

Stig Jarwson

Effekten av manualisert kognitiv gruppeterapi for menn som frivillig søker hjelp mot vold i nære relasjoner.

Effekt av kognitiv gruppeterapi etter deltakelse i Sinnemestring Brøsetmodellen 4 – 7 år etter avsluttet terapi.

Masteroppgave i sosialt arbeid

Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

Fakultetet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Trondheim, juni 2010.

Forord

Takk til mine arbeidskollegaer ved Brøset kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri, som har kommet med nyttige innspill i arbeidet med oppgaven. Spesielt takk til forskningsleder Roger Almvik, som har tilrettelagt tid og rom for å kunne arbeide med denne studien.

Takk til Jim Aage Nøttestad som har gitt veiledning i denne arbeidsprosessen.

Også takk til Kyrre Svarva ved SVT-IT, NTNU som har bidratt til den maskinelle avlesningen av spørreskjema, og veileder ved Institutt for sosialt arbeid Kristjana Kristiansen.

Mange takk til min kjæreste Mette, som har bidratt både med diskusjon og innspill, samt inspirasjon og støtte gjennom denne mastertiden.

Sammendrag:

Studiens hensikt: Målsettingen med denne studien er å se om manualisert kognitiv gruppeterapi har langtidseffekt i forhold til å redusere vold i nære relasjoner, for menn som frivillig ønsker tilbudet.

Metode : Studiet sammenligner type og frekvens av fysisk , psykisk og seksuell vold hos den voldsutøvende mannen, ved hjelp av en utvidet utgave av spørreskjemaet Conflict Tactic Scales (CTS), versjon Violence Questionnaire (VQ). Voldsatferden registreres før behandling og gjennom denne studien 4 – 7 år etter behandling. Deltakerne har alle fullført Sinnemestring Brøset Modellen(SBM) i tidsrommet 2002 – 2005. I 2009 ble 71 deltakere forespurt og aksepterte å delta i studien. Det var 37 personer som returnerte skjemaet (52.1%), mens det var 34 som ikke svarte.

Det er brukt data fra første gangs registrering med CTS som også omhandler demografiske data og spørsmål om voldsutøver selv har blitt utsatt for overgrep i livet.

Resultater: Studiet viser en signifikant reduksjon i bruk av vold 4 – 7 år etter å ha fullført SBM. Studiet viser også at deltakerne i stor grad har brukt intervensjonene fra SBM. Oppgaven viser også til sekundære funn hos menn som bruker vold i samliv, som kan være nyttig for videre forskning.

Konklusjon: Manualisert kognitiv gruppeterapi for menn som frivillig søker hjelp er en nyttig intervensjon i forhold til vold i nære relasjoner.

Masterstudent: Stig Jarwson

Veilder NTNU/ SVT : Kristjana Kristiansen

Veilder St. Olavs Hospital, Brøset Kompetansesenter: Jim Aage Nøttestad.

Forkortelser

SBM : Sinnemestring Brøset Modellen

CTS : Conflict Tactic Scales, utvidet utgave. *

ATV : Alternativ til vold

FOS- 2007: Forskningstudie (Smedslund m fl 2007)

WHO: Verdens helseorganisasjon

NKVTS: Nasjonalt Kompetansesenter mot Vold og Traumatisk stress (Oslo)

NSD: Norsk samfunnvitenskapelig datatjeneste AS

REK : Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

NTNU: Norwegian University of Science and Technology

ICD- 10 : International Classification of Mental and Behavioral Disorders, version 10

CBT: Cognitive Behavioral Therapy. Norsk= Kognitiv Adfersterapi

Bl.a: Blant annet.

Ift: i forhold til.

*Dette skjemaet er senere blitt til Violence Questionnaire (VQ), (Askeland, Evang & Heir, in press)

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling	7
1.2 Undersøkelser om vold i nære relasjoner	8
1.3 Sinne- en følelse eller medisinsk diagnose?.....	9
1.4 Definisjon av sinne og vold i Sinnemestring Brøsetmodellens manual (SBM).....	11
1.5 Helsepolitiske føringer som grunnlag for utvikling av behandlingstilbudet SBM	13
1.6 Ulike behandlingsformer av vold.....	14
1.6.1 Studier på kognitive behandlingsprogram for sinne og vold.....	15
1.6.2 Konkrete funn i forskningsoversikten (Smedslund m.fl 2007)	17
2. TEORIEN BAK SBM	19
2.1 Teoretisk forankring for SBM.....	19
2.1.2 Manualbasert psykoedukativ gruppeterapi.....	22
2.2 Behandlingsprosessen i SBM.....	24
3. MATERIALE OG METODE	27
3.1 Deltakere	27
3.2 Inklusjons og Eksklusjonskriterier	27
3.3 Studiens målsetting	28
3.4 Studiepopulasjon	28
3.5 Datainnsamling.....	29
3.6 Validitet.....	30
3.7 Analyse av data	31
3.8 Ethiske aspekt.....	32
3.8.1 Styrker og svakheter ved denne studien.....	33
4. RESULTATER	35
4.1. Datas representativitet	35
4.2 Sammenligning mellom respondenter (n=37) og ikke respondenter (n=34)	37
4.3 Endring av voldsforekomst hos respondentene på gruppenivå (n=37).....	39
4.3.1 Endring av voldsforekomst hos respondentene på individnivå.....	40
4.4 Sekundære funn i CTS	42
4.5 Respondentenes selvrapporterte sinneproblematikk etter terapien	43
4.6. Respondentenes bruk av manualiserte intervensjoner etter terapien.	44
4.7 Kvalitative data	45
4.8 Demografiske data i forhold til normalbefolkningen.....	46
5. DISKUSJON	47
5.0 Om valget av metode.....	47
5.1 Om studiens eksterne validitet	48
5.1.2 Om dataenes representativitet.....	48
5.2. Om hovedfunn.....	49
5.3 Om de sekundære funnene	50
5.3.1 Om funn i studien av samfunnsinteresse	52
5.4 Tolkning av CBT intervensjonens effekt i SBM.....	53
5.4.1 Respondenter som rapporterte ingen endring.....	55
5.5 Denne studien om(SBM), sammenlignet med studiene i forskningsoversikten (Smedslund m fl.2007).....	57
5.6 SBM som en del av regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner	58

6.	KONKLUSJON	59
7.	LITTERATURLISTE:	60
8.	TABELLOVERSIKT:	68

VEDLEGG

Vedlegg 1: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Vedlegg 2: Vurdering av studiet og godkjenning fra etisk komite

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til deltakerne

Vedlegg 4. CTS- Spørreskjema

Vedlegg 5: Spørreskjema om sinnemestringskurset

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Selv om vold i nære relasjoner er et betydelig samfunnsproblem (Vendepunkt 2008), er det få studier som er gjort i forhold til behandlingen av menn som søker hjelp for sin voldelige atferd. I Norge ble det først på 1990 tallet etablert et behandlingstilbud for voldelige menn i Oslo, Alternativ til vold (ATV / Råkil 2002). Dette tilbudet var geografisk avgrenset til deler av landet med hovedvekt på Øst- og Sør-Norge, og det ble etter hvert etterspurt flere behandlingstilbud både fra familievernkontor, politi, og helsevesen i andre deler av landet.

Behandlingstilbudet ved St.Olavs Hospital avdeling Brøset regionale kompetansesenter for sikkerhets – fengsels og rettspsykiatri, ble utarbeidet og iverksatt som et behandlings og forskningsprosjekt i 1998. Brøset Kompetansesenter utviklet sitt eget behandlingsprogram gjennom klinisk praksis, og teorien bygde på kognitiv terapi.(Jarwson & Haugan 2008). Et økende antall menn søkte hjelp ved dette tilbudet, og fra 2007 ble Sinnemestring Brøset Modellen (SBM) et fast poliklinisk behandlingstilbud. Fra 2003 er SBM i samarbeid med Helsedirektoratet implementert nasjonalt og det er opprettet behandlingstilbud i de fleste fylker. Denne studien tar sikte på å finne svar på om:

Den manualbaserte kognitive gruppeterapien i SBM , medfører en langvarig endring i sinne og voldsatferd hos den voldsutøvende part i nære relasjoner?

For å kunne gi et bilde av voldens omfang og hvilken form for vold som skjer i Norden, vil denne studien innledningsvis, i kapittel 1, trekke frem noen av de undersøkelsene som er gjort de siste 30 årene. Kapittel 1 vil også ta for seg hvordan vold i nære relasjoner har blitt påvist og definert som et samfunnsproblem gjennom helsepolitiske føringer. Det vil bli gitt en definisjon av sinne og vold i forhold til SBM, en avgrensning i forhold til medisinske diagnoser og det vil bli vist til andre anvendte behandlingsmodeller for voldsutøvere. Studiens metode er i hovedsak kvantitativ, noe som -, sammen med en betraktning av styrker og svakheter, og validitet/reliabilitet ved studien, vil bli berørt i metoddelen, kapittel 3. Selve modellen, -SBM, presenteres i eget kapittel 2, og vil gi grunnlag for en sammenheng mellom

svarene i resultatdelen og de betraktningene som gjøres i diskusjonen senere. Hovedfunnene i studien vil bli presentert, og sammenlignet med andre publiserte studier om tilsvarende tema i kapittel 5. Der vil også forskningsfunnene blir oppsummert, og analysert. Resultatene fra kapittel 4 blir endelig tolket og diskutert i det nest siste kapittelet. I diskusjonen som foregår i kapittel 5, vises det også til sekundære funn i denne studien. Dette er med tanke på at det kan være av interesse for videre forskning på temaet vold i nære relasjoner. Kapittel 6 gir en oppsummerende konklusjon på problemstillingen.

1.2 Undersøkelser om vold i nære relasjoner

I følge verdens helseorganisasjon (WHO) er partnervold den formen for vold som kvinner er mest utsatt for.

Den første populasjonsbaserte undersøkelsen på vold i nære relasjoner ble gjennomført i USA (Strauss m.fl.1980). Denne undersøkelsen ”The National Family Violence Survey” ble gjentatt i 1985 (Strauss& Gells,1986). Forskerne ville her avdekke verbal og psykisk aggresjon og fysisk vold. Resultatene viste at 11,3 prosent av kvinnene ble utsatt for fysisk vold av sin ektefelle /samboer, og 3,0 – 3,8 prosent var offer for grov vold (Strauss & Gelles,1986).

Samme type undersøkelser har vært gjennomført i de nordiske land:

Tabell 1 Studier på vold i nære relasjoner fra nasjonale undersøkelser i nordiske land.

Referanse	Land	N	Alder	Respons rate	Total vold (a)	CTS (b)
Christensen & Koch-Nilsen (1991)	Danmark	1600	>15 år	77,40 %	8 %	+
Balvig (1998)	Danmark	21193	16-74 år	64 %	4,90 %	-
Sigurdardottir & Olafsdottir (1997)	Island	3000	18-65 år	74 %	14 %	+
Heiskanen & Piispa (1998)	Finland	4995	18-74 år	77,40 %	33 %	+
Lundgreen et al. (2001)	Sverige	10 000	18-74 år	74 %	35 %	+
Haaland et al. (2005)	Norge	7600	20-65 år	63 %	27 %	+

a : Total vold er fysisk , psykisk og seksuell vold i livstidsperspektiv.

b : Spørsmål fra CTS er brukt i undersøkelsen

Definisjonen på voldsbruk kan variere noe i disse nasjonale studiene. Alle disse studiene undersøkte både menn og kvinner, bortsett fra Lundgren et al som bare hadde kvinner i

studiepopulasjonen. Det kan derfor være vanskelig å sammenligne direkte med hverandre. (Haaland m.fl 2005).

Vold utøves på mange arenaer, av personer i ulike posisjoner, og ut fra ulike årsaksforklaringer. Vold i familien er en av de voldsarenaene man i Norge (Handlingsplan "Vold mot Kvinner" 2000, "Vold i nære relasjoner" 2004) er blitt mer oppmerksom på omfanget av, og den skaden det volder ofrene. I de senere år er det foretatt nasjonale omfangsundersøkelser i Norden (Heiskanen&Piispa, 1998; Lundgren, Heimer, Westerstrand, & Kalliokoski, 2001; 2001; Haaland, Clausen& Schei, 2005, Pape &Stefansen, 2004; Balvig, 2005.) Disse omfangsundersøkelsene dokumenterer vold, og gir et tydeligere bilde av hvor stort problemet egentlig er .

I 2005 kom NIBR –rapporten "Vold i parforhold- ulike perspektiver " med resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge. Rapporten viser at 27.1 prosent av kvinnene hadde vært utsatt for vold i løpet av livet, og av disse hadde 21 prosent vært utsatt for fysisk vold. Av kvinner som hadde opplevd potensielt livstruende vold fra partneren (kvelertak, slag med gjenstand/ mot hodet) viser undersøkelsen at 9.3 prosent av kvinner over 15 år har vært utsatt for grov vold av nåværende eller tidligere kjæreste. Spørsmålene var basert på en utvidet utgave av CTS (Straus, 1990). Rapporten omfatter både fysisk, psykisk og seksuell vold (Haaland, Clausen & Schei 2005).

Flere studier, både norske og utenlandske, har vist at det er sammenheng mellom det å ha vært utsatt for vold og helseplager og funksjonsnedsettelse. Eksponering for vold og overgrep er funnet å øke risikoen for posttraumatisk stresslidelse, depresjon, rus, personlighetsforstyrrelser og andre fysiske, psykiske og sosiale problemer. Kvinner synes å ha større risiko for negativ helseutvikling etter vold enn menn (Kessler, Sonnega et al 1995; Breslau 2002).

1.3 Sinne- en følelse eller medisinsk diagnose?

I følge Novaco (2010) er sinne en udiskutabel funksjonell grunnfølelse. Ved motgang får sinne mennesket til å mobilisere fysisk og psykisk styrke. Gjennom sinnefølelsen kan man bla. veiledes til handling. I følge tidligere hovedteorier rundt aggresjon (*Berkowitz 1993, Feshback 1971, og Bandura 1983*) medfører sinneopphisselsen energi, motivasjon, og aktiverende handling. Novaco (1976) viser til at sinnefølelsen ikke bare setter i sving

handlekraft, men forsvarer selvet med å undertrykke frykt, det forsvarer egenverdet mot skyldfølelse og det gir personlig kontroll. Det er når sinne følelsen kommer ut av kontroll og blir dysfunksjonell at den arter seg som verbal eller fysisk utagering.

Sinne er ofte blitt knyttet til psykisk sykdom, og assosiert med galskap og ukontrollert atferd, (Novaco 2010). Det er imidlertid ingen diagnostisk kategori for sinne, i motsetning til angst som også i utgangspunktet er en naturlig følelse. Angst klassifiseres som psykiatrisk diagnose når den blir funksjonshemmende nok. (ICD -10, 2000)

Innenfor diagnosene for psykiske lidelser, kan sinne og vold som symptomer forekomme både innen alvorlige tilstander som schizofreni og paranoide lidelser, personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser. Når det gjelder personlighetsforstyrrelser (F60), er aggresjonsutbrudd og voldshandlinger beskrevet som kjennetegn både i forhold til Dyssosial (F60.2) og Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (F60.3) (ICD -10, 2000).

I følge Novaco (2010), kan sinne være et symptom som viser seg i mange psykiske lidelser og ikke minst i forhold til traumer, som ved posttraumatisk stresslidelse(PTSD).

Det er skrevet mye om personlighetsfaktorer ved menn som bruker vold mot sin kvinnelige partner. I boka Partner Violence (1998 s.19) beskrives bl.a ”*emosjonell avhengighet, usikkerhet, lav selvtillit og empati, lav impuls kontroll og svekkede sosiale ferdigheter*” som slike personlighetstrekk.(sitat oversatt av S.Jarwson)(Gondolf 1998, Holtzworth-Munroe1992). Shupe m.fl.(1987), antyder en sammenheng mellom voldsutøvers kontrollerende atferd og deres følelser av avhengighet og hjelpsløshet som stammer fra at de selv har vært utsatt fra overgrep i barndommen.

Diagnosene F 90-92-93 *Oppmerksomhetsvansker og atferdsvansker*, beskriver bl.a aggresjon som ett av kriteriene. Ved ADHD(attention deficit hyperactivity disorder), som er en av underdiagnosene i denne diagnosegruppa, er evne til å styre impulser ift handling og reaksjoner ofte et problem (Thomsen & Damm, 2007)

ICD-10 kapittel XVIII (R00- R99) omhandler kategorier med de angitte tilstander der det ikke foreligger en annen diagnose som kan klassifiseres annet sted. I følge ICD- 10 kan sinne defineres som en normal / ikke patologisk emosjon. Sinne- følelsen er beskrevet som

”symptomer og tegn med tilknytning til kognisjon, persepsjon, emosjonell tilstand og atferd” (R40 – R 46).

R – diagnosene beskriver tilstander og symptomer som er inkludert i kategoriene R00-R99, og består av tilfeller der det ikke kan stilles noen mer spesifikk diagnose selv om alle opplysninger om personen er gjennomgått.

