidsterapier karakteriseras utav en U-formad allianskurva, som kännetecknas utav stark allians i starten av en kontakt, vilken försämras men som avslutas på en stark nivå igen. Muran et al. (2009) beskriver Safran, Muran och Proskurovs (1996) modell Ruptur och Resolutions, som har en psykodynamisk och interpersonell bas och menar att även denna modell kännetecknas av ett tydligt fall i alliansen, vilket efter en tid blir starkare än tidigare. Dessa U- formade alliansmönster associeras med bra behandlingsresultat då de testats, stark allians underlättade förändring i behandlingen. Erfarenhetsmässigt skulle detta kunna vara möjligt utifrån behandlingsmönster, att alliansen blir stark snabbt då kvinnorna blir trodda i sin utsatthet men också stärkta i sin egen person då deras upplevelser inte minimeras utan tydliggörs. I tydliggörandet blir det rädda, kurvan sjunker, men rädslan hanteras i vidare samtal och kurvan stiger igen.

Alliansbrott i starten av behandlingen. Safran och Muran (1996) tror att det är klientens interpersonella beteende som kommuniceras då avbrott sker i behandlingen men genom att vara vaksam på denna process som de såg som en interpersonell upprepning så

finns en möjlighet att förebygga och till och med stärka alliansen mellan terapeut och klient istället. Falkenström et al. (2013) menar att terapeutens upplevelse av alliansen påverkar behandlingsresultatet och menar genom att mäta varje behandlingstillfälle lär sig terapeuten känna igen brott i alliansen. De skriver också att det finns en koppling mellan senare symtomförändring och god allians men också mellan symtomförändring och senare allians. Vilket pekar på att terapeuten behöver vara vaksam då det handlar om symtomökning för då riskerar även alliansen att dala. Probst et al. (2013) menar att det finns en tydlig evidens som säger att om behandlingstillfällena skattas regelbundet förbättra behandlingsresultatet och Cooper och Norcross (2016) skriver att behandlingen blir mer individualiserad.

Inför behandlingstillfälle fyra hade åtta kvinnor avbrutit sin behandling. I studien avbryter åtta utav 31 kvinnor sin behandling innan behandlingstillfälle fyra. Nedan diskuteras möjliga målgruppsspecifika förklaringar till avbrotten.

Omedvetet deltagande i våldscykeln. Både Safran och Muran (1996) beskriver såsom Cloitre et al. (2004) att upplevelsen utav att relationella mönster repareras i relationen mellan terapeuten och klienten kan korrelera och reducera interpersonella skador som förknippas med trauma. Safran och Muran (1996) menar också att avbrott ofta sker då terapeuten omedvetet deltar i klientens upprepningar. Hur blir det då om terapeuten omedvetet deltar i den cykel av våld som Walker (1979), beskriver, vad skulle konsekvenserna kunna bli? En tolkning är att det skulle kunna leda till avbrott där även upplevelsen är från kvinnans perspektiv att de mår bättre, de blir bekräftade och upplever att de har kontroll över situationen. Då kvinnan kommer till behandling så befinner hon sig i någon utav de faser som Walker (1979) beskriver, denna ingång bör påverka kvinnans upplevda behov i stunden av vilken hjälp hon behöver. Kanske är bekräftelse på sin situation då fullt tillräcklig för kvinnan som just nu upplever smekmånadsfasen eller den lugna fasen i våldscykeln? En bekräftelse som skulle kunna innebära en falsk känsla utav kontroll över situationen och som resulterar i att kvinnan avbryter sin behandling för att välmåendet ökar.

Målgruppens skiftande ingång avgörande för tidiga avbrott. En möjlig tolkning till att de kvinnor som skattar sitt välmående bättre trots tidiga avbrott kan handla om att de kommer för att få sina tankar om sin våldsutsatthet verifierad men sedan har ett socialt nätverk som möjliggör processen att ta sig ur sin utsatthet utan professionell hjälp.