Diagnosene 45.4. Irritabilitet og sinne, Fysisk voldelighet (R45.6), og fiendtlighet (R45.5). Disse diagnosene ekskluderer symptomene som er en del av mønsteret ved psykiske lidelser.

Det kan dermed se ut til at det Internasjonale diagnosesystemet ikke operer med egne diagnoser for sinne som blir hemmende for livskvaliteten, men at sinne og aggresjon kan være et symptom, sammen med flere i en diagnose.

1.4 Definisjon av sinne og vold i Sinnemestring Brøsetmodellens manual (SBM).

Sinne, aggresjon og vold gjenspeiles i ulike menneskelige relasjoner og gjennom ulike atferdsformer. Hva som legges i begrepet ”vold” har variert gjennom tider og mellom kulturer. Vold kan også forstås ulikt avhengig av om man for eksempel legger et juridisk, sosiologisk, psykologisk, helsemessig og/ eller samfunnsøkonomisk perspektiv til grunn.

Verdens helseorganisasjon (WHO 2002) definerer vold slik: “ *The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in , or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation.*” (s.4.World report on violence and health).

Dette er en definisjon som legger vekt på voldens konsekvenser, og inkluderer mange former for vold, ved at den inkluderer fysisk vold, seksuell vold og psykologisk vold

Hvis sinnefølelsen ikke kontrolleres kan det medføre direkte fysiske og psykiske angrep som kan skade andre, og som da også er straffbare voldshandlinger. I tidsrommet 2002- 2005 hvor data fra studien er samlet, var SBM et lavterskeltilbud, hvor kriteriet for deltakelse var vold i nære relasjoner, med følgende definisjon av vold:” *enhver handling rettet mot en annen*

person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller lar være å gjøre noe han eller hun vil ”(Isdahl, 2001, s. 36).

Gjennom denne definisjonen var hovedkriteriet for deltakelse i SBM, handlinger som medførte fysisk, seksuell eller psykisk vold i nære relasjoner. Sinnefølelsen kan komme til uttrykk som alt fra et ukontrollert verbalt utbrudd, situasjonsbestemt fysisk vold eller viljestyrte voldshandlinger.

Utgangspunktet for teoridelen av SBM er spørsmålet om hva som skal til for at sinnefølelsen kommer ut av kontroll, og hvilke intervensjoner kan hjelpe personen til å mestre sinnefølelsen og stoppe voldelig atferd.

Når det gjelder motivene for menns vold mot kvinner i parforhold, er det i følge Johnson (2001), to hovedfortolkninger. Den ene retningen kaller han den ”feministiske tradisjonen” hvor mannen bruker vold for å opprettholde dominans og kontroll i forholdet. Dette beskrives som et asymmetrisk forhold hvor mannen er utøveren, og kvinnen er det passive og fysisk underlegne offeret. Den andre retningen beskrives som ”familievoldsforskerne” som hevder at menn og kvinner begge kan være like aktive i initiering og anvendelse av vold mot hverandre. Denne situasjonelle volden blir beskrevet som symmetriske parforhold, hvor begge parter må bære ansvaret for fysisk og psykisk vold. SBM bygger på en kognitiv terapeutisk forståelse, hvor man ser på samspillet mellom aktiverende hendelse, følelser, tanker og tolkning som avgjørende for atferden. Dette går spesielt på situasjonelle utløsende faktorer i symmetriske parforhold.(dette vil bli nærmere belyst i teoridelen / ABC modellen ; Ellis 1962, Beck 1976). En rød tråd i terapien er at voldsutøveren er ansvarlig for sine handlinger og at det er nulltoleranse for vold mot partneren. I asymmetriske forhold hvor mannen bruker vold og makt som en langvarig strategi, er det viktig å se på meningen bak slike dysfunksjonelle mønstre. Til dette kan det være nyttig å se på mennenes negative levereregler som kan ligge til grunn for sjalusi, avvising og dominans (Young, J. E. & Klosko, J. S. 1993).

Ingen av disse voldstypene ble ekskludert fra deltakelse i SBM, og det ble ikke gjort diagnostiske vurderinger i de individuelle samtalene før voldsutøver eventuelt ble tilbudt plass i SBM. Vold i nære relasjoner i denne studien er den volden som er rettet mot den voksne partneren.

1.5 Helsepolitiske føringer som grunnlag for utvikling av behandlingstilbudet SBM

Det følgende er en oversikt over de viktigste tiltak fra myndighetenes side for å bekjempe vold i nære relasjoner.

Bondevik I regjeringen hadde en målsetting om at vold i nære relasjoner ikke kunne aksepteres! Derfor la de frem handlingsplanen ” Vold mot kvinner ” i 1999. Gjennomføringen har gitt resultater, den private volden er blitt mer synlig og hjelpetilbudet er blitt bedre.(Vendepunkt 2008 – 2011).

2000, Regjeringens handlingsplan Vold mot kvinner (2000-2003):

Siktemålet med planen var å beskrive den private volden mot kvinner. Her pekes det blant annet på behovet for å utvikle mer kompetent bistand i hjelpetjenestene. Bl.a. ble det lagt vekt på å utvikle modeller for tverrfaglig samarbeide og tydeliggjøre det offentliges ansvar.

Kvinnevoldsutvalget (NOU- 2003: 31) foreslo i sin utredning mange tiltak for å forbedre sosialtjenestens innsats overfor voldsutsatte kvinner og deres barn. Utvalget mener at de som rammes av vold skal være en prioritert brukergruppe for sosialtjenesten. Målet må være en reetablering i en voldsfri tilværelse i et helhetlig perspektiv. Videre at det utvikles en sentral veileder for sosialtjenesten knyttet både til voldsoffer og til voldsutøver.

I følge Statistisk sentralbyrå (rapport 2008/ 34), overnattet 1.793 voldsutsatte kvinner og 7 menn på et krisesenter i 2007. Nesten halvparten av beboerne hadde med seg barn, og 1.420 barn overnattet sammen med sin mor. Til sammen var det 62.500 overnattingsdøgn på krisesentrene i 2008. Så godt som alle kvinner som overnattet hadde blitt utsatt for vold av ektefelle eller samboer. Regjeringen har i ettertid startet et arbeid med å utrede lovfesting av krisesentertilbudet.

Kommunal støtte til krisesentrene er forankret i lov om sosiale tjenester og kommunenes plikt til å gi tilbud gjennom sosialtjenesten.

NOU 2003: 31 Retten til et liv uten vold

Dokumentet belyser at vold mot kvinner er et verdensomspennende fenomen av betydelig omfang og utgjør et alvorlig samfunnsproblem. Volden kan ha store konsekvenser for kvinner og barns fysiske og psykiske helse. Voldsofrene trenger et mangfold av tilbud som er tilpasset deres individuelle behov.

2004: Handlingsplanen Vold i nære relasjoner (2004 – 2007)

Intensjonen for denne planen er blant annet å bygge ned barrierene mot å søke hjelp og at hjelpetjenestene skal gjøres bedre i stand til å støtte brukerens egen innsats. Det ble gjort en kartlegging av behandlingstilbud til personer med volds og aggresjonsproblemer. Denne viser at de fleste voksentilbudene er i regi av kriminalomsorgen, mens tilbud til barn og unge i hovedsak finnes i barnevernet.

2004: Opprettelse av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS): Senteret foretok i 2006 en kartlegging av behandlingstilbudet for barn og voksne.

I denne undersøkelsen om behandlingstilbud for voksne i Norge vises det til at de 2 mest brukte modellene er Alternativ til Vold (ATV) og Brøset Sinnemestring. (Jonassen og Paulsen 2007)

2008- 2011: Regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner ”Vendepunkt”.

Planen tar opp ulike overgrep mot kvinner og barn, og at ofre for vold i nære relasjoner skal sikres nødvendig hjelp og beskyttelse. FN`s barnekonvensjon er en del av norsk lov, og barn skal føle seg trygge i hjem og nærmiljø.

Et av målene her er at ”voldsspiralen” skal brytes ved å styrke behandlingstilbudet til voldsutøver. Voldelige handlingsmønstre kan endres. Den som utøver volden kan gjennom behandling lære å ta ansvar for sin atferd og avstå fra fortsatt voldsbruk. Tilbudet må omfatte et bredt spekter av tiltak, fra samtalegrupper til profesjonell terapi.

Som tiltak 18 i denne handlingsplanen skal Sinnemestringsprogrammet som er utviklet ved Brøset Kompetansesenter implementeres nasjonalt. Programmet skal lære voldsutøvere alternative måter å håndtere sine volds og aggresjonsproblemer på. Programmet benyttes av ulike tjenester og aktører som er i kontakt med voldsutøvere. Brøset skal gi undervisning og bidra til at ansatte ved aktuelle tjenestesteder får opplæring (Vendepunkt 2008).

1.6 Ulike behandlingsformer av vold.

Det er tidligere prøvd ulike terapiformer i forhold til behandling av voldsutøver ; gruppe terapi, nevropsykologisk behandling, psykodynamisk behandling og kognitiv atferdsteori (Gondolf, 2004). Siden tidlig på 1960 tallet har kognitiv terapi (CT) og kognitiv atferdsterapi (CBT) blitt brukt i behandlingen av aggresjon (Ellis, 1962 & Beck, 1995)

Det ble også brukt elementer av CBT i Duluth Modellen (Pence & Paymar, 1993) i behandlingen av voldelige menn. Dette er en modell som reflekterer den underliggende feministiske filosofien at menn bruker vold for å oppnå ”makt og kontroll” over partneren. I de senere årene har denne modellen blitt kritisert for manglende vitenskapelige undersøkelser, og for at den feministiske ideologien ensidig bygger på et patriarkalsk syn på ”power and control” (Dutton & Corvo, 2006). Dutton, Saunders, Starzomski & Bartholomew (1994), har hevdet at mennene i behandlingsgruppene fremstod med en avmaktsfølelse, og at maktbegrepet ble misbrukt av feministene.

1.6.1 Studier på kognitive behandlingsprogram for sinne og vold.

Studier av kognitive behandlingsprogrammer som retter seg mot ulike typer vold:

Det er forsket på CBT programmer, som har som mål å redusere tilbakefall for lovbrøyttere. En meta-analyse utført av Pearson m.fl (2002) fant at CBT programmer var mer effektive for å redusere lovbrøytterens tilbakefallstatistikk enn strengt atferdsmessige program.

En meta-analyse utført av Landenberger & Lipsey (2005), fant at det ikke var spesifikke program i seg selv som hadde best effekt, men at det sentrale var det generelle CBT innholdet i terapien.

Også Dahlen og Deffenbacher (2000) brukte kognitiv behandling i et forsøk på å redusere sinne. De fant at kognitiv behandling førte til en signifikant reduksjon av menns aggresjon og til økt bruk av mer positive former for selvhevdelse.

Beck, R. og Fernandez, E. (1998) gjorde en meta-analyse av 50 studier med til sammen 1640 klienter for å vurdere om kognitiv terapi var en effektiv behandlingsform ved aggresjon og fiendtlig maktdominans. Resultatene viste at av de som hadde fått kognitiv terapi, ble 76 % bedre enn ubehandlede med de samme problemene. Populasjonen som ble studert i undersøkelsene, var omfattende og inkluderte fanger, voldelige foreldre, voldelige ektefolk, ungdomskriminelle, voksne i små behandlingshjem, aggressive barn og studenter med aggresjonsproblemer. Når de sammenligner behandlingseffekten av CBT med kontrollgrupper som får annen behandling så viser CBT en effekt på 67 % mens kontrollgruppene har en effekt på 33 %. Beck og Fernandez konkluderer med at CBT har god effekt på sinneproblemer, og reduserer sinneatferd.

Studier av kognitive behandlingsprogrammer rettet mot vold i nære relasjoner:

Forskning på effektiviteten av behandlingsprogram for partner vold, har gitt ulike funn. Gondolf og Jones (2001) beskriver at tidligere meta analyser fant lite eller ingen behandlingseffekt, mens deres egen analyse av tre kognitiv terapeutiske(CBT) behandlingsprogram reduserte sannsynligheten for å bruke vold mellom 44 % og 64 %. Gondolf m.fl (2002) designet en sammenlignende studie (n = 840) hvor de så på 4 ulike programmer i USA (Pittsburg, Houston, Dallas og Denver). De brukte kun tilbakefall som mål på endring. Majoriteten av mennene ble rapportert voldsfrie det siste året, og de fleste kvinnene uttrykte at de følte seg trygge. Gondolf kommenterer at deres studie ikke var designet slik at de spesifikt kunne måle effekt og at endringer ikke kunne knyttes til å ha deltatt i behandlingsprogrammet.

Haugan og Nøttestad (2002) har evaluert klientenes behandlingsforløp ved SBM ved behandlingsslutt . Foreløpige resultater(fra 38 kvinnelige partnere og 62 menn) viser at 92% av kvinnene mente at behandlingen hadde hjulpet. 8 av 10 kvinner oppgav at den fysiske volden hadde opphørt og halvparten av dem mente også at den psykiske volden hadde opphørt.

I en undersøkelse av 22 studier, Babcock m .flere (2004) ville de se på hvordan ulike behandlingsformer kunne redusere voldsatferd. Her så de på effekten av Duluth modellen, kognitiv atferdsterapi(CBT)og andre behandlingsformer. De fant ingen forskjell på behandlingseffekten mellom Duluth modellen og CBT. I sin helhet hadde disse terapiformene liten påvirkning på grad av tilbakefall, i motsetning til det å bli arrestert. Den vitenskapelige evidensen i disse undersøkelsene var imidlertid utilstrekkelig for å kunne konkludere med effekten av CBT for menn som utøvde vold i nære relasjoner.

I en internasjonal forskningsoversikt av Smedslund, Dalsbø, Steiro, Winswold og Clench-Aas (Smedslund mfl. 2007) fant de flere studier på behandling av voldsutøvende menn. Når det gjaldt randomiserte kontrollerte studier på effekten av kognitiv terapi på vold fant de globalt seks studier som omfattet 2343 deltakere. Formålet med forskningsoversikten var å undersøke om kognitiv atferdsterapi kan få menn til å slutte å bruke vold mot sin kvinnelige partner. Jeg vil gå nærmere inn på forskningsstudiet til Smedslund m.fl (2007), da den vurderes å ha høy relevans i forhold til SBM-S (2009).

1.6.2 Konkrete funn i forskningsoversikten (Smedslund m.fl 2007)

Fire av undersøkelsene sammenligner en gruppe menn som får kognitiv atferdsterapi, med en kontrollgruppe som ikke får behandling. I stedet for behandling blir disse prøveløslatt, gjennomfører samfunnstjeneste eller blir overvåket. De to andre studiene sammenligner kognitiv atferdsterapi med psykodynamisk gruppebehandling .

Undersøkelsen omfatter programmer med ulike elementer av kognitiv atferdsterapi i USA, og at disse er mer rettet mot konsekvenser av atferd. Flere av programmene baserer seg på Duluth Modellen med komponenter av CBT.

Smedslund mfl. referer til at Duluth Modellen er den mest brukte i USA, og ved å ikke inkludere den i undersøkelsen, ville det eliminert de fleste voldsprogrammene i USA. Duluth Modellen inkluderer strenge elementer av feministbevegelsens kjønnsbudskap om makt og kontroll. Den tradisjonelle CBT modellen har ikke denne tilnærmingen. Forfatterne av forskningsoversikten konkluderer med at det fremdeles er for få randomiserte kontroll studier på effekten av kognitiv adferdsterapi for vold i nære relasjoner.

Smedslund mfl grupperte data etter; kort oppfølgingstid = 0 -6 måneder, intermediaær = 7 – 18 måneder, og langtids= 19 måneder eller mer.

Tabell 2: Studier av CBT for menn som fysisk mishandler sin kvinnelige partner

Studie navn	Modell	Varighet	Effekt mål etter
1. Bronx Exp 2005 N= 420 dømte	CBT versus kontroll	26 uker	12- 18 mnd (no sig) Relativ risk 1.96 95% CI 0.96 til 3.99
2. Brooklyn Exp. 2000 N =376 dømte	CBT versus kontroll	39 timer på 8 eller 26 uker	6 – 12 mnd (sig) Relativ risk 0.39 95% CI 0.23 til 0.67 61% redusert vold
3. Broward Exp.2000 N= 404 dømte	Duluth Modell versus kontroll		6 – 11 mnd (no sig) Relativ risk 1.01 95% CI 0.71 – 1.42
4. San Diego Navy 2000 N= 861	Læringsdel + CBT Versus kontroll	1x i uken 6 mnd + 1x i mnd 6 mnd	Behandlingsperioden 6 - 12- 18 mnd (no sig) Relativ risk 0.82 95%CI 0.63 til 1.09.
5. Wisconsin Study 1996 N= 218 dømte	Feminist FCBT versus annen terapi		24 mnd (no sig) 95%CI 0.68 – 1.68
6. Yale Study 2007 N= 32 + 32, dømte + stoffavhengige	CBT versus annen terapi	12 uker	Behandlingsperioden 6 – 12 mnd (no sig) 95%CI 0.22- 0.81

En meta analyse av fire av disse studiene (1 – 4)som sammenligner CBT med en kontrollgruppe som ikke får terapi , gir en relativ gjentakelsesfare på 0.86. Dette favoriserer terapi gruppen med: Risk Ratio (M – H, Random, 95% CI) med effektstørrelse (0.54 til 1.38.) Dette er en liten effekt som ikke er signifikant.

2. TEORIEN BAK SBM.

I teoridelen vil, foruten SBMs teoretiske forankring, - også utviklingshistorien til SBM tilbudet, - og selve behandlingsmetoden i SBM bli presentert. Andre relevante studier på tilsvarende behandlingsmetoder med de tilliggende konkrete funnene er også hentet frem i dette kapittelet, og ulike kognitivterapeutiske program for sinne og vold.

I tillegg beskrives manualbasert gruppe terapi og det reises spørsmål ved om det er spesifikke CBT intervensjoner som er viktigere enn andre i gruppeprosessen og i SBM manualen.

2.1 Teoretisk forankring for SBM

SBM tar utgangspunkt i den tradisjonelle kognitive terapimodellen hvor sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd står sentralt. (Beck, 1999; Beck, Wright, Newman & Liese, 1993; Berge & Repål, 2004; Ellis, 1962).

Kognitiv terapi tar utgangspunkt i at menneskers tolkning er grunnlaget for deres atferd og valg. I følge Beck (1979) skal CBT kunne hjelpe klienten til å erkjenne ødeleggende antakelser. CBT teknikkene brukes i SBM for å identifisere tanker og leveregler som fremmer voldelig atferd, og til å endre negative tankemønstre som brukes til å rettferdiggjøre volden.

Første målsettingen er å identifisere hvilke situasjoner som kan føre til vold og sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger, deretter blir målet å gjenkjenne automatiske tanker og tolkninger av situasjonen. Ved at mannen lærer om sitt reaksjonsmønster vil han kunne stoppe et negativt tankemønster, og ikke utøve vold.

Dysfunksjonell tolkning kan avdekkes gjennom ABC modellen.

A. Ellis (1962) beskriver de sentrale premissene i kognitiv terapi etter ABC modellen som innebærer følgende rasjonale; En hendelse A ("activating event") påvirker B ("belief") som er tanker, forestillingsbilder, fantasier og oppfatninger knyttet til A. C ("consequences") er de følelsesmessige, men også handlingsmessige, kroppslige og kognitive konsekvenser det får når hendelsen (A) oppfattes på en bestemt måte. Målet med å bruke denne modellen er å gi klienten innsikt om de u hensiktsmessige tankemønstrene som hemmer mestring og tilpasning. Gjennom terapien er det viktig å se på hendelsens mening, og alternative måter å forstå hendelsen på. Her er det viktig å fokusere på hva klienten faktisk tenker, og hvordan han opplever og tolker hendelsen. Gjennom sokratiske utspørring, som innebærer åpne spørsmål, bidrar man til å styrke eller svekke resonnementer og slutninger (Berge & Repål 2000). I

praksis brukes et femkolonne ”sinne- skjema”, hvor situasjon, tanke , følelse , atferd og alternativ problemløsning blir sett i sammenheng (Sinneskjema s.355, Jarwson & Haugan 2008)

SBM har også elementer fra skjematerapien til Jeffrey E. Young (Young & Klosko, 1993; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Sentralt i denne terapien er at leveregler utvikler seg fra barndommen og danner et mønster for livsløpet som styrer personens tenkemåte, følelser, reaksjoner og hvordan en forholder seg til andre. Disse levereglene blir også omtalt som ”skjema” og gjør i følge Young & Klosko (1993) mennesker sårbare gjennom aktivering, og kan utløse sterke følelser som sinne, skam og angst, selv om den objektive situasjonen tilsier noe annet. Det er det viktig å avdekke leveregler som kan ligge til grunn for at personen tolker situasjoner ut i fra tidligere skjema. Negative leveregler som ofte viser seg i forhold til sinne, er:

- Jeg vil alltid bli avvist og forlatt
- Andre vil utnytte og misbruke meg
- Ingen bryr seg egentlig om meg, eller forstår hvordan jeg har det
- Jeg er ikke god nok
- Jeg er mislykket

Levereglene identifiseres ved gjennomgang av forløpet før, under og etter sinneatferd. Det er særlig tolkningen av den forutgående situasjonen og opplevelsen av krenkelse som avdekker automatiske tanker og etter hvert leveregler. I terapien forholder man seg til «leveregel» som et normalbegrep, og spør hver enkelt klient om hvilken oppfatning han har hatt av seg selv, som har vært dominerende fra barneårene. Målet er å bli seg bevisst negative leveregler som ligger til grunn for sårbarheten, for så å forstå rasjonalen i ABC modellen. De vanligste dysfunksjonelle måtene mennene takler sårbarheten på, er ved overgivelse, flukt eller motangrep. Motangrep kan forstås som en strategi mot å bli nedvurdert, kritisert og latterliggjort og blir en vei ut av den smertefulle sårbarheten. Beck.A.T (1999) skriver om begrepet ” the vulnerable self -image”, hvor enkeltindividet føler seg krenket i samspill med andre, der den psykiske smerten kan endre seg til å bli en sinnereaksjon mot den personen som oppleves å være krenkende. Beck sier at sinne er en nødvendig følelse når individet føler seg sviktet eller urettferdig behandlet.

Etter at det har forekommet en krenkelse beskriver Beck betingelsene som vektlegges for at det oppstår sinne. Den som blir sint må oppfatte krenkelsen som tilsiktet, ondskapsfull eller

urettferdig. Den som fornærmer blir sett på som plagsom, og det er en mulighet for å beskyldre eller diskvalifisere den som oppfattes som krenkende.(Beck 1976)

Motangrepene hjelper den som opplever seg krenket til å takle leveregelen, men når motangrepene blir for ekstreme, blir de uhensiktsmessige. Sinneatferden gjør at nære personer trekker seg unna, og dermed gir signalene fra omgivelsene næring til de negative levereglene. I SBM blir slike leveregler ofte identifisert, noe som kan være viktig for langtidseffekten av terapien. Som et ledd i dette arbeidet brukes Jeffrey Youngs skjema YSQ-75, som spør direkte om levereglene.(Young & Klosko, 1993;) Ved at mannen får innsikt og økt forståelse, kan han fortsette med å modifisere sin sårbarhet. Sentralt i SBM behandlingen står det å lære mannen om hans egen aggresjon gjennom sinnesirkelen (Jarwson & Haugan, 2008 .) Sinnesirkelen er en illustrasjon som brukes både som en generell innføring for å forstå modellens rasjonale og for å analysere enkeltepisoder. Den beskriver mønsteret i det som faktisk skjer på det indre og det ytre plan under og etter voldsepisoden, og er ment som et redskap for den enkelte voldsutøver til å kjenne igjen sitt eget mønster (Jarwson & Haugan 2008). Sinnesirkelen tydeliggjør den kognitiv terapeutiske forståelsen av symptomutvikling, der vold er symptomet. Den hjelper den enkelte til å identifisere situasjon, utløsende faktorer, tolkning, følelser og atferd. Videre er den sentral for å kunne skape en felles forståelse i gruppa, og for å illustrere hvordan den dysfunksjonelle strategien er skadelig for både utøveren og omgivelsene. Ved første samtale forteller ofte klienten om situasjoner der han opplever seg krenket, provosert eller såret, men at voldsreaksjonen likevel kommer som «lyn fra klar himmel. Gjennom sinnesirkelen lærer klienten hvordan egne antagelser og følelser bidrar til å farge tolkningen av en hendelse, og hvordan økt bevissthet omkring dette kan bidra til å bryte sinnebølgen.(Jarwson & Haugan, 2008). Samtidig som klienten går igjennom sinneskjemaet, som beskriver sammenhenger mellom situasjon, tanke, følelse og atferd (ABC modellen) settes vedkommendes reaksjonsmåte inn i sinnesirkelen.

Deltakeren må være forberedt på hvordan han skal takle den vonde følelsen, og må innøve en omfokuseringsstrategi for å mestre situasjonen på en konstruktiv måte. SBM forstår altså voldsatferd som en kompenserende strategi for å gjenopprette følelse av respekt, stolthet og makt.

2.1.2 Manualbasert psykoedukativ gruppeterapi

En manualisert guide er i følge King, (1997) et av kriteriene for å få en validert empirisk forskning på behandlingen, fordi det da blir lettere å evaluere en terapi. Hver leksjon har en klar målsetting om læring og konkrete krav til deltakerne gjennom øvelser i arbeidsboka.

Ved en senere evaluering av programmets effekt, kan man da sjekke om klientene har fortsatt å bruke mestringsstrategiene fra terapien. En manual sikrer også at terapien utøves likt av ulike terapeuter.(ML.Free 2007)

I SBM læres den kognitiv terapeutiske rasjonalen gjennom en manual. Først lærer deltakeren generelt om ABC modellen og om mestringsstrategier, dernest om egne negative leveregler, for så til slutt å lære hvordan vedkommende kan moderere sine negative leveregler.

Kognitivterapien brukes i felles gjennomgang av erfaringer i gruppa som helhet, samtidig som den brukes i forhold til hver enkelt, og hans beskrivelse av voldsepisodene. (Jarwson/Haugan 2008).

Psykoedukativ tilnærming er etter hvert blitt en anerkjent tilnæringsform som anvendes ift behandling av flere psykiatriske diagnoser. Tilnæringsformen brukes ift både pasienter, deres pårørende og omsorgspersoner. (Brown NW. 2004). En psykoedukativ tilnærming er en form for gruppebehandling hvor pasientene får undervisning om den psykiske sykdommen de lider av. Tilnærmingen skiller seg fra andre typer behandling da den ikke fokuserer på de individuelle problemene. (Dowrick, m.fl 2008). Intensjonen med psykoedukativ tilnærming er å informere og veilede om lidelsen eller problemet, som kan hjelpe frem personlig ansvar og optimisme, - gi styrke til egen medvirkning for å få kontroll, - i dette tilfellet over sitt sinn. Å lære nye måter å mestre sine reaksjoner og atferd på er en måte å forbedre sin livskvalitet for de fleste som søker hjelpen.(Brown NW. 2004)

I SBM handler også mye av læringen om rasjonalen i kognitiv terapeutisk forståelse og atferdens sammenheng med den enkeltes sårbarhetsfaktorer.

SBM består også av tradisjonell gruppeterapi der hver enkelt deltaker legger frem sine voldsepisoder overfor fellesskapet ved å beskrive hendelsen via ABC modellen. På denne måten vil deltakerne kjenne igjen både sine egne opplevelser i den felles gjennomgangen, og kunne dele med hverandre sine individuelle erfaringer.

” An ideal cognitive intervention in a group mixes teaching of technique with the activation of process factors that deepen and enrich the learning and change experiences for all group members”(Bieling m.fl.2006 s.69)

Når det gjelder gruppeprosessen, inngår denne som en egen terapeutisk intervensjon i behandlingen. Burlingame et al.(2004) definerer gruppeprosessen som “ *the theoretical mechanisms of change operative within the group, including group development, therapeutic factors, degree and timing of group structure, and interpersonal feedback.*” s. 25. i Red: *Bieleng 2006)*

Denne definisjonen gjelder gruppe medlemmene både i forhold til hverandre, og relasjonen mellom terapeutene og gruppen.

Viktige komponenter i kognitiv gruppeterapi er:

Optimisme: Atmosfæren i gruppa må ha en positiv holdning til å kunne endre på problemet. Deltakerne får både informasjon fra terapeutene, og får positiv feedback fra andre gruppe medlemmer når de bruker nye mestringsstrategier. Motivasjonen til endring kan også styrkes ved å se at andre klarer å endre atferd

Inklusjon: Deltakerne blir bevisst på at det er flere som har samme problem, og kan kjenne seg igjen i bestemte holdninger, tanker og følelser.

Gruppe basert læring: Det at det skjer en kombinasjon av psykoedukasjon og læring basert på hverandres erfaringer ved at den enkelte går gjennom sitt reaksjonsmønster i forhold til ABC – skjemaet på ” flip-over –tavlen”. Terapeutene bruker her sokratiske spørreteknikk slik at den enkelte deltaker må arbeide med sin individuelle tenkemåte i gruppa. Sokratiske spørsmål er åpne spørsmål hvor deltakeren selv må reflektere over mer logiske og objektive tolkninger av et problem.(Beck & Young, 1985) Terapeutene må legge opp til at gruppe medlemmene deltar aktivt i hverandres problemløsning.

Skifting av selv fokus: Gjennom å dele strategier og reflektere med den som er i fokus, er det viktig at gruppe medlemmene hjelper hverandre.

Modifisering av negative relasjonsmønstre: I følge Yalom(1995) representerer gruppa et sosialt mikrokosmos, slik at samspillet blant medlemmene gjerne avspeiler hvordan den enkelte forholder seg også utenfor gruppa. Ved å avdekke negative relasjonsmønstre, så er dette en arena for å kunne utvikle bedre sosiale ferdigheter.

Gruppetilhørighet: Yalom (1995) sier at gruppetilhørighet er det samme som den terapeutiske alliansen i individual terapi.. Terapeutene må legge til rette for et trygt miljø med vekt på akseptering, empati og positiv feedback. Gruppa blir da en arena for å kunne uttrykke indre tanker og følelser.

2.2 Behandlingsprosessen i SBM

Behandlingen kan deles i to faser. Første fase består av tre individuelle samtaler med fokus på kartlegging og vurdering. Resten av terapien skjer i form av gruppebehandling. I de individuelle samtalene kartlegges klientene i forhold til voldsanamnese, psykiske symptomer og motivasjon til å gjennomføre gruppeterapi. Gjennom samtalen vektlegges deltakerens mening om eget sinne / volds problem , og om han har en selvstendig motivasjon til endring. Han må også være innstilt på å delta aktivt i gruppeterapien, og kunne møte til fastsatt tid 1 gang pr uke. Ved å utebli fra gruppen to ganger på rad uten å varsle fra, mister deltakeren sin plass i gruppen.

Gruppebehandlingen er basert på minimum 30 timer fordelt på 15 x 2 timer, en gang per uke. (Jarwson& Haugan ,Håndbok i kognitiv terapi 2008)

Individuell del:

Tilbudet innledes med tre individuelle timer. Når partneren ønsker det, inviteres hun med til en av de første timene, slik at den voldsutsatte får beskrive sin opplevelse av volden. Når partneren ønsker å møte behandlende instans, så åpnes det også for at hun kan gi tilbakemeldinger gjennom den perioden hvor partneren deltar i gruppeterapien.

Gruppedel ,

Gruppen ledes av to terapeuter, som har utdanning i SBM. Alle møtene har fast og planlagt struktur. De første fire møtene har en psykoedukativ form. SBM manualen, har en struktur som bygger på følgende komponenter;

Gjennomgang av hjemmearbeid fra hver enkelt deltaker, presentasjon av ny læring, individuell gjennomgang av voldsepisode i gruppa. Planlegging av hjemmeoppgaver til neste time.

Første møte

Målet med det første gruppemøtet er at den enkelte deltaker skal bli kjent med gruppen og gruppereglene. Gruppedeltakerne har avtalt taushetsplikt.

Undervisning;

- 1.1. Eksempler på situasjoner som kan virke krenkende og utløse sinne.
- 1.2. Gjennomgang av sinnesirkelen
- 1.3. Den enkeltes målsetting skrives ned i arbeidsboken

Andre møte

Undervisning

- 2.1 Læring om tanker, automatiske tanker og følelser .
- 2.2 Lære den kognitive ABC modellen gjennom sinneskjema.
- 2.3 Hvordan tankene kan utløse sårbare følelser og feilfortolkninger.
- 2.3 Metoder for å beherske aggresjonen, lære om ”Lyn kort” og ” time out ”.

Tredje møte

Undervisning

- 3.1 Lære alternative mestringsstrategier når sinnebølgen utløses.
- 3.2 Hva skjer når sinnefølelsen styrer deg, lære om kropps signaler/ symptomer.
- 3.3 Bevissthet på tanker og holdninger som fremprovoserer voldsbruk
- 3.4 Krenkelse, ansvar og offerrolle
- 3.5 Konsekvenser av å bruke vold.
- 3.6 Hjemmeoppgave, alternative problemløsninger og selvinstruksjonstrening

Fjerde møte

Undervisning

- 4.1 Sammenhengen mellom tanker og levereregler
- 4.2 Tolkning og negative tankemønster
- 4.3 Selvtillit og selvhevdelse
- 4.4 Medfølelse, respekt og samarbeide i parforhold.

5- 10 Gruppemøte.

Målet med disse møtene er å istandsette deltakeren til å bli mer bevisst om fastlåste tanker og tolkninger av typiske situasjoner som medfører voldsbruk. Hver klient får ansvar for å evaluere egen voldsatferd i forhold til egen målsetting i løpet av foregående uke.