Våld i barndomen i förhållande till tidiga avbrott i behandlingen. Tre kvinnor avbröt sin behandling och skattade sitt välmående som nästan lika med eller sämre inför samtalstillfälle två. De tre kvinnorna skattade också sitt välmående mycket lägre än de som uppsöker öppenvård ≤19. Ytterligare sju kvinnor i studien skattade sitt välmående

som sämre inför tillfälle två, det vill säga nio av 31 kvinnor hade ett försämrat mående behandlingstillfälle två. Men sju av dem stannade kvar i behandling, vad kan det handla om?

En möjlig tolkning till att tre avbröt sin behandling är att de hade en stark symtombild, mer än var fjärde kvinna som hade utsatts för allvarligt våld visade tecken på PTSD-symtom (NCK, 2014:1). Cloitre et al. (2004) menar att för klienter med tidigare barndomsupplevelser utav misshandel, så är en stark allians ännu viktigare utifrån den långvariga symtombild som ofta dessa övergrepp åsamkar. För dessa kvinnor med en lång symtombild är det möjlig tolkning att behandlingskomponenterna är för intensiva och skulle kunna skrämman kvinnan. Här blir det viktigt att förankra den terapeutiska alliansen först, då goda behandlingsresultat snarare hör ihop med den terapeutiska alliansen än med behandlingstekniken enligt Safran, Muran och Proskurov (2009).

Metoddiskussion

Metodval. ORS formuläre kan användas, beskrivas och tolkas på ett snabbt sätt och det är känsligt för förändring hos de som går i behandling. Många studier har visat (till exempel Anker, Duncan & Sparks 2009; Reese, Norsworthy & Rowland 2009) på en validitet och reliabilitet hos ORS. ORS är snabbt och effektivt men för att det ska spegla den ram det är gjort för, så är terapeutens mätning i rummet och feedback på resultaten en viktig del i processen. Diskussioner ska föras om resultaten med klienten för att behandlingen ska kunna skraddarsys utifrån de mål och delmål som är uppsatta med klienten. Dessa samtal mellan klient och behandlare som nämnts är feedback (Miller & Bertolino, 2012). Upplevelsen är som Miller, Hubble, Chow, & Seidel (2015) skrivit, att den viktigaste aspekten av ORS är feedbacken. Miller och Bertolino (2012) håller med, de skriver att skapa en tillåtande feedback kultur är mer än att använda sig utav skalorna.

Upplevelsen är att genom feedbacksamtalen, blir ORS ett dynamiskt samtal mellan terapeut och klient. Vilket främjar transparensen i behandlingen samt främjar den terapeutiska alliansen. Cooper och Norcross (2016) skriver att individer har olika preferenser och att effektiviteten utav terapin är nära länkad till dessa. Genom feedback, utifrån klientens preferens blir behandlingen mer individualiserad för varje specifik person vilket leder till förmodat bättre resultat samt mindre bortfall.

Begränsning i metodvalet. Studien visar på en hög korrelation mellan ORS delskalor. Delskalorna ser ut att mäta samma sak vilket gör att det är svårt att veta vad vi exakt mäter. Oklarheten gällande delskalorna tillsammans med den stegring som eventuellt sker utifrån ORS linjära uppbyggnad, kan innebära att det finns en risk att ORS skala inte kommer att

återge rätt proportioner gällande höjningar och sänkningar i kvinnornas mående. För att en skala ska vara valid måste den kunna bevisa att den mäter vad den avser att mäta, denna studie visar på att ORS inte är valid utifrån situation. Utifrån att vi inte tydligt att se vad vi mäter och att det blir upp till varje person att tolka så går det inte heller att säga att ORS skala i denna studie är reliabel.

ORS delskalor upplevs vagt beskrivna vilket lämnar det öppet för vida och individuella tolkningar och förklaringar för både terapeut och klient.

Begränsningar i studien. Studiens begränsningar handlar övergripande om ett lågt deltagarantal vilket gör att generaliserbarheten av resultaten är begränsade och måste tolkas med försiktighet.

En ytterligare begränsning i studien var att terapeuterna var ovana att hantera skattningsinstrumentet.