Hjemmeoppgaver er gitt med eksponering og testing av nye mestringsstrategier. Sammen øver gruppa på egne eksempler gjennom den kognitive ABC modellen og sinnesirkelen, på tavla. Alle deltakerne gjennomgår muntlig sine alvorligste voldsepisoder i løpet av terapien, og utfordres ift å realitetsteste og nyansere egne negative automatiske tanker for å gjenkjenne egen sårbarhet og bli mer fleksibel i tolkning. Deltakeren hjelpes til revurdering og en mer realistisk tolkning av situasjonen. Det tilrettelegges for rom til refleksjon i gruppa, der deltakerne deler sine egne opplevelser, tanker og følelser rundt den aktuelle episoden.

11. Gruppemøte

Målet for ellefte gruppemøte er å gjøre deltakeren kjent med utvikling av egne leveregler, med fokus på barndom og relasjoner, - på mobbing og evt andre vonde opplevelser. Deltakerne bes om å sette ord på holdninger og verdisyn de har hatt på seg selv frem til i dag. Dette gjøres for å bevisstgjøre deltakeren på sammenhengene mellom sårbarhet / leveregler og tolkningsmønstre. Dette fordrer åpenhet og trygghet i gruppa. Det gjøres også en kartlegging med skjemaet YSQ- 75 (Jeffrey Young), som er et scoringsskjema på i hvor stor grad deltakeren er påvirket av ulike leveregler.

12 og 13 Gruppemøte

Det er stadig sentralt i gruppemøtene å reflektere sammen omkring mestring, og alternative håndteringer av sinne og evt utfall. Viktige overordnede temaer er krenkelse og sårbarhet, og å kjenne igjen og eventuelt modifisere leveregler.

I denne fasen av gruppeprosessen utdypes typiske sårbarhets-temaer som ofte medfører opplevd krenkelse, - og nye måter å se på egen voldsatferd presenteres for deltakeren.

- sjalusi, æresfølelse, maskulinitet og identitet – kan selvrespekt gjenopprettes ved vold?
- psykisk vold, hvordan etablere empati med og medfølelse for den voldsutsatte?
- selvhevdelse, når manglende selvhevdelse gir seg uttrykk i aggresjon
- bevisstgjøring, se seg selv i «kameraperspektiv»
- barndommen, hvordan ble leveregler skapt?

De enkelte gruppe medlemmene bidrar med sin erfaring i forhold til temaene.

14 og 15 Gruppemøte

Temaet i de siste møtene er en evaluering av programmet deltakerne har gjennomgått, og hva det vil være viktig å arbeide videre med. Hver enkelt fyller ut et evalueringsskjema og sier noe om hva de har lært og nyttiggjort seg i SBM. Hvilke endringer i forhold til atferd har de klart å oppnå? Hva er tilbakemeldingen fra familie og venner? Hva må den enkelte arbeide videre med for å unngå voldssituasjoner også i fremtiden? Gjennom en handlingsplan skriver deltakerne ned hvordan de vil arbeide for å kunne mestre sitt sinneproblem på en konstruktiv måte. (Jarwson & Haugan 2008)

3. MATERIALE OG METODE

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for metodisk design, og hvordan utvalget av deltakerne er foretatt. Undersøkelsen er en pre post studie av hvilken langtidseffekt behandlingstilbudet SBM hadde på menns fysiske, psykiske og seksuelle vold. Det vil under dette kapittelet bli satt et kritisk blikk på denne studien og de etiske aspektene ved anvendelse av de ulike instrumentene ved studiet vil bli trukket frem. Prosedyren ved denne undersøkelsens fremgangsmåte, og analyse av data blir gjennomgått i hvert sitt underkapittel, mens studiets gyldighet og datainnsamlingens pålitelighet blir belyst under punktet om validitet.

3.1 Deltakere

SBM er et frivillig tilbud til personer over 18 år. Mennene ble rekruttert gjennom informasjonsopplysning fra media. Det ble også gitt opplysning om tilbudet fra primærhelsetjenesten, familievernkontor og hjelpetjenesten i Trondheim, (som har en befolkning på 168 000 innbyggere). Behandlingstilbudet ble etablert i 1998. Siden 1998 og frem til 2010 har nå over 600 menn deltatt i dette behandlingstilbudet.

3.2 Inklusjons og Eksklusjonskriterier

Kriterier for deltakelse i studien var at mannen hadde et sinne- eller voldsproblem som skader, smerter, skremmer eller krenker andre. Deltakeren kunne ikke ha en alvorlig psykisk lidelse som innebærer høy grad av funksjonstap, for eksempel psykose, eller omfattende pågående rusproblemer, slik at han ikke makter å møte rusfri til behandlingen. Han må også beherske tilstrekkelig norsk, til deltakelse i gruppebehandlingen. Før behandlingsstart informeres deltakerne av etiske grunner om at terapeutene som offentlige tjenesteytere er forpliktet til å varsle andre offentlige instanser, hvis det fremkommer vold mot barn, eller at mannen har planlagt voldshandlinger mot f.eks partner.

3.3 Studiens målsetting.

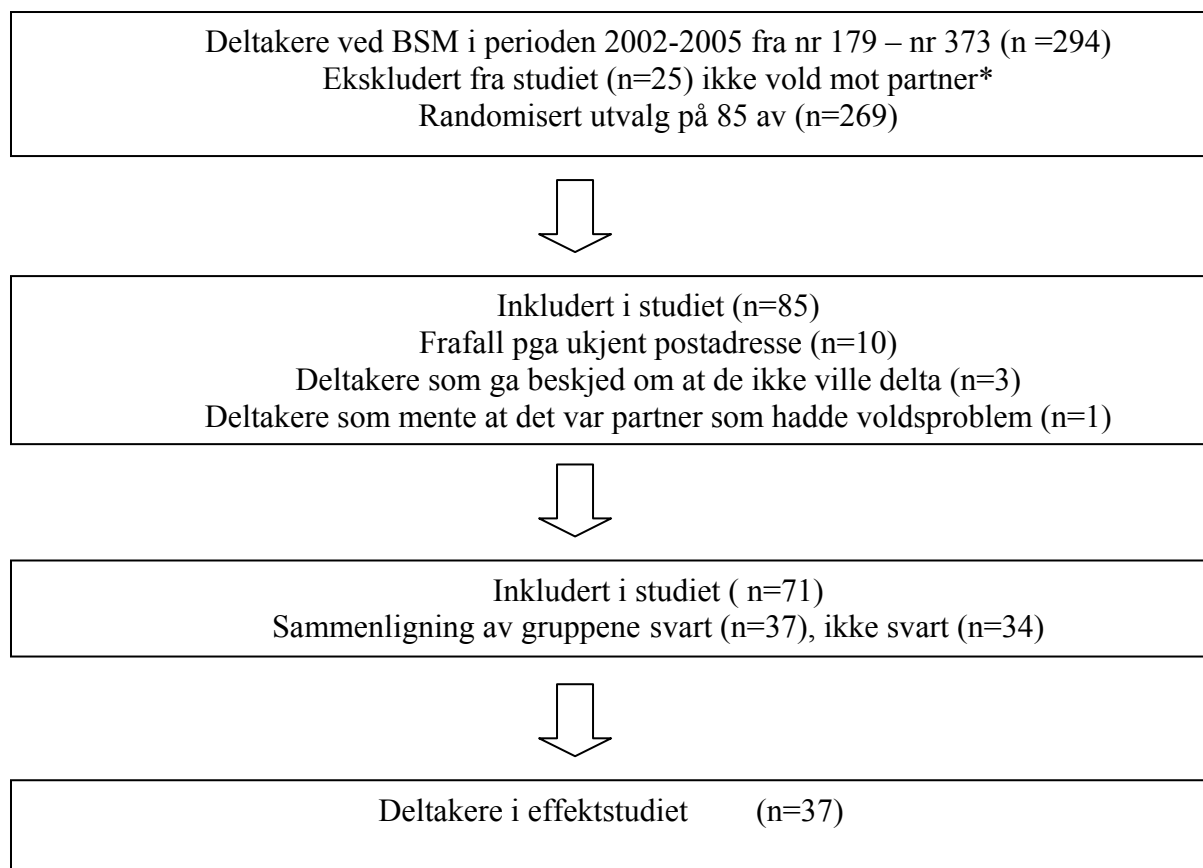
Studiens primære målsetning er å undersøke en eventuell langtidseffekt av behandlingstilbudet SBM på menns sinne, fysiske, psykiske og seksuelle vold.

Studiens sekundære målsetning er å undersøke om deltakerne i behandling, nå 4 – 7 år etterpå bruker de mestringsstrategiene for kontroll av eget sinne og vold som de lærte under behandlingen.

3.4 Studiepopulasjon

Studiepopulasjonen besto opprinnelig av et randomisert utvalg på 85 av 269 deltakere som hadde fullført sinnemestringsprogrammet i perioden 2002- 2005. Deltakerne hadde ved avsluttet behandling gitt skriftlig samtykke til at de kunne kontaktes ved en senere evaluering om sitt sinne og voldsproblem. Hver deltaker i behandlingen fra 2002 til 2005 fikk ved oppstart av denne studien et nummer og 85 personer ble tilfeldig trukket ut.

Figur1: Flytskjema over antallet personer som hadde deltatt i behandlingen, frafallet og de studien omfatter.



** Henvist fra kriminalomsorgen for vold mot andre menn, som del av samfunnsstraff.*

Etter ca tre uker ble det sendt ut et purrebrev til de som ikke hadde svart. Dette resulterte i 12 nye svar, hvorav en hadde krysset av for samboers vold, og benektet egen voldsbruk. Etter nye tre uker ble det på ny sendt ut en purring til de som ikke hadde svart, hvilket resulterte i syv svar. Etter disse to purringene kom det inn 37 svar, en svarprosent på 52,1 %.

Det er ikke signifikant forskjell på de som ikke svarte og de som har svart på spørreskjemaene mht. demografiske forhold som alder, utdanning (i år) og inntekt (Tabell 3 og 4). De to gruppene er også sammenliknet mht. deres voldsbruk før oppstart av behandling og det er heller ikke noen signifikant forskjell på de på dette området (Tabell 5 og 6).

3.5 Datainnsamling

Data innsamlet før behandling er samlet inn via intervju og samtale, mens data innsamlet 4-7 år etter behandling er samlet inn postalt.

Data ble samlet inn ved hjelp av CTS, i utvidet versjon VQ, før behandling og 4-7 år etter behandlingsslutt. Demografiske data, som alder, yrke, inntekt, utdanning, antall ekteskap og barn, samt informasjon om forholdet til partner, tidligere voldsbruk, og mennenes erfaring med andres voldsbruk under deres oppvekst ble samlet inn før behandlingsoppstart (vedlegg, 4)

Spørreskjemaet som omhandlet vold etter behandlingen (vedlegg 5) inneholdt, som nevnt, den samme versjonen av CTS som ble brukt ved oppstart av behandlingen. I tillegg inneholdt dette skjemaet ytterligere spørsmål om de hadde brukt de strategiene de lærte om på sinnemestringskurset, bruk av vold og beruselse samt spørsmål om de har blitt anmeldt for vold og eventuelt blitt straffet for dette etter avsluttet behandling, samt spørsmål om partnerskap i tiden etter terapien, og om partneren er den samme i dag som da de deltok i SBM. Skjemaet er et selvutfyllingsskjema med i hovedsak prekodete svaralternativ. De fem siste spørsmålene i dette skjemaet er åpne spørsmål, hvor respondentene ble invitert til å gi sine egne beskrivelser. De av respondentene som ikke hadde sluttet å bruke vold etter sinnemestringskurset (n = 11), beskrev konsekvenser de mente volden hadde for dem selv og

barn og/eller partnere. Svarene ble sammenholdt og kategorisert etter tema. Sammen med spørreskjemaet, ble det sendt ut informasjon om undersøkelsen. Spørreskjemaet ble sendt i frankert konvolutt .

Det ble sendt ut brev til utvalget med spørsmål om de ønsket å delta i undersøkelsen, undersøkelsens spørreskjema, REKs godkjenning samt frankert retur svarkonvolutt (Vedlegg 2).

I den utvidede versjonen av CTS er vold i nære relasjoner definert som bruk av fysisk ,psykisk, materiell eller seksuell makt mot partneren, handlinger som kan smerte , skremme eller skade den andre. Fysisk vold involverer å; dytte, klype, slå, sparke, bite, ta kvelertak, eller å kaste gjenstander mot den andre. Det er også spørsmål som går på bruk av våpen. Delen av skjemaet som går på psykisk vold omhandler forhør av partneren når hun har vært ute, om det er bruk av obskøne kallenavn, eller om han skremmer henne med trusler, truende kroppsspråk eller intens sjalusi. Med verbal aggresjon menes brøling og bruk av sårende ord og trusler. Seksuell vold omhandler bruk av trusler eller makt mot partneren for å gjennomføre seksuelle handlinger, mot partners vilje.

Gjennom CTS registreres omfanget av hver enkelt voldshandling, og hvor mange ganger dette har skjedd i løpet av det siste året, alternativene er en, to, og tre eller flere ganger.

3.6 Validitet

I denne studien er det brukt en utvidet utgave av spørsmålene i CTS. Originalutgaven av CTS er laget for å måle tre aspekter; ” Mening –”*Reasoning*” , verbal aggresjon og fysisk aggresjon / vold. I dette studiet er ”*reasoning*” delen tatt bort, mens det ble tilføyd spørsmål om materiell og seksuell vold. Strauss og Gelles (1999) sammenlikner CTS i sin opprinnelige form med andre måter å studere forekomsten av vold i samliv på og de sier at dokumentasjonen av CTSs stabile faktorstruktur, dens moderate reliabilitet og samtidige (concurrent) validitet og den sterke dokumentasjonen av CTSs begrepsvaliditet taler for at CTS er den best tilgjengelige måten å måle intrafamiliar vold på. Det foreligger ikke noen valideringsstudie av den versjonen som er brukt i denne studien, men spørsmålene omhandler konkrete voldelige handlinger slik at de fremstår med høy ”face” validitet.

3.7 Analyse av data

Data ble analysert ved å bruke statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 16. ”Spørreskjemaet om Sinnemestringskurset ” ble utformet i maskinlesbart format, og de utfylte skjemaene ble skannet ved hjelp av programvaren Readsoft Documents v.5. ved SVT-IT, NTNU. Data fra Registreringsskjemaet CTS, utvidet utgave (første gangs registrering) ble også overført til maskinlesbart format. Underveis i analysene er først gruppene svart / ikke svart sammenlignet med Independent samples t- test, med henblikk på om det var forskjeller på de to gruppene med henblikk på alder og inntekt. Mann-Whitney U- test ble brukt for å se om det var forskjell på forekomsten av voldsbruk i de to gruppene. Signifikans nivået er satt til 0.05.

Undersøkelsen av de som hadde besvart ble gjennomført med Dependent Samples Test for å se på grad av voldsbruk pre – post. Dette sa jo noe om frekvensen av vold når det gjaldt gruppen som helhet. For å kunne sammenligne den enkeltes bruk av vold pre – post ble det brukt Wilcoxon Signed Ranks Test som gir et svar på positiv og negativ rangering, basert på positiv rangering. (Sig. 2- halet). Denne ikke parametriske testen ble valgt da det ikke var en normalfordeling i utvalget

(Wilcox, 2005 i Field, 2009) Testen brukes ved en sammenligning på to ulike måletidspunkt, hvor skårene kommer fra de samme deltakerne. ” *think of it as the non-parametric equivalent of the dependent t- test*” (Field, 2009 s. 552) Ut i fra CTS scorene ble disse delt inn i 3 kategorier; hvor mange som ikke hadde utøvd vold, hvor mange som fortsatt brukte vold men hvor voldsbruken hadde gått ned, og en gruppe hvor volden var uforandret eller verre.

Frekvenstabeller ble benyttet for å se på sinneatferd og bruk av mestringsstrategier etter avsluttet kurs. Korellasjonsanalyse ble gjort for å se om det kunne være en sammenheng mellom redusert vold og bruk av strategiene hos respondentene i utvalget.

3.8 Etiske aspekt

Den 13.03.2009 ble det søkt Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om godkjenning av studien Etter revidering av informasjonsskrivet ble studien godkjent den 25.03.2009 (vedlegg 2)

Prosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) 24.04.2009 (vedlegg 1).

Alle data er behandlet i tråd med retningslinjene fra REK og NSD.

I undersøkelsen etterspørres det om hvilke konsekvenser voldsbruken har hatt for partner og barn, deres livssituasjon og psykiske helse. Behandlingen av disse tredjepersonsopplysningene er hjemlet i personopplysningsloven §§ 8d) og 9h). Opplysninger hvor tredjeperson identifiseres ble slettet umiddelbart etter mottak av spørreskjemaene. Undersøkelsens prosjektleder er unntatt fra informasjonsplikten i henhold til personopplysningsloven § 20b), da det vil være uforholdsmessig vanskelig å informere tredjeperson.

Prosjektleder har vurdert om den fysiske volden mot tredjepersoner har vært av en slik karakter at den burde anmeldes. Prosjektleder har ikke i svarene funnet opplysninger som tilsier anmeldelse.

Resultatene fra denne studien kan etterprøves av andre forskere. Den utvidede versjonen av CTS skjemaet ved første registrering og "Spørreskjema om sinnemestringskurset" ved andre gangs registrering er lagret i papirversjonene og i egen data fil. Datamaterialet med personopplysninger lagres til 01.08.2015 for en eventuell oppfølgingstudie. Ved en oppfølgingsstudie må det sendes en ny melding til personvernombudet før datainnsamlingen påbegynnes (vedlegg 1).

3.8.1 Styrker og svakheter ved denne studien.

Bruken av selvutfylling av skjemaet om alvorlig atferdsproblematikk, som kan ha resultert i vold mot tredjeperson, og dermed eventuelle lovbrudd, kan ha påvirket svarfrekvensen og innholdet i svarene, og på den måte svekke funnene i studiet.

Følgende forhold kan til dels veie opp for dette;

- Deltakerne hadde gitt skriftlig samtykke til en etter-evaluering ved avslutning av terapien, slik at de visste de kunne bli kontaktet.
- I informasjonsskrivet viser til prosjektleders taushetsplikt og at data blir anonymisert, og at det kun er prosjektleder som har koden som kan binde sammen besvarelsen og navn.
- Deltakerne ble før de begynte i behandlingen orientert om at beskrivelser av alvorlig vold gjennomført under behandling ville bli rapportert til politiet.
- Deltakerne hadde erkjent og var åpne på sitt voldsproblem da de deltok i terapien. Dvs de har erfart et hjelpetilbudet som har overholdt taushetsplikten innenfor lovpålagte rammer, og at dette ikke har medført uønskede konsekvenser i ettertid.

Den relativt lave svarprosenten kan skyldes at informasjonsskrivet som ble sendt til deltakerne opplyste om at *”ved å svare på skjema, er dette en bekreftelse på samtykke til din deltakelse i videre forskning”* (vedlegg 3). Det at skjemaet var koblet opp mot NSD, REK og NTNU, med ukjent navn på veileder, noe som gjorde undersøkelsen offisiell, kan ha gjort terskelen høyere for deltakelse. Sammenlikningen av demografiske forhold, alder, inntekt og utdanning samt forekomsten av vold i de to gruppene ved behandlingsoppstart indikerer at det ikke er spesielle grupper som har falt fra og at de som har besvart sannsynligvis er representative for hele gruppen. Dette må sies å være en styrke ved undersøkelsen.

Det å forske på det arbeidet man har deltatt i, utviklingen av behandlingsmodellen og som terapeut i flere av gruppene, kan påvirke forskerens habilitet. Ideelt sett burde derfor dette studiet vært gjennomført av en nøytral forsker.

I denne studien vil det også være viktig å se på den eksterne validiteten, altså eventuelle ytre forhold som kan påvirke data når måletidspunktene har en tidsforskjell på fra 4 til 7 år. Dette kan bl.a være data om deltakernes samlivsforhold ved første gangs registrering og samlivsforholdene etter 4-7 år, dvs. om de er i parforhold eventuelt samme parforhold, i hele perioden etter kurset, om de har en økning eller minskning bruk av alkohol eller andre rusmidler, psykiske vansker, og om de har mottatt annen hjelp etter kurset. Studien inneholder kun informasjon om samlivsforhold etter disse 4-7 årene. Dataene på sammenhengen mellom bruk av alkohol og vold er ikke av en slik kvalitet at de kan brukes i denne sammenhengen.

Et annet forhold som kan svekke datas troverdighet er tidsaspektet, da det kan være vanskelig å konkret huske episoder med vold etter 4 – 7 år. Deltakerne skulle derfor svare på frekvens av egen voldsatferd mot partneren i løpet av det siste året, slik som de ble bedt om ved første gangs utfylling. Problemer knyttet til hukommelse, finnes slik både ved første og annen gangs beskrivelse av egen voldsatferd.

4. RESULTATER

Resultatene blir nedenfor presentert i åtte underkapitler. Innledningsvis blir det gitt en kort redegjørelse for utvalgets sammensetning for områder som alder, utdanning og inntekt. Dette blir videre utdypet ved en sammenligning mellom respondenter for evalueringen og ikke responderende. Kapittel 4.2 gir en sammenligning mellom respondenter og ikke responderende for målinger av fysisk og psykisk vold før behandling. Kapittel 4.3 beskriver endringene av voldsforekomst hos respondentene (n=37) mellom måletidspunktene før og etter behandling. Kapittel 4.4 angir totalutvalgets (n=71) eksponering for og involvering i voldsepisoder som grunnlag for behandling. Kapittel 4.5 gir en dypere beskrivelse av endringene som har funnet sted hos respondentene (n=37). Kapittel 4.6 utdyper respondentenes bruk av sinnemestringsstrategier samt hvordan bruken av strategiene samvarierer med endringen av voldsforekomst. Kapittel 4.7 omhandler et sammendrag på kvalitative data hos de som fortsatt utøver vold (n=11). Kapittel 4.8. sammenligner demografiske data mellom voldsutøvere i denne studien (n=71) og normalbefolkningen.

Da det var svært få i dette studiet som hadde brukt seksuell vold, vil hovedtyngden av resultatene forholde seg til fysisk og psykisk vold.

4.1. Datas representativitet

I alt 37 (52,1 %) av utvalget på 71 personer har besvart de utsendte spørreskjemaene. De som har besvart er sammenliknet med de som ikke svarte, med hensyn til om de er forskjellige på demografiske variabler som alder, inntekt, utdanning og frekvensen av voldshandlinger ved behandlingsoppstart.

Tabell 3: Alder og inntekt hos de som har besvart (n = 37) og de som ikke har besvart

	Besvart		Ikke besvart		t-test	
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD		
Alder	41,78	7,536	44.12	10.236	T(69)=-1.10, p= .275	gj.forskjell= -2.2334, 95%CI: -6.566 til 1.898
Inntekt	2,68	1.002	16103	1.186	T(69)= .90, p= .370	gj.forskjell= .234, 95%CI: -.284 til .753

Tabell 3 viser alder og inntekt hos de som har besvart og de som ikke har besvart, og det er ikke signifikant forskjell på de to gruppene.

Tabell 4: Utdanning hos de som har besvart (n = 37) og de som ikke har besvart (n=34)

	Besvart(n=37)		Ikke besvart (n=34)	
	N	%	N	%
Grunnskole	2	5.4	5	14.7
Videregående	25	67.6	24	70.6
Høgskole	6	16.2	3	8.8
Universitet	4	10.8	2	5.9

Tabell 4 viser at det ikke er noen signifikant forskjell på utdanningen hos de to gruppene $\chi^2 = 2,851$, $df = 3$, $p = .415$. Det samme finner en også hvis en slår sammen de med grunnskole og videregående skole og de med høgskole og universitetsutdannelse $\chi^2 = 1,614$, $df = 1$, $p = .204$.

Et vesentlig spørsmål i vurderingen av om de to gruppene er forskjellige er forekomsten av utøvd vold. Tabell 5 og tabell 6 sammenligner frekvensen av utøvd fysisk og psykisk vold.

4.2 Sammenligning mellom respondenter (n=37) og ikke respondenter (n=34)

Tabell 5: Forekomsten av fysisk vold hos respondentene og de ikke responderende. Alle målt før gjennomføring av sinnemestringskurs. (Mann-Whitney U- test)

	Respondenter (n=37)	Ikke respondenter (n=34)	
	Median	Median	p-verdien
Slag mot hode/ansikt	22	19	.871
Slag mot kropp	26	21	.565
Knyttneveslag	28	27	.723
Gripe/suge tak i	17	19	.426
Holde fast	19	20	.613
Klype	18	21	.461
Riste	18	18	.941
Dytte	22	20	.966
Vri armen	29	25	.683
Ødelegge gjenstander	21	15	.602
Kaste gjenstander	37	34	.224

Grad av fysisk vold før behandling registrert med CTS (spørsmål 1 – 8, 14, 25 og 26)

Det var ingen signifikante forskjeller mellom disse to gruppene. Gjennomsnittlig størrelse på forskjellen var svært liten.

Tabell 6: Forekomsten av psykisk vold hos respondentene og de ikke responderende. Alle målt før gjennomføring av sinnemestringskurs. (Mann-Whitney U- test)

	Respondenter (n=37)	Ikke responderende (n=34)	
	Median	Median	p-verdien
True med selvmord	18	23	.425
True med å forlate partner	20	16	.542
Uttrykker intens sjalusi	20	17	.796
Verbal ydmykelse, nedrakking	37	34	.781
Negative kallenavn, ”hore” eller ”du er mindre begavet”	37	34	.768
Skremme, tvinge, til ting hun ikke vil	31	28	.874
Bestemme hva hun kan, eller ikke får lov til å gjøre	23	24	.574
Utspørring, forhør	19	20	.499

Grad av psykisk vold før behandling registrert med CTS (spm. nr 31,35, 38, 39, 40,41,44, 45)
 Det var ingen signifikante forskjeller mellom disse to gruppene. Gjennomsnittlig størrelse på forskjellen var svært liten.

4.3 Endring av voldforekomst hos respondentene på gruppenivå (n=37).

Frekvens av total- fysisk og psykisk vold før behandling, og 4 – 7 år etter behandlingsslutt (n=37).

CTS registrerer mengden av utøvd vold målt ut i fra hvor mange ganger den enkelte voldshandling er påført partneren i løpet av det siste året.

Pre = vold i løpet av siste året målt ved behandlingsstart (Registrert/ CTS 2002-2005)

Post= vold i løpet av siste året målt 4 -7 år etter behandling (Registrert/ spørreskjema 2009)

Tabell 7: Fysisk vold ved behandlingsoppstart og 4-7 år etter (n = 37)

Parvis sammenlignende test									
Parvise forskjeller									
95% KI									
Sig.									
	M	SD	SEM	nedre	øvre	t	df	to-halet	
Par 1: FYS Vpre-FYS Vpost	21,65	15,6	2,57	16,44	26,85	8,434	36	.000	

En parvis sammenlignende test av de som har besvart spørsmålene om fysisk vold målt med CTS (spm. nr 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6, 9.7, 9.8, 9.14, 9.24, 9.25) ved behandlingsoppstart og 4 -7 år etter, viser en statistisk signifikant reduksjon i fysisk vold CTS pre (M= 29.7027, SD=10.08537) til post (M = 8.0541, SD= 11.24215), $t(36) = 8.43$, $p = .000$ (to-halet)

Tabell 8: Psykisk vold ved behandlingsoppstart og 4-7 år etter (n = 37)

	Parvis sammenlignende test							
	Parvise forskjeller							
	M	SD	SEM	95% KI		t	df	Sig. to-halet
nedre				øvre				
Par 1 PSYKvpre0611- PSYKvpost0611	24,4	15,85	2,60	18,88	29,45	9,273	36	.000

En parvis sammenlignende test av de som har besvart spørsmålene om fysisk vold ved behandlingsoppstart og 4-7 år etter målt med CTS (spm. nr 9.31, 9.33, 9.38, 9.39, 9.40, 9.41, 9.44, 9.45, 9.50, 9.52.), viser en statistisk signifikant reduksjon i psykisk vold CTS pre(M= 32.6486, SD=8.61915) til post (M = 8.4865, SD= 11.55812), $t(36) = 9.27$, $p = .000$ (to-halet)

4.3.1 Endring av voldforekomst hos respondentene på individnivå

For å kunne sammenligne den enkeltes voldsutøvelse pre – post brukes her Wilcoxon Signed Ranks Test som gir svar på positiv og negativ rangering, basert på positiv rangering.

Tabell 9: Respondetenes endring på individnivå; før og etter

Ordinale pardata: Wilcoxon-test				
		N	Gj.snitt rang	Rangsummer
Sum fysisk vold etter behandling (CTS1-20) – Sum fysisk vold før behandling (CTS1-20)	Negativ rang	32 ^a	17.27	552.50
	Positiv rang	2 ^b	21.25	42.50
	Par	3 ^c		
	Total	37		
Sum psykisk vold etter behandling (CTS 29-45) – Sum psykisk vold før behandling (CTS 29-45)	Negativ rang	29 ^d	17.67	512.50
	Positiv rang	4 ^e	12.12	48.50
	Par	0 ^f		
	Total	33		

a.b.c: Sum fysisk vold etter behandling (CTS nr 1-20) < sum fysisk vold før behandlling

d.e.f.: Sum psykisk vold etter behandling (CTS nr 29 – 45) < sum psykisk vold før behandling

Tabell 10: Sigifikanstest på individnivå; før og etter. Wilcoxonstest.

	Sum fysisk vold etter behandling (CTS1-20) – Sum fysisk vold før behandling (CTS1-20)	Sum psykisk vold etter behandling (CTS 29-45) – Sum psykisk vold før behandling (CTS 29-45)
Z	-4.361 ^a	-4.147 ^a
Asymp. Sig. (to-tale)	.000	.000

a. Basert på positiv rang.

Det er en signifikant reduksjon i bruk av fysisk og psykisk vold pre –post, på i individnivå.

Tabell 11: Endring i fysisk vold etter behandling hos respondentene (n=37)

	Frekvens	%
Ingen bruk av fysisk vold etter behandling	26	70.3
Fortsatt bruk av fysisk vold etter behandling, men mindre enn før	6	16.2
Ingen endring i fysisk vold eller mer vold etter behandling	5	13.5
Total	37	100.0

26 respondenter hadde ingen fysisk voldsbruk 4-7 år etter behandling, mens 6 hadde dempet voldsbruk og 5 var uforandret eller verre.

Tabell 12: Endring i psykisk vold etter behandling hos respondentene (n=37)

	Frekvens	%
Ingen bruk av psykisk vold etter behandling	21	60.0
Fortsatt bruk av psykisk vold etter behandling, men mindre enn før	10	28.6
Ingen endring i psykisk vold eller mer vold etter behandling	4	11.4
Total	35	100.0

21 respondenter hadde ingen psykisk voldsbruk 4- 7 år etter behandling, mens 10 hadde dempet psykisk vold, og 4 var uforandret eller verre.

4.4 Sekundære funn i CTS

Svart ved første gangs registrering med CTS .

Tabell 13: Totalutvalgets (n=71) eksponering og involvering i voldsepisoder.

	Ja	Nei
Vitne til vold da du selv var barn	38.0 %	62.0 %
Utsatt for overgrep selv som barn	39.4 %	60.6 %
Ble utsatt for mobbing i oppveksten (missing =2)	50.7 %	49.3 %
Innser at jeg trenger hjelp for sinne / vold problem	88.7 %	11.3 %
Anmeldt for vold mot partner	21.1 %	78.9 %
Dømt og straffet for vold mot partner	12.7 %	87.3 %

Spørsmål om alkohol og vold**:

Har du brukt vold kun i edru tilstand (n= 63): Her svarer 14.3 % at de aldri har brukt vold i edru tilstand. Mens 60.3 % sier at de har brukt vold i edru tilstand mer enn 3 ganger.

Har du brukt vold kun i beruset tilstand(n=62) : Her svarer 46.8 % at de ikke bruker vold i beruset tilstand.

Har du brukt vold både i edru og beruset tilstand(n= 58): Her svarer 51.7 % at de har brukt vold både edru og beruset.

*** (spørsmålene om beruselse og vold var vanskelig å tolke ut i fra hva respondentene skulle svare på. Det må være misforståelser/ feilkilder da flere svarer på å bruke vold kun i beruset tilstand 53.2%, samtidig med at 86.7% sier at de kun bruker vold i edru tilstand. Spørsmål om alkoholbruk i skjemaet må derfor evalueres)*

4.5 Respondentenes selvrapporterte sinneproblematikk etter terapien

Sekundære funn i ”Spørreskjema om Sinnemestringskurset”: (n = 37) Hele perioden etter avsluttet SBM (spm 1 – 3).

- 5 personer (13,5%) hadde motatt videre hjelp etter BSM , mens 32 (86,5 %) ikke hadde motatt annen hjelp etter terapien.
- Når det gjelder å kjenne på sinnefølelsen som et negativt problem, svarer 27.0 % at den er helt borte, 62.2 % at sinnefølelsen er delvis borte, og 8.1 % at den er uforandret eller verre. (missing n =1)
- Fysisk vold; 29.7 % oppgir at de ikke brukte fysisk vold mot partner siste året før oppstart i terapien. Av de 70.3 % som hadde brukt fysisk vold siste året hadde 54.1% (cumulative 83.8 %) sluttet å bruke fysisk vold 4 – 7 år etter kurset, hos 10,8 % var det uforandret, mens 5,4 % hadde utøvd mer fysisk vold.
- Psykisk vold; 10,8 % oppgir at de ikke brukte psykisk vold mot partner siste året før oppstart i terapien. Av de 89.2 % som hadde brukt psykisk vold siste året hadde 48.6 % (cumulativ 59.5 %) sluttet med psykisk vold 4 – 7 år etter kurset, hos 32.4 % var dette uforandret, mens 8.1 % hadde utøvd mer psykisk vold.
- Seksuell vold; 83 % oppgir at de ikke har brukt seksuell vold mot partner siste året før oppstart, 13.5 % sier at dette har opphørt 4 -7 år etter kurset, mens 2.7 % har utøvd mer seksuell vold.
- Materiell vold; 35.1 % sier at de ikke har brukt materiell vold siste året før oppstart, 40.5 % hadde sluttet med å ødelegge gjenstander 4 – 7 år etter kurset, hos 16.2 % var det uforandret, mens 8.1 % gjorde mer materiell vold.