Etiska övervägande. Kvale och Brinkman (2014) påtalar vikten av att etiska överväganden beaktas löpande under hela processen. Vid forskning som handlar om människor är det viktigt att minimera skaderisken för deltagarna och att resultatet av en studie ska kunna leda till en ökad kunskap inom det aktuella området. Författaren till studien har under processens gång önskat att det erhöles mer än ett muntligt samtycke och muntlig information. Med det sagt så har författaren noggrant övervägt nyttan med studien i relation till den eventuella utsatthet informanterna skulle kunna uppleva och kommit fram till att nyttan är större än ett eventuellt lidande hos deltagarna, då inga deltagare syns i studien mer än på en grovt definierad gruppnivå.

Slutsatser

Studien visar på en tudelad spridning då undersökningens 31 kvinnor skattade sina psykiska välmående vid samtalstillfälle ett. Hälften av kvinnorna uppvisar värden som stämmer överens med de som uppsöker öppen psykiatrisk vård och nästan hälften uppvisar ett välmående som stämmer överens med de som inte söker sig till behandling. Inför kvinnornas fjärde skattning så deltog 23 kvinnor, utav dem visade 18 kvinnors skattningar på ett ökat psykiskt välmående och åtta av kvinnorna hade uppnått en klinisk tillförlitlig förändring enligt ORS-manualen inför behandlingstillfälle fyra.

Inför kvinnornas andra skattning så uppvisade nio kvinnor ett sämre välmående än vid samtalstillfälle ett. När kvinnorna skattade sig inför samtal fyra, hade åtta kvinnor avbrutit sin behandling. Av de åtta som avbrutit sin behandling uppvisade fem kvinnor ändå en förbättring utifrån deras skattningar.

På frågan om hur sambanden mellan de fyra delskalorna ser ut, så var korrelationskoefficienterna mellan samtliga delskalor hög. Vilket i princip innebär att det är svårt att veta vad vi mäter. Tillsammans med skalans uppbyggnad riskerar skattningarna förhöjas.

Nya frågor och framtida forskning. Utifrån studiens låga deltagarantal skulle det vara intressant att studera eventuella avbrott närmre utifrån ett större deltagarantal. Dessutom skulle det vara intressant att undersöka behandlingskurvan med ett större underlag kvinnor, för att se om mönstret angående sämre välbefinnande samtal två håller i sig. Vidare skulle det vara intressant att få klarhet i om skalorna ter sig lika samstämmig med ett större underlag och med mer vana behandlare av ORS?

Därutöver vore det intressant att närmre undersöka det terapeutiska utgångsläget då det handlar om terapeutiska inriktningar. PDT och KBT tycks flyta samman i denna studie då vi pratar om våld, trauma och dess symtom kopplat till allians.

Utifrån en hypotes skulle det vara intressant att undersöka delskalan, Nära relationer, djupare. Beroende på var i processen kvinnan befann sig tycktes vi se att hon tenderade att ”lyfta ur” mannen ur delskala, Nära relation till att mer definiera relationen med honom utifrån delskala, Individuellt mående. Kan det vara så att ju längre ur processen på ett inre plan kvinnan befinner sig, det vill säga ju längre ifrån normaliseringen, internaliseringen, lojaliteten till tvåsamheten, så sker en yttre förflyttning som syns på skalorna från, Nära relation till Individuellt?