4.6. Respondentenes bruk av manualiserte intervensjoner etter terapien.

Hele perioden etter terapien spm 3 – 9 (n=37):

- Unngått voldsbruk i situasjoner som tidligere har medført vold 4 – 7 år etter terapien; 56.7 % sier at de har unngått å bruke vold der hvor de tidligere har brukt vold. Av disse svarer 24.3% at de har unngått å bruke vold minst 10 ganger eller mer. (spm 3)
- 62.9 % lever fortsatt sammen med den samme partneren 4 – 7 år etter terapien, 78.4 % sier at de har et fast forhold da undersøkelsen ble gjennomført, mens 21.6 ikke hadde partner på dette tidspunktet (spm 5, 6 og 7)

Tabell 14: Respondentenes bruk av de manualiserte intervensjonene i SBM, 4-7 år etter avsluttet terapi (n=37).

Hvor mye har du brukt strategiene fra SBM ?	Ingen x	1 gang	2 – 5 x	6 – 10 x	Over 10x	Vet ikke
Sinnesirkele	27 %	5.4%	18.9 %	5.4%	32.4%	10.8%
”Time out”	13.5%	2.7 %	8.1 %	24.3 %	45.9 %	5.4 %
Kjenne igjen Kroppssymptomer	8.1 %	0 %	18.9 %	10.8 %	56.8 %	5.4 %
Kjenne igjen Negative tanker	8.6 %	2.9 %	17.1 %	14.3 %	48.6 %	8.6 %
Stoppe opp og kontrollere tankene	13.5 %	2.7 %	16.2 %	13.5 %	51.4 %	2.7 %
Ny indre tolkning	16.2 %	0 %	13.5 %	10.8 %	45.9 %	13.5 %
Vurdere mine levereregeler	18.9 %	5.4%	8.1 %	10.8 %	43.2 %	13.5 %
Tåle krenkelse	8.1 %	5.4 %	18.9 %	8.1 %	45.9 %	13.5%
Snakke m/ partner	10.8 %	5.4 %	13.5 %	21.6 %	45.9 %	2.7 %
Aktiv lytting	8.1 %	5.4 %	13.5 %	13.5 %	54.1 %	5.4%
Selvtillit uten vold	18.9 %	2.7%	16.2%	10.8%	40.5 %	10.8%

Tabell 15: Sammenhengen mellom bruk av sinnemestringsstrategier og nedgang i fysisk vold og nedgang i psykisk vold (n=37)

Correlations

		nedgang_fysvold	bruk_sinnemestri ng strategi	nedgang_psykvo ld
nedgang_fysvold	Pearson Correlation	1.000	-.064	.786**
	Sig. (2-tailed)		.705	.000
	N	37.000	37	37
bruk_sinnemestri strategi	Pearson Correlation	-.064	1.000	.143
	Sig. (2-tailed)	.705		.398
	N	37	37.000	37
nedgang_psykvold	Pearson Correlation	.786**	.143	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.398	
	N	37	37	37.000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Det er en signifikant samvariasjon i nedgang av fysisk og psykisk vold, men ikke mellom bruk av sinnemestringsstrategier og nedgang i vold.

4.7 Kvalitative data

Sammendrag på åpne spørsmål (spm; 18 – 22) for de respondentene som fortsatt brukte vold (n= 11)

Svarene ble sammenholdt og kategorisert etter tema, og er presentert nedenfor:

Konsekvenser av barns vitne til vold i hjemmet:

Alle respondentene i denne gruppen mente barna reagerte negativt på deres voldelige atferd ved å begynne å gråte, bli urolig og usikre, og trekke seg unna. Barna ble også beskrevet som bekymrede og at de reagerte med skuffelse over respondentens voldelige atferd.

Årsakene til respondentenes fortsatt voldelige atferd:

Opplevelse av krenkelse fremkom som en sterk bidragsfaktor til fortsatt voldelig atferd. Krenkelse ble beskrevet som opplevelse av å bli rasket ned på eller ikke forstått, vansker med å tåle kritikk fra andre, sårbar, hyppig følelse av mislykkethet og å bli urettferdig behandlet.

Det å ha blitt slått selv av foreldre i oppveksten fremkom som en forklaring på egen voldsatferd. Det å ha vært offer for vold selv hadde for noen resultert i lav selvfølelse, følelse av å skamme seg over seg selv. Sjalousi fremkom også som årsaksfaktor.

Lav impuls kontroll, frustrasjonsterskel og humørsvingninger ble beskrevet som problematisk når det gjaldt å slutte med vold. Nedsatt toleranse for stress og høye lyder likeså.

Voldens konsekvenser for partner:

Det fremkom at volden hadde ført til at partner hadde problemer med å stole på dem, at de var redde, stresse, opplevde at de hadde lav egenverdi. Partner kunne også ha utviklet sinne og voldelig atferd selv mot respondenten.

Voldens konsekvenser for voldsutøver:

Egen bruk av vold hadde ført til flere samlivsbrudd, skyldfølelse og anger.

Trenger fortsatt behandling/ hjelp for sinneproblem:

Et flertall i denne gruppen opplevde at de fortsatt hadde behov for hjelp for sin voldelige atferd. Flere hadde lært måter å håndtere eget sinne på, men hadde likevel ”tilbakefall”.

4.8 Demografiske data i forhold til normalbefolkningen.

Alle deltakerne i denne studien hadde vært i et samlivsforhold i løpet av det siste året, ved første innregistrering i CTS (n = 71).

Tabell 16: Utdanningsnivå for deltakere i SBM, i forhold til normalbefolkningen (n=71).

	Grunnskole	Videregående	Høgskole	Universitet	
Deltakere ved SBM	9.9 %	69.0 %	12.7 %	8.5 %	
SSB Menn (alder 40 – 49 år)*	23.8 %	47.1%	19.8 %	9.4 %	

* SSB 2008

Tabell 17: Inntekt for deltakere i SBM, i forhold til normalbefolkningen (n= 71) .

	100-200	200-300	300 -400	Over 400.000
Inntekt siste år (2002-2005)	15.5%	35.2%	35.2%	14.1%

SSB: Lønn for normalårsverk 2002: 320.310, 2005: 360.750

5. DISKUSJON

I dette kapitlet vil de sentrale funn fra studien bli oppsummert, tolket og diskutert. Det vil også rettes et kritisk blikk på om valget av metode fanger opp de svarene man er ute etter i studien og om hvilke hensyn som er tatt ift ekstern validitet og representativitet. Funnene vil bli satt opp mot andre undersøkelser av kognitiv behandling av voldsutøvere i nære relasjoner, problematisert, og det vil bli vurdert evt samvariasjoner og årsakssammenhenger. I dette kapitlet vil det også bli sett nærmere på de faktorene de deltakerne som ikke opplevde endring etter terapien beskriver. Tilslutt i kapittel 5, diskuteres hva slags betydning resultatene av studien vil kunne ha fremover.

Det vises også til funn i CTS, hvor voldsutøvere i dette studiet blir sammenlignet med andre studier av normalbefolkningen når det gjelder å være vitne til eller utsatt for vold.

5.0 Om valget av metode

En kvantitativ undersøkelse kjennetegnes først og fremst ved at forskningsmetodene befatter seg med tall, omfang og det som er målbart, kvantifiserbart. Ved denne studien ble det vurdert slik at for å besvare problemstillingen vil nettopp systematisk opptelling av data være den mest relevante metoden.

Det kan imidlertid rettes kritikk mot ensidig bruk av kvantitativ metode, da dette kan medføre at viktige aspekter ved de fenomener man studerer ikke kommer med. Dette problemet kan man møte på i denne studien i forbindelse med spørsmålet om hvilke situasjoner deltakerne mestrer bruk av mestringsstrategiene, og når de ikke mestrer dette. Data kan styrkes ved at kvantitative metoder blir brukt sammen med kvalitative metoder i undersøkelser. Ved å bruke kvalitative metoder blir det ofte mulig å forstå meningen med tallene fra kvantitative metoder, og ved å bruke kvantitative metoder er det mulig å være mer presis og lettere å etterprøve de kvalitative resultatene. Spørsmål om hvordan partneren opplever endringene ville også styrket nettopp dette. Dette gjelder også for denne oppgaven, noe som vil bli belyst i andre underkapitler i denne delen. Kvalitative(tekstlige) og kvantitative(mengdestyrte) data kombineres ofte i forskningsarbeid og blir omtalt som triangulering (Thagaard,2003)

5.1 Om studiens eksterne validitet

I et langtids effektstudie kan det være utenforstående faktorer som er med og påvirker endring, - i dette tilfellet voldsutøvers endring i sinne og voldsatferd. Har deltakeren mottatt annen behandling etter avsluttet terapi ved SBM , - har han valgt å leve alene, eller funnet ny partner, er variabler som kan ha en slik påvirkning.

I spørreskjemaet er det derfor tatt med variabler som kan være med på å styrke studiens eksterne validitet ut i fra om respondenten har gjort endringer i sin livssituasjon. Det at 8 av 10 hadde et fast forhold da den siste spørreundersøkelsen ble gjort vil si at respondentene fortsatt har mulighet til å kunne utøve vold i nær relasjon. 62.9 % lever fortsatt med samme partner som da de gikk i SBM for 4 -7 år siden, og lever da i den samme risikosituasjonen for å kunne få aktivert negative levereregler og tankemønster. Det at deltakerne fortsatt lever i parforhold styrker også undersøkelsen da den enkeltes livssituasjonen på dette området er sammenlignbare ved første og andre gangs datasamling.

5.1.2 Om dataenes representativitet

Ut i fra de demografiske data har flere av deltakerne i undersøkelsen (n=71) til sammenlikning med normalbefolkningen, fullført videregående skole. Når det gjelder høgskoleutdanning, er det i denne studien færre som har fullført i sammenlikning med normalbefolkningen, mens det er tilnærmet likt når det gjelder universitetsutdannede.

Inntektsmessig ligger gruppen i gjennomsnitt litt lavere enn lønn for normalårsverk, men det er liten forskjell. Ved å sammenligne respondenter og ikke respondenter var det små forskjeller på alder, utdanning og inntekt. Disse tallene gjenspeiler at voldsutøvende menn er en del av normalbefolkningen, med normal utdanning og inntekt.

Det var heller ingen signifikante forskjeller på frekvens av utøvd vold før terapien, mellom gruppen som svarte og gruppen som ikke svarte i undersøkelsen.

5.2. Om hovedfunn

Denne studien viser at 30 timer med CBT i gruppe medfører en signifikant nedgang i den egenrapporterte sinne og voldsutøvelsen 4 – 7 år etter behandlingsslutt. Data ble først målt ut i fra respondentenes totale voldsfrekvens men også på individnivå for å kunne sammenligne effekten hos hver enkelt deltaker. Dette er mulig da respondentene ikke er anonyme.

26 respondenter hadde ingen fysisk voldsbruk 4-7 år etter behandling, mens 6 hadde dempet voldsbruk og 5 var uforandret eller verre.

21 respondenter hadde ingen psykisk voldsbruk 4- 7 år etter behandling, mens 10 hadde dempet psykisk vold, og 4 var uforandret eller verre.

Det vil med andre ord si at SBM er et effektivt behandlingsprogram for voldsutøvere i Norge, og at effekten er langvarig.

Denne studien viser også en signifikant samvariasjon i nedgang av fysisk og psykisk vold, noe som kan bety at det er hensiktsmessig å fokusere på begge typer vold i behandlingen.

At nedgangen i fysisk vold er mest markant kan skyldes at SBM fokuserer mye på den mest alvorlige voldsatferden, og at det er disse situasjonene som i hovedsak blir analysert etter ABC modellen i gruppeterapien.

Selv om man også finner en signifikant nedgang i bruken av psykisk vold, viser resultatene at dette fortsatt forekommer hos 40 % av respondentene. Disse dataene bør evalueres ift programmanualen for å se om den psykiske volden blir godt nok belyst i behandlingen. Her kunne et kvalitativt intervju med respondentene få frem flere faktorer som kunne si noe om omstendighetene rundt voldsepisodene.

Dahlen og Deffenbacher (2000), og Beck og Fernandez (1998) fant også signifikant nedgang i sinne i sin undersøkelse av behandling med kognitiv terapi. Disse undersøkelsene støtter altså de positive resultatene av den kognitive behandlingsmodell ift behandling av sinne og vold.

I de kognitive behandlingsprogrammene som var spesielt rettet mot vold i nære relasjoner varierte funnene imidlertid fra liten eller ingen effekt (Gondolf og Jones 2001, 2002, Smedslund m.fl 2007). Babcock m.fl (2004) fant også ubetydelig effekt, og fant ingen forskjell på behandlingseffekten mellom Duluth modellen og CBT.

Ved å utforske nærmere hvilke forskjeller som ligger til grunn for disse, - i utgangspunktet likt teoretisk forankrede modellene, ser man at Smedlund m.fl (2007) i sin undersøkelse har sett på behandlingseffekten på personer som er dømt til terapi. Ved at deltakerne blir pålagt å gjennomføre terapiprogram, kan man spørre om motivasjonen og viljen til å endre seg, er den samme som hos menn som frivillig oppsøker et hjelpetilbud.

Denne master-studien skiller seg ut fra de nevnte studiene hvor deltakerne er dømt til behandling (Smedlund m.fl 2007). De som melder seg frivillig har sannsynligvis erkjent at de har et problem som krever behandling, dette i seg selv kan motivere for en mer effektiv behandling. Dette er faktorer som kan utgjøre store forskjeller på resultatene, der nyansene kunne utforskes nærmere ved for eksempel hjelp av kvalitative metoder. En videre forskning på hvilke faktorer i behandlingen som utgjør de store forskjellene, kan være verdifullt, særlig i forbindelse med at politiske føringer tilsier satsning på disse modellene også i behandling av dømte personer.

I denne studien svarer 88.7 % at de innser at de trenger hjelp, og 9 av 10 menn erkjenner at partneren har blitt redd når de viser sinneatferd. 8 av 10 menn svarer også bekreftende på at "hun har grunn til å være redd". Slike erkjennelser kan tyde på viktig egenrefleksjon i forhold til å forstå at egen atferd kan virke skremmende på partneren, og spesielt at deltakerne selv mener at redselen er reell. Slike erkjennelser vil kunne gjøre en person mer veiledbar og deltakende i sin endringsprosess. I følge Beck (1979) tar CBT utgangspunkt i menneskers tolkninger og skal kunne hjelpe deltakeren til å erkjenne ødeleggende antakelser.

5.3 Om de sekundære funnene

I teoridelen på SBM vises det til Beck`s (1999) kognitive sårbarhets teori, og til Youngs leveregelskjemaer (2003). I CTS svarer deltakerne på spørsmål som handler om krenkelser mot dem selv i løpet av barndom og oppvekst. Dette kan betraktes som sentralt i utviklingen av den enkeltes leveregler og sårbarhet.(Young, J. E. & Klosko, J. S. 1993)

I CTS skjemaet i denne studien (n=71) svarer 38.0 % at de var vitne til vold som barn, og 39.4 % svarer at de selv ble utsatt for vold som barn. Dette er faktorer som kan ha påvirket den personlighetsmessige utviklingen, og bidratt til egen voldsutøvelse.

Det er også verdt å nevne at deltakerne som hadde anledning til å svare på åpne spørsmål i denne studien selv årsaksforklarer sin atferd bl. a ut i fra voldsopplevelser i barndommen.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) gjorde sammen med folkehelseinstituttet (FHI) en studie av 15 og 16 åringer i 10 klassetrinn (Schoub, Dyb og Graff- Iversen 2007). Studien fokuserte spesielt på vold og overgrep mot barn og unge i Oslo kommune, men har også data fra seks andre fylker. 3.9 % svarte at de var utsatt for vold fra voksne.

I NOVAS studie (NOVA Rapport 20 / 07 Mossige & Stefansen) ble det eksplisitt spurt om vold fra mor og / eller far fra de var 13 år og frem til 18 – 19 års alder. 16 % av de spurte ungdommene i Oslo svarte at de hadde opplevd fysisk vold fra mor, mens 11 % hadde opplevd fysisk vold fra far i løpet av tenårene. De tilsvarende prosentandelene for ungdom utenfor Oslo var 10 % og 8 %.

NOVAS studie (2007) viser at mange av ungdommene i Norge hadde opplevd verbale krenkelser fra foreldrene. Halvparten hadde opplevd dette fra far, og rundt 60 % hadde opplevd dette fra mor.