Referenser

- Agevall, C. (2012). *Våldet och kärleken. Våldsutsatta kvinnors begripliggörande av sina erfarenheter*. (Doktorsavhandling). Lunds universitet, Institutionen för Rättsociologi.
- Aguirre McLaughlin, A-M., Keller, S.M., Feeny, N.C., Youngstrom, E.A., & Zoellner, L.A. (2014). Patterns of Therapeutic Alliance: Rupture–Repair Episodes in Prolonged Exposure for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 112-121. doi: 10.1037/a0034696
- Anker, M.G., Duncan, B.L., & Sparks, J.A. (2009). Using Client Feedback to Improve Couple Therapy Outcomes: A Randomized Clinical Trial in a Naturalistic Setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7(4), 693–704. doi: 10.1037/a0016062
- Arnell, A. & Ekblom, I. (2010) *...och han sparkade mamma... (3)*. Stockholm: Rädda Barnen och Gothia Förlag AB.
- Arvill, E., Hjelm, Å., Johnsson, J-Å., & Sääf.,C.(2015). *Etik och Juridik- för psykologer och psykoterapeuter*. Lund: Studentlitteratur.
- Bringhurst, D.L., Watson, C., Miller, M., & Duncan, B. (2006). The Reliability and Validity of the Outcome Rating Scale: A Replication Study of a Brief Clinical Measure. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), Hämtad från: https://www.researchgate.net/publication/235160148_The_Reliability_and_Validity_of_the_Outcome_Rating_Scale_A_Replication_Study_of_a_Brief_Clinical_Measure
- Casement, P. (1991). *Att lära av patienten*. Uddevalla: Media.
- Cater, Å., & Overlien, C. (2013). Children exposed to domestic violence: a discussion about research ethics and researchers' responsibilities. *Nordic Social Work Research*, 4(1), 67-79. doi.org/10.1080/2156857X.2013.801878
- Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related Posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3),411- 416. doi:101037/0022-006X.72.3.411

- Cooper, M., & Norcross, J.C. (2016). Brief, multidimensional measure of clients' therapy: The Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 87-98. doi.Org/10.1016/j.ijchp.2015.08.003
- Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2003). *Statistisk verktygslåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekström, V. (2016). *Det besvärliga våldet Socialtjänstens stöd till kvinnor som utsatts för Våld i nära relationer*. (Doktorsavhandling). Linköpings Universitet, Filosofiska fakulteten. Hämtad den 19 april 2019 från:
<https://liu.diva- .org/smash/get/diva2:957007/FULLTEXT01.pdf>
- Europarådet (2011). *Istanbul Convention on violence against women*. Hämtat den 11 februari 2020 från <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/webContent/9265655>
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal Of Counseling Psychology*, 60(3), 317- 28. doi: 10.1037/a0032258
- Foa, B.E., Hembree, A.E., & Olasov Rothbaum, B. (2013). *Emotionell bearbetning vid PTSD: terapeutmanual vid traumafokuserad KBT*. Stockholm: Natur och kultur.
- GREVIO. (2019). *Grevio Baseline evaluation Rapport Sweden* (Secretariat of the monitoring mechanism of the Council of Europe Conventionon, 2018:15). Hämtat 15 juli 2019 från: <://rm.coe.int/grevio-inf-2018-15-eng-final/168091e686>
- Helmerson, S.(2017). *Mellan systerskap och behandlingar. Omförhandlingar inom ett förändrat stödfält för våldsutsatta kvinnor*.(Doktorsavhandling). Lunds universitet, Vid samhällsvetenskapliga fakulteten.
- Hoffart, A., Øktedalen, T.Formo Langkaas, T., & Wampold, B.E. (2013). Alliance and Outcome in Varying Imagery Procedures for PTSD: A Study of Within-Person Processes. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 471–482. doi:10.1037/a0033604
- Holmberg. C., & Enander, V. (2007). *Varför går hon? Om misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser*. Göteborg: Kabusa böcker.

- Holmberg, C., Enander, V., & Lindgren, AL. (2015). *Ett litet ord betyder så mycket*. Hämtat 24 mars 2018 från: <http://du.diva-portal.org/smash/get/diva2:855304/FULLTEXT.pdf>
- IVO. (2019). *Granskning av kommuners arbete med våld i nära relationer 2018*. Inspektionen för vård och omsorg, IVO 2019-1). Hämtad 15 juli 2019 från: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2019/rapport-ivo-granskning-av-vald-i-nara-relationer-2018.pdf>
- Keller, S.M., Zoellner, L.A., & Feeny, N.C. (2010). Understanding Factors Associated With Early Therapeutic Alliance in PTSD Treatment: Adherence, Childhood Sexual Abuse History, and Social Support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 974-979. doi: 10.1037/a0020758
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lingiardi, V., & Gentile, D. (2019). The legacy of Jermy Safran. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(1), 1-2, doi: 10.4081/ripp.2019.388
- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A-M. (2001). *Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige*. Brottsövermyndigheten. (Uppsala Universitet). Hämtat 4 april 2018 från: <https://www.brottsövermyndigheten.se/Filer/Böcker/Slagen%20dam.pdf>
- Lundgren, E. (2012). *Våldets normaliseringsprocess*. Växjö: Roks och Eva Lundgren.
- Miller, S.D., & Bertolino, B. (2012). *Feedback-informerad terapi FIT (2)*. Lund: Studentlitteratur.
- Miller, S.D., Duncan, Brown, J., Sparks, A., & Claud, D. (2003). The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100. Hämtat 15 juli 2019 från: <https://scottdmiller.com/wp-content/uploads/documents/OutcomeRatingScale-JBTV2n2.pdf>
- Miller, S.D., Hubble, M.A., Chow, D., & Seidel, J. (2015). Beyond Measures and Monitoring: Realizing the Potential of Feedback-Informed Treatment, *Psychotherapy*, 52, 449–457. doi.org/10.1037/pst0000031
- Morgan, J.H. (2011). On becoming a person (1961) Carl Roger's Celebrated Classic, *Journal of Psychological Issues in Organizational Culture*, 2(3). doi/epdf/10.1002/jpoc.20072
- Muran, J.C., Safran, J.D., Gorman, B.S., Wallnert Samstag, L., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality

- disorders. *Psychotherapy*, 46(2), 233–248, doi: 10.1037/a0016085
- NCK Nationellt Centrum för Kvinnofrid (2014). *Våld och hälsa*
En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. (2014:1.) Danagård LITHO. Uppsala
- Oanes, C. J., Anderssen, N., Borg, M., & Karlsson, B. (2015). How do therapists respond to client feedback? A critical review of the research literature. *Scandinavian Psychologist*, 2, e17. doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e17/ Hämtad 14 mars 2018 från: <https://psykologisk.no/sp/2015/12/e17/>
- Probst, T., Lambert, M., J.Loew., T.H., Dahlbender, R.W., Göllner, R., & Tritt, K. (2013). Feedback on patient progress and clinical support tools for therapists: Improved outcome for patients at risk of treatment failure in psychosomatic in-patient therapy under the conditions of routine practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3):255-261, doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.07.003
- Psykologiguiden. (2014). Longitudinella studier. (2014, 26/10). Hämtad 19 april 2018 från: <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=longitudinell>
- Reese, R.J., Norsworthy, L., & Rowlands, S. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy*, 46(4), 418–431. doi:10.1037/a0017901
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). The Resolution of Ruptures In the Therapeutic Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458. Hämtad 15 juli från:http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/the_resolution_of_ruptures_in_the_therapeutic_alliance.pdf
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43(3), 286–291. doi:101037/0033-3204.43.3.286
- Safran, J.D., Muran, J.C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80 -87, doi: 101093/acprof:oso/9780199737208.003.0011
- Safran, J.D, Muran J.C., & Proskurov, B. (2009). Alliance, Negotiation, and Rupture Resolution. Hämtad 15 juli 2019 från:<https://pdfs.semanticscholar.org/99f3f77d206400e57a98176b5e50454def778373.pdf>
- Skillmark, M.(2018). *Uppdrag standardisering.* (Doktorsavhandling). Linnéuniversitetet, Institutionen för Socialt arbete.
- SFS (2003:460) Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm. Riksdagen

Slade, K., Lambert, M.J., Harmon, S.C., Smart., D.W., & Bailey, R. (2008). Improving psychotherapy outcome: the use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(5), 287-303. doi:10.1002/cpp.594

SOFS 2001 :453. *Socialtjänstens ansvar enligt 5 kap. 11§*. Stockholm: Riksdagen. Hämtat 19 april 2019 från:https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Walker, Lenore E. (1979) *The Battered Woman*. New York: Harper and Row.

WHO (2013). *World Health Statistics 2013*. Hämtad den 11 februari 2020 från: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/

Bilaga 1.