I NOVA undersøkelsen spørres det også om tenåringene har vært vitne til partnervold i hjemmet .Her er data samlet ved å bruke en spørrevariant av CTS for å se på ulike grader av fysisk og psykisk vold som tenåringene har opplevd i hjemmet.

Hver tiende ungdom oppga at de hadde sett eller hørt minst en av foreldrene bli utsatt for vold i løpet av oppveksten, av dette oppgir nærmere 6 % at de hadde vært vitne til grov vold. (NOVA Rapport 20 / 07)

Hele 50.7 % av deltakerne i denne studien (n= 71) rapporterer at de ble utsatt for mobbing i oppveksten. Ved å se på normalbefolkningen i en undersøkelse fra Statistisk Sentralbyrå (2007) som refererer til Tikkanen og Junge (2004) vises langt lavere tall med at 5% av elever på barneskolen, 4 – 5 % på ungdomsskolen og 3% på VGS , som rapporterer at de ble utsatt for mobbing.

I forhold til funnene i denne studien om SBM (n=71) ligger prosenttallene for voldsutøvende menn langt høyere enn hva de overstående studiene viser fra normalbefolkningen, når det gjelder å ha blitt utsatt for vold som barn, vitne til vold som barn, og ikke minst utsatt for mobbing i oppveksten. Dette kan ut fra en kognitiv terapeutisk forståelse være

sårbarhetsfaktorer som bidrar til utvikling av negative levereregler, og som igjen har betydning for opplevelsen av å bli krenket eller avvist i nære relasjoner. Dette er funn som samsvarer med Shupe m.fl (1987) som peker på sammenhengen mellom det å være utsatt for overgrep i barndommen og personlighetstrekk som avhengighet og hjelpsløshet. Disse personlighetstrekkene kan iflg Shupe medføre kontrollerende og voldelig atferd mot partneren.

5.3.1 Om funn i studien av samfunnsinteresse

Alle deltakerne i denne studien har ved innregistreringen CTS (n = 71), brukt enten fysisk eller psykisk vold (eller begge deler) mot partneren i løpet av siste året før terapistart.. 21.1 % av mennene svarer at de i løpet av livet har blitt anmeldt for vold mot partner, mens 12.7 % av disse ble dømt og fikk straff. Dette er tall som samsvarer med NIBR-rapporten (2005) hvor 9.3 % av kvinner over 15 år har vært utsatt for grov vold i et livstidsperspektiv. Dette at kun 8 av 10 voldsutøvere blir anmeldt kan tyde på at det gjelder den groveste volden, og at de voldsutsatte ikke anmelder ” den lettere volden”. Disse tallene antyder at det er ca 80 % av volden i nære relasjoner som ikke blir anmeldt. Dette kan igjen tyde på at det er mer partnervold i Norge enn hva tallene i NIBR- rapporten viser.

Ved å se nærmere på de demografiske forholdene og årsakssammenhenger, viser altså tallene i denne undersøkelsen at deltakerne er en del av normalbefolkningen når det gjelder normal utdanning og inntekt. Undersøkelser som er gjort fra andre land viser imidlertid at vold ikke er fordelt jevnt i befolkningen. Stein m.fl.(2003) viser f.eks til at forekomsten av vold er høyere i områder preget av arbeidsledighet, fattigdom, lav inntekt, lav utdanning og lav utdannelse. Brown Cohen et al. (1998) Berger (2004) May- Chahal and Cawson (2005) har også gjort undersøkelser som viser at vold forekommer oftere i familier med lav inntekt, lav utdanning og arbeidsledighet. Sammenhenger mellom vold og sosioøkonomiske forhold som for eksempel inntekt og utdanning er også funnet i norske studier. Stene (2003,) Pape og Stefansen (2004,) Haaland, Clausen et al. (2005) har gjort undersøkelser som finner klare sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og vold.

Man kan ut fra denne studiens funn (SBM) og øvrige undersøkelser stille spørsmål om denne forskjellen har å gjøre med hvem som velger å søke hjelp for problemene, da de øvrige undersøkelsene først og fremst baserer seg på ubehandlede voldsutøvere generelt.

Det kan altså se ut som at menn med relativt dårligere sosioøkonomiske levekår ikke i stor nok grad søker hjelp gjennom SBM. Det er derfor av en viss betydning at behandlingsprogrammet ser nærmere på dette og prøver å finne metoder og måter å fange opp også denne gruppen av menn som begår vold i nære relasjoner.

5.4 Tolkning av CBT intervensjonens effekt i SBM.

Ved å sammenligne mennenes sinnefølelse 4 – 7 år etter terapien, svarer 7 av 10 menn at de fortsatt kjenner på sinnefølelsen, men at bruk av voldsatferd målt med CTS har en signifikant reduksjon. Dette belyser at terapien ikke fjerner sinne som en følelse, men lærer personen å kontrollere sinnefølelsen. I likhet med Novaco (2010) og Beck (1976) bygger også SBM på at sinnefølelsen er en del av menneskets naturlige følelsesrepertoar.

Er det mulig å plukke ut intervensjoner i terapien som er mer virksomme enn andre?

Var det slik at menn som ikke brukte vold etter terapien også i større grad brukte mestringsteknikkene i SBM? I denne undersøkelsen er det ingen samvariasjon mellom voldsbruk og bruk av mestringsstrategier. Dette betyr at menn som fortsatt bruker vold også bruker mestringsstrategiene, uten at de klarer å kontrollere sitt sinne hele tiden. På den annen side viser resultatene at deltakerne i stor grad benytter de manualiserte strategiene og det er jevnt over høy skåre på å bruke mestringsstrategiene.

SBM inneholder en psykoedukativ del hvor mennene lærer om rasjonalen i ABC modellen og sinnesirkelen, og en terapidel som går nærmere inn på eventuelle leveregler som kan ligge til grunn for sårbarheten. Denne tilnærmingen kan antas å virke selvutviklende og vil også logisk sett kunne hjelpe deltakeren til å ta problemet ” ved roten” i større grad enn om deltakeren ikke kjente til de mulige sammenhengene mellom sårbarhet, tolkning og atferd. Dette er sentrale elementer i CBT (Ellis, 1962, Beck, 1999, 1979).

Å holde full åpenhet om teoretisk forståelse av problemet, vil også kunne prege deltakernes motivasjon og opplevelse av faktisk deltakelse i egen behandling. At man i tillegg lærer teorien videre til deltakeren istandsetter deltakeren til å forstå seg selv og sine handlinger på nye måter. I SBM baseres alt på CBT, fra spørsmålsformuleringer, - innlæring av modellen,

utprøving av atferd , - til bruk av grunnleggende leveregler for selvforståelse. Alle elementene i SBM er bygget opp på CBT teorien i motsetning til studiene i forskningsoversikten (Smedslund m.fl 2007), som i tillegg inneholdt elementer av Duluth Modellen. Duluth Modellen reflekterer at menn bruker vold som strategi for å få makt og kontroll over partneren, noe som kan gjenspeiles i den terapeutiske holdningen fra terapeut til deltaker. Dette kan føre til en moralistisk holdning fra terapeutenes side, i motsetning til CBT hvor den terapeutiske holdningen er basert på en forståelse av deltakerens sårbarhet.

Den psykoedukative delen av tilnærmingen i SBM tar hovedsakelig for seg den kognitiv terapeutiske rasjonalen, - ABC-modellen, og levereglenes forbindelse med tolkning av situasjoner. Dette regnes i SBM som et sentralt forståelsesgrunnlag når man skal endre atferd. En slik pedagogisk tilnærming fordrer både aktive veiledere, en oversiktlig manual og at mottakeren har relativt stabil oppmerksomhetskapasitet. Grupper vil naturlig nok bestå av enkeltindivider med ujevn oppmerksomhetskapasitet, som ellers i samfunnet. I undersøkelsens åpne spørsmålsdel årsaksforklarer de deltakerne som ikke opplevde endring i egen voldsutøvelse sin manglende effekt med lav impuls kontroll, - lav frustrasjonsterskel, - nedsatt toleranse og distraherbarhet (ift lyd), samt humørsvingninger. Dette blir nærmere beskrevet underkapittel 5.4.1 . Disse faktorene er også sentrale som kriterier i diagnoser innenfor ”oppmerksomhetsvansker,” ICD-10 F 90-91. Dette er også trekk som, enten alene eller som del av en diagnose innenfor denne kategorien, trolig vil kunne ha betydning for innlæringskapasitet (Thomsen & Damm 2007). SBM tar pr i dag ikke høyde for slike evt tilretteleggingsbehov i terapien. Erfaringsmessig viderehenvises også en del av deltakerne til utredning med mistanke om denne type diagnose. Denne erfaringen er imidlertid ikke en del av denne studien.

Dersom dette skulle vise seg, via videre undersøkelser, å være et aktuelt aspekt ved effekten av SBM, kan det være nyttig å ta med i betraktningen når man ser videre på utbedring av tilbudet. Dersom en større del av deltakerne viser seg å ha medfødte oppmerksomhetsvansker og impuls kontrollvansker, vil dette kunne svekke effekten av terapien, særlig den psykoedukative delen, men også den gruppeterapeutiske siden av den.

På den annen side viser denne studien at alle deltakerne bruker de gjennomgåtte mestringsstrategiene. Det vil kunne si at innlæring av strategiene er mottatt, uavhengig av evt oppmerksomhetsvansker.

Landenberger & Lipsey (2005) fant at det ikke var spesifikke program i seg selv som hadde best effekt, men at det sentrale ift effekt var det generelle CBT innholdet i terapien. En viktig strategi i SBM er deltakerens utforskning av sinneproblemet i felleskap med gruppa, der terapeutene bruker sokratiske spørreteknikk. Slik utforskning fordrer et samarbeidende fellesskap.

Disse CBT strategiene vil også gjenspeile klimaet i gruppen, og ha betydning for både gruppeprosessen og deltakernes motivasjon til endring. Burlingham (2004) og Yalom (1995) viser til komponenter i terapien hvor CBT intervensjonene samspiller med gruppeprosessen. Den manualiserte CBT i SBM kvalitetssikrer at gruppebehandlingen har en klar kognitiv terapeutisk profil, og effekten i SBM dermed direkte skyldes CBT intervensjonene.

5.4.1 Respondenter som rapporterte ingen endring.

Ut i fra de data som foreligger fra undersøkelsen er det vanskelig å finne likhetstrekk mellom de deltakerne som fortsetter å bruke vold etter terapien er avsluttet. Respondentene som svarer her viser at volden utøves både i edru og beruset tilstand i 51.7 % av tilfellene, mens 14.3 % svarer at de aldri bruker vold i edru tilstand . Rus kan være et tileggsproblem for de som fortsatt bruker vold, men dette kan ikke bekreftes av data fra denne studien og er et tema som må belyses grundigere.

Data fra studien viser at 11.3 % ikke hadde innsett at de trengte hjelp for sitt sinneproblem. Disse kan ha følt seg presset av partner, barnevern eller andre til å delta i SBM, og kan derfor mangle tilstrekkelig motivasjon. Dette kommer imidlertid ikke frem av data fra studien. Det kunne vært interessant å se nærmere på om det er felles trekk eller mønstre i disse tilfellene, enten for å evt bedre ivareta de deltakerne som nå ikke har effekt, men også for å se om annen terapi kan være bedre egnet for enkelte.

Gjennom de åpne spørsmålene kommer det frem at mennene er klar over at barna lider ved å være vitne til vold, De fleste ser også de konsekvensene det har for partneren.

Mennene årsaksforklarer opplevelse av krenkelse som en sterk bidragsfaktor til fortsatt voldelig atferd. Krenkelse ble beskrevet som opplevelse av å bli rasket ned på eller ikke forstått, vansker med å tåle kritikk fra andre, sårbar, hyppig følelse av mislykkethet og å bli urettferdig behandlet.

Det å ha blitt slått selv av foreldre i oppveksten fremkom som en forklaring på egen voldsatferd. Det fremkom fra de det gjaldt at det å ha vært offer for vold selv, resulterte i lav selvfølelse, følelse av å skamme seg over seg selv.

Lav impuls kontroll, frustrasjonsterskel og humørsvingninger ble beskrevet som problematisk når det gjaldt å slutte med vold. Nedsatt toleranse for stress og høye lyder likeså.

Janski, J.L og Williams.L.M (1998) viser til risikofaktorer knyttet til personligheten for menn som er voldelige i parforhold. Her vises blant annet til emosjonell avhengighet, lav selvtillit, lav impuls kontroll, aggressiv, narcissistisk og antisosial personlighet. Når det gjelder personlighetsmessige faktorer og psykiske lidelser, i forbindelse med dette studiet, fant det ikke på undersøkende tidspunkt (årene 1998 – 2007) sted noen diagnostiske vurderinger av deltakerne. Tilbudet var da et såkalt lavterskeltilbud. Eksklusjonskriteriene gjaldt alvorlige psykiske lidelser, slik at personer med personlighetsforstyrrelser av moderat grad kan finnes blant deltakerne i undersøkelsen.

I dag slås det fast at SBM ikke er beregnet for personer med for stor grad av personlighetsforstyrrelser, slik at tilbudet ikke har noen forventet effekt for denne gruppen.

5.5 Denne studien om(SBM), sammenlignet med studiene i forskningsoversikten (Smedslund m fl.2007)

En gjennomgang av forskningsoversikten viser at det har vært få randomiserte evalueringer av kognitiv terapi i forhold til menn som er voldelige mot partneren. Det vises til 6 studier fra USA med relativt få deltakere slik at forfatterne ikke kunne bruke meta-regressjon. Artikkelforfatterne (Smedslund mfl 2007) ville gjennom sin studie vise til målbar endring i atferd, men viser til at flere av behandlingsprogrammene inneholdt mer om holdninger og nylæring , og ikke fokuserte så mye på atferdsendring.

Da programmene har forskjellig innhold av CBT, samt manglende beskrivelse av innholdet i terapien, er det vanskelig å kunne si hvilke terapeutiske intervensjoner som forhindrer vold.

Terapien i disse undersøkelsene kan være individuell, parterapi eller gruppeterapi, og dette er også faktorer som kan påvirke effekten. Datainnsamlingen skjedde også på ulike måter gjennom selvrapportering, spørreskjema eller juridiske rapporter.

Forfatterne (Smedslund mfl 2007) sier også at den metodologiske kvaliteten i studiene var lav, og at kravene til randomisering var uklare eller ikke tilfredsstillende. Det at studiene også kun fokuserer på fysisk vold betyr at bruk av følelsesmessig/ psykisk vold fortsatt kan finne sted .Det kan også være vanskelig å få opplysninger om ny voldelig atferd gjennom rettsapparatet, da det er vold som ikke blir rapportert av politiet.

Denne studien om SBM, gjorde en randomisering av respondentene, hvor alle hadde gjennomført behandlingen, og registrerte voldsfrekvensen i CTS.. Den psykiske volden ble også registrert i motsetning til de refererte studier i forskningsoversikten (Smedslund m.fl), og gir dermed en bedre beskrivelse av den totale volden som kvinner utsettes for. Det er i likhet med Smedlundm.fl., ikke søkt om tillatelse til å kontrollere respondentene opp i mot strafferegisteret, noe som følgelig også kan svekke sannhetsgehalten i svarene hos deltakerne i denne studien om SBM..

Smedslund m.fl (2007) tar også opp at det er mange som dropper ut av behandlingen og at disse ikke er nok motivert for å endre sin voldsatferd. Denne faktoren er muligens den viktigste forskjellen på disse to studiene hvor grad av motivasjon, frivillighet og gjennomføring av programmet er fast forankret i denne studien (SBM)

5.6 SBM som en del av regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner.

SBM har først og fremst en viktig samfunnsmessig funksjon ved å gi voldsutøver terapi slik at volden mot partneren opphører. SBM utdanner også terapeuter og gir veiledning nasjonalt jmf handlingsplanen (2004, 2008)

Denne studien viser at behandlingsmodellen har god effekt på menn som frivillig ønsker hjelp til sitt sinne og voldsproblem. I denne studien finnes også sekundære funn som at halvparten av deltakerne i SBM selv har vært vitne til eller utsatt for vold i sin oppvekst. Dette vil dermed også kunne være argumenter for videre satsning på den type behandling som SBM representerer, i fremtiden, med tanke på å forebygge den negative voldsspiralen hos kommende generasjoner.

At flere kvinner og barn gjennom denne behandlingen kan reddes fra både farlige og destruktive opplevelser og erfaringer i framtiden, tilsier at SBM har en viktig samfunnsposisjon både ift menneskerettigheter, den moralske samfunnsutvikling, samarbeid med andre sentrale hjelpeinstanser, og ift den enkelte voldsutøvers egenverd og fremtid.

Til tross for de positive resultatene, og den betydning SBM har på voldsutøverne og deres familier, er det allikevel forhold som det gjenstår å se nærmere på for fremtiden. Gjennom videreutvikling og forbedring av tilbudet vil man også kunne nå flere målgrupper.

Eksempelvis er det pr i dag også utviklet en gruppebehandling for kvinner ut fra samme konsept ved Brøset, samt en egen SBM- manual spesielt tilpasset for kriminalomsorgen.(Akkreditert 2009).