Skattning av förändring Outcome Rating Scale (ORS)

Namn: _____ Ålder: _____ år
Kön: _____ Möte nr: _____ Datum: _____

När du ser tillbaks på den senaste veckan – inklusive idag – kan du då hjälpa oss att förstå hur du har haft det, genom att markera på skalorna hur du upplever att det har fungerat för dig, inom följande områden i ditt liv:

Markeringar till vänster anger en lägre nivå av tillfredställelse, och markeringar till höger en högre nivå av tillfredsställelse

Individuellt
personligt välbefinnande

|.....|

Nära relationer
familj och andra nära relationer

|.....|

Socialt
arbete, skola, vänner

|.....|

Allmänt
livet som helhet

|.....|

International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

Bilaga 2.

Övergripande instruktion på hur ORS presenteras

Antecknar efter introduktion av enhetschef E, N den 8/2-17

Först vår vanliga beskrivning av ram i samtalen, berätta om verksamheten, samtalstid, sekretess, anmälningsskyldighet, vidare om klientens förhoppning på att komma till oss/målet, med samtalen.

Förklara och beskriv instrumentet:

Inledning ORS

”Vi använder ett utvärderingsinstrument i våra samtal för att veta om det vi gör hjälper. Det heter ORS/SRS, det är evidensbaserat vilket betyder att det är forskat på. Resultaten av den forskningen visar att instrumentet fungerar bra i behandling. Det innebär att du gör en självskattning inför samtalet (ORS) och efter samtalet (SRS), utifrån hur man generellt upplevt sista veckan inklusive idag. Skattningen visar på om behandlingen gör framsteg, om den periodvis står still eller inte göt framsteg. Då kan skattningarna hjälpa oss att se vad som fungerat eller vad vi behöver förändra.”

ORS (Outcome rating Scale) mäter hur resultatet av förändring som äger rum gällande ditt mående

SRS (Session Rating Scale) mäter vad du tycker om samtalen. Den mäter hur du tycker att relationen mellan oss fungerar och om vi håller oss till vad du önskar av samtalen.

- Be om samtycke att använda resultatet av skattningarna till uppsats.
- Beskriv databasen och hur den används

ORS – I början av varje samtal

”- ORS, består utav fyra delskalor. Skalorna indikerar botten och toppen på veckan, inklusive idag. Om vi går igenom dem en och en tillsammans idag, du får gärna sätta ett litet streck där du tycker att din upplevelse på hur veckan varit.”

Skala ett, markerar ditt, Individuella mående, dvs. ditt personliga välbefinnande sista veckan

Ska två, markerar dina, Nära relationer, dvs. dina relationer med familj och nära vänner. De du upplever dig ha en närrelation till.

Skala tre, markerar ditt, Sociala välmående, dvs. dina andra sociala relationer, som skola, arbete andra vänner osv

Skala fyra, markera ditt, Allmänna välmående, dvs. hur upplever du livet som helhet.

Efter att klienten gjort sin skattning så mäter behandlaren resultatet.

”Nu ska vi mäta var gjort din markering, högsta poängen är 40 och lägsta är 0. Poängsumman 25 poäng kommer ur mycket forskning. Om man ligger på 25 poäng så tycker personer generellt att livet fungerar rätt bra och de uppsöker oftast inte samtalshjälp. Om personer skattar sig under 25 poäng så är det ett resultat personer oftast har som söker hjälp. Jag kommer vara rätt petig på millimetern nu när jag mäter. Efter vi mätt alla fyra skalorna ska resultaten av dem läggas ihop.

Jag kommer att fortsätta be dig fylla i skalorna när vi ses och på så sätt kan vi se om samtalen hjälper dig, är det rätt saker vi pratar om och lyckas jag vara till någon hjälp för dig.”

Att ha i åtanke att under sammanlagda poängen 10 mår individen mycket dålig och vid 5 poäng och under ska vi fundera på risk för suicid, samt sätta ord på och bekräfta den låga siffran.

LÄS: Handboken som region Västerbotten skrivit ”Handboken för hjälp med uppföljning av ORS och SRS” <https://regionvasterbotten.se/VLL/Filer/A5-Handbok-för-uppföljning-med-hjälp-av-ORS-SRS1.pdf> av; Gun-Eva Andersson Långdahl och Roger Marklund