Det at modellen ikke krever spesialister som psykiatere eller psykologspesialister vil kunne ha betydning for at flere instanser kan starte terapi-grupper innenfor tjenester som møter vold i nære relasjoner, for eksempel familievernkontor.

For å gi godkjent behandling etter SBM, stilles det krav om gjennomføring av et utdanningsprogram som inkluderer grunnleggende opplæring i kognitiv terapi i samarbeide med Norsk Forening for Kognitiv Terapi(NFKT) og Brøsetmodellen. Helsedirektoratet har bedt Brøset om å gjennomføre den nasjonale implementeringen og gitt økonomisk støtte. Pr i dag er det 120 utdannede sinnemestringsterapeuter. (www.sinnemestring.no)

6. KONKLUSJON

Denne studien viser at effekt- og prosessforskningen på dette feltet er mangelfull både i Norge og utlandet. Det foreligger ingen tidligere studier av voldsprogrammer som inkluderer prosessmål, det vil si studier som er designet slik at man kan vurdere om endringer spesifikt kan tilskrives intervensjonene i behandlingsprogrammet.

Denne studien av SBM viser at mennene rapporterer svært mye bruk av manualiserte intervensjoner for å redusere egen voldsatferd, som kan tilskrives intervensjonene i SBM. En signifikant reduksjon av selvrapportert voldsatferd som konsekvens av behandlingen, styrker muligheten for at manualisert kognitiv terapi har effekt på den voldutøvende part i nære relasjoner. Det at studien påviser en tydelig langtidseffekt etter 4 – 7 år styrker kvaliteten på behandlingsmodellen.

Data i denne studien ble basert på effektmål ut i fra den utvidede utgaven av CTS, og denne metoden viste seg å gi relevante svar på endring i sinne og voldsatferd hos den voldsutøvende part i nære relasjoner. Resultatene bør derfor forskes videre på, og gjerne da i større skala etter kriteriene for randomiserte studier og en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. Det bør også søkes REK og NSD om å kunne få komparent opplysninger om voldsbruken fra partnerens side, da dette vil styrke et slikt studie.

Resultatene i denne undersøkelsen er viktig på ulike nivåer i samfunnet.

De politiske myndigheter ønsker flere behandlingstilbud som er effektive, og forskning kan derfor gi rammer for videre drift. Gjennom ”Vendepunkt 2008 - 2011” satses det på SBM også i forhold til nasjonal implementering, og her er effekt et nøkkelord.

Funnene i denne studien gjør at fagfolk innen helse og sosialsektoren som jobber med voldsutøvere kan argumentere for å utdanne seg og drive terapigrupper etter SBM.

Det er også viktig å publisere disse funnene i media, slik at flere kan bli kjent med at det er mulig å få hjelp i forhold til vold i nære relasjoner.

7. LITTERATURLISTE:

Askeland IR, Evang A, Heir T. Association of violence against partner and former victim experiences: A sample of clients voluntarily attending therapy. *Journal of Interpersonal Violence* (in press).

Babcock, J., Green, C.E., & Robie, C. (2004) Does batterers' treatment work? A metaanalytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053

Bandura, A.(1983). Psychological mechanisms in aggression. In R. Geen& E.Donnerstein(Red),Aggression : Theoretical and empirical reviews (pp. 1-40). New York : Academic Press.

Balvig, F./Rigspolitichefen (1998). Vold på Gaden, I hjemmet og på arbejdet. Oversigt over resultater fra voldsofferundersøgelsen.

Beck, A.T. (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1999). Prisoners of hate, the cognitive basis of anger, hostility, and violence. New York: Harper Collins Publishers.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press.

Beck, A.T.,& Young,J.E. (1985). Cognitive therapy of depression. In D.Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual. New York . Guilford Press.

Beck, J. S.(1995) Cognitive therapy: basics and beyond. London: Guilford Press.

- Beck, R. & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy, in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63–74.
- Berge, T. & Repål, A. (2004). Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berkowitz, L.(1993). Aggression: Its causes, consequences, and control. New york: McGraw-Hill.
- Bieling P.J, McCabe.R.E & Antony. M..M (2006) Cognitive Behavioral Therapy in Groups New York: The Guilford Press
- Breslau, N (2002) „Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder“ J Gend Specif Med 5
- Brown,J. P.Cohen, m.fl(1998).“ A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17 –year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect.“ *Child Abuse & Neglect* 22(11): 1065- 1078.
- Brown, NW.(2004). Psychoeducational groups. Process and Practice (Second Edition). New York: Taylor & Francis.
- Brøsetmodellen.(www.sinnemestring.no) Divisjon Psykisk Helsevern Avdeling Brøset, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.
- Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R., & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. j. Lambert, A.E. Bergin, & S. L. Garfield(Eds.),Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behaviorchange. New York. Wiley.
- Christensen, E. & Koch-Nilsen, I.(1991): Vold ude og hjemme. En undersøgelse af fysisk vold mod kvinder og mænd: København, 4.

- Dahlen, E. R. & Deffenbacher, J. L. (2000). A partial component-analysis of Beck's cognitive therapy for the treatment of general anger. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 14, 77–95.
- Dowrick C, Blum N, Pfohl B.(2008). Educational interventions. In Tyrer P, Silk KR (red) Effective treatments in psychiatry. USA; Cambridge University.
- Dutton, D. G., Corvo, K. (2006). Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practise. *Aggression and Violent Behaviour*. 11, 457 - 483.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
- Feshbach,S.(1971). Dynamics and morality of violence and aggression. *American Psychologist*, 26, 281- 292.
- Field, A. (2009) Discovering statistics using SPSS , third edition. SAGE Publications Ltd, London
- Free M.L (2007) Cognitive Therapy in Groups.. Guidelines and Resources for Practice. England : John Wiley & Sons Ltd.
- Gondolf, E. & Hanneken, J. (1987). "The Gender Warrior: Reformed Batterers on Abuse, Treatment, and Change." *Journal of Family Violence*. 2:177-191.
- Gondolf, E.W. (2002) Batterer intervention systems, issues, outcomes and recommendations. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Gondolf, E.W. (2004). Evaluating batterer counselling programs: a difficult task showing some effects and implications. *Aggression and violent behaviour*. 9 (2004) 605-631)
- Handlingsplanen Vold i nære relasjoner (2004) 2004- 2007. Justis og politidepartementet www.regjeringen.no

- Haugan, S. G. & Jarwson, S. (2005). Kognitiv terapi ved vold og aggresjon. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 6 (1), 4–9.
- Haugan, G. S. & Nøttestad, J. A. (2002). Behandlingsprosessen og mennenes utvikling evaluert av mennene og de kvinnene som er utsatt for volden. I: M. Råkil (red.), *Menns vold mot kvinner – behandlingserfaringer og kunnskapsstatus* (129–145). Oslo: Universitetsforlaget.
- Haaland, T., Clausen, S. & Schei, B. (2005). Vold i parforhold – ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge. NIBR-rapport 2005: 3. Oslo: Norsk institutt for by og regionsforskning.
- Heiskanen, Markku & Piipasa, Minna, (1998): Faith, Hope, Battering. A Survey of Men's Violence against Women in Finland. Helsinki: Statistics Finland/Council for Equality. 20
- ICD – 10, (2000) Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Isdahl, P. (2000). Meningen med volden. Oslo: Komuneforlaget.
- Jarwson, S & Haugan S.G (2008) Kap.14 , Vold og aggresjon: Et kurs i sinnemestring. I Berge T & Repål A (redaktører) ” Håndbok i kognitiv terapi” . Gyldendal Norsk Forlag.
- Jasinski, J.L & Williams, L.M (1998) Partner Violence, A Comprehensive Review of 20 Years of Research. SAGE Publications, Inc, California.
- Johnson, M.(2001). Conflict and Control: Symmetry and Asymmetry in Domestic Violence. I: Booth, Alan, Ann Crouter and Mari Clements (eds): *Couples in Conflict*. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey
- Jonassen, W og Paulsen ,M (NKVTS notat 1/ 2007)

- Kaufman, K. G., Jasinski, J. & Aldorando, E. (1994). Sociocultural status and incidence of marital violence in Hispanic families. *Violence and Victims*, 9, 207–233.
- Kessler, Sonnega et al 1995; "Posttraumatic stress disorder in national comorbidity survey" *Archives of general psychiatry* 52
- King, N.J. (1997) Empirically validated treatments and AACBT Behaviour Change.
- Lipton, D. S., Pearson, F. S., Cleland, C. M. & Yee, D. C. (2002a). The effects of therapeutic communities and milieu therapy on recidivism. I: J. McGuire (red.), *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending* (ss. 39–77). Chichester: John Wiley.
- Lipton, D. S., Pearson, F. S., Cleland, C. M. & Yee, D. C. (2002b). The effects of cognitive-behavioural methods on recidivism: CDATE Analysis. I: J. McGuire (red.), *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending* (ss. 79–112). Chichester: John Wiley.
- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J. & Kalliokski, A.-M (2001:) " Lady. Men's violence against women in equal-status Sweden – a survey of prevalence." Stockholm: Fritzes Offenliga Publikationer
- May-Chahal,C. & Cawson,P. (2005) "Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect". *Child Abuse & Neglect* 29(9): 969 - 984.
- Mossige, Svein & Dyb, Grete ; NOVA Rapport 22 / 2009.
- Mossige S. & Stefansen, K.(2007). Vold og seksuelle overgrep mot barn og unge. En selvrporteringsstudie blant avgangselever i vidregående skole. Oslo: NOVA Rapport 20/ 2007.
- NOU 2003: 31;" Retten til et liv uten vold- Menns vold mot kvinner I nære relasjoner"Oslo 2003. Utredning avgitt til Justis og politidepartementet 4.desember

Novaco R.W (2010) Anger and Psychopathology . I Potegal.M (redaktør) . International Handbook of Anger. New York: Springer in press.

Novaco, R.W. (1976). The functions and regulation of the arousal anger. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1124-1128.

Pape, H. & Stefansen, K (2004). Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress(NKVTS). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)

Regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008 – 2011; ” Vendepunkt”
Utgitt av Justis og politidepartementet; www.regjeringen.no/jd , Oslo 2007.

Schou.L, Dyb.G, & Graff- Iversen S. (2007) “Voldsutsatt ungdom I Norge”: Resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. Oslo: Folkehelseinstituttet, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 2007/ 8)

Sigurdardottir, T.,J.& Olafsdottir H.,(1998):”Vold i nærmiljø” I: *Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskap*, 1, 1-35.

Smedslund, G., Dalsbø, T. K., Steiro, A. K., Winsvold, A. & Clench-Ass. (2007). Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Statistisk sentralbyrå (2002): Levekårsundersøkelsene 1983 – 2001, jf
<http://www.ssb.no/emner/00/02levstat/>

Stefansen, Kari & Mossige, Svein (2007) NOVA Rapport 20/ 07

Stein, B.D., Jaycox,L. m.fl.(2003). Prevalence of Child and Adolescent Exposure to Community Violence. *Clinical Child and Family Psychology Review* 6(4).

Stene, R.J.(2003). "Levekårsundersøkelsene 1983 – 2001: Vold og trusler I 20 år." Samfunnsspeilet 17(1) : 2 -7.

Strauss, M. A., & Gelles, R.J. & Steinmetz, S.K. *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. New York : Doubleday; 1980.

Strauss, M. A., & Gelles, R. J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 465-479. Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales. *Journal of Marriage and the Family* 1979; 51: 75-88.

Straus, M. A. (1990). Injury, frequency, and the representative sample fallacy in measuring wife beating and child abuse. I: M. A. Straus & R. J. Gelles (red.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8145 families* (New Brunswick, New Jersey, Transaction Publications.

Straus, M.A & Gelles,R,J (1990) *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8145 families* (New Brunswick, New Jersey, Transaction Publishers.

Thagaard Tove (2003) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode..*
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Thomsen Per Hove og Damm Dorte (2007) "Et liv i kaos. Om voksne med ADHD". Danmark
Hans Reizels forlag

Tikkanen, Tarja & Amund Junge (2004) *Realisering av en visjon om et mobbefritt oppvekstmiljø for barn og unge*, Rogalandforskning, Rapport 2004/223 (www.rf.no)

Yalom,I.D (1995) *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.) New York: Basic Books.

Young, J. E. & Klosko, J. S. (1993). Gjenvinn livet ditt. Hvordan du kan bryte ut av negative mønstre og ha det bra med deg selv igjen. Norsk oversettelse 2002 ved P. A. Vogel, E. O. D. Vogel & T. L. Dahl. Ananke Norge. Institutt for psykiatri og medisinske atferdsfag, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. J. (2003). Schema therapy. A practitioner's guide. New York: Guilford Press.

8. TABELLOVERSIKT:

Tabell 1 Studier på vold i nære relasjoner fra nasjonale undersøkelser i nordiske land.	8
Tabell 2: Studier av CBT for menn som fysisk mishandler sin kvinnelige partner	18
Tabell 3: Alder og inntekt hos de som har besvart (n = 37) og de som ikke har besvart	35
Tabell 4: Utdanning hos de som har besvart (n = 37) og de som ikke har besvart (n=34)	36
Tabell 5: Forekomsten av fysisk vold hos respondentene og de ikke responderende. Alle målt før gjennomføring av sinnemestringskurs. (Mann-Whitney U- test)	37
Tabell 6: Forekomsten av psykisk vold hos respondentene og de ikke responderende. Alle målt før gjennomføring av sinnemestringskurs. (Mann-Whitney U- test)	38
Tabell 7: Fysisk vold ved behandlingsoppstart og 4-7 år etter (n = 37)	39
Tabell 8: Psykisk vold ved behandlingsoppstart og 4-7 år etter (n = 37)	40
Tabell 9: Respondetenes endring på individnivå; før og etter	40
Tabell 10: Sigifikanstest på individnivå; før og etter. Wilcoxons-test.	41
Tabell 11: Endring i fysisk vold etter behandling hos respondentene (n=37)	41
Tabell 12: Endring i psykisk vold etter behandling hos respondentene (n=37)	41
Tabell 13: Totalutvalgets (n=71) eksponering og involvering i voldsepisoder.	42
Tabell 14: Respondentenes bruk av de manualiserte intervensjonene i SBM, 4-7 år etter avsluttet terapi (n=37).	44
Tabell 15: Sammenhengen mellom bruk av sinnemestringsstrategier og nedgang i fysisk vold og nedgang i psykisk vold (n=37)	45
Tabell 16: Utdanningsnivå for deltakere i SBM, i forhold til normalbefolkningen (n=71).	46
Tabell 17: Inntekt for deltakere i SBM, i forhold til normalbefolkningen (n= 71) .	46

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Roger Almvik
Divisjon psykisk helsevern,
Avd Brøset, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
St. Olavs Hospital HF
Postboks 1803 Lade
7440 TRONDHEIM

Vår dato: 24.04.2009

Vår ref: 21224 / 2 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.02.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 03.04.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

21224	<i>Effekt av kognitiv behandling for vold i nære relasjoner. Kognitiv gruppebehandling ved Sinnemestringen Brøset</i>
Behandlingsansvarlig	<i>St. Olavs Hospital HF, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Roger Almvik</i>
Student	<i>Stig Jarwson</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

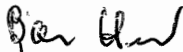
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Stig Jarwson, Bromstadekra 102, 7046 TRONDHEIM

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Formålet med prosjektet er å analysere om deltagelse i Sinnemestringsprogrammet har medført en langvarig endring i sinne/voldsatferd hos voldsutøveren.

Utvalget består av 70-80 personer som tidligere har gjennomført sinnemestringsprogrammet. Ombudet forstår det slik at prosjektleder selv tar førstegangskontakt med utvalget i kraft av sin stilling ved kompetansesenteret der de forespurte har vært til behandling. Alle som gjennomførte programmet for en tid tilbake vil bli tilsendt forespørsel om deltagelse vedlagt spørreskjema. Returnering av spørreskjema er ensbetydende med samtykke. Samtykke er basert på skriftlig informasjon om prosjektet.

Informasjonsskrivet som forelå 03.04.2009 finnes tilfredsstillende forutsatt at følgende endringer foretas:

- formuleringen "anonymisert ved et nummer. Det er kun prosjektleder som kan identifisere navn i forhold til ditt nummer" slettes. Det bør heller tilføyes at navn oppbevares adskilt fra det øvrige datamaterialet, og at det kun er prosjektleder som vil ha tilgang til direkte personopplysninger.
- det må angis når oppfølgingsstudien er planlagt og oppgis en dato for når datamaterialet vil bli anonymisert, dette kan f.eks. formuleres slik: "Masterprosjektet avsluttes 01.08.2010. Etter dette vil datamaterialet bli lagret med personopplysninger i fem år for en mulig oppfølgingstudie. Dersom det blir aktuelt å gjennomføre oppfølgingsstudien, vil du få ny informasjon og ny forespørsel om å delta. Hvis du ikke samtykker til videre behandling av personopplysningene i forbindelse med oppfølgingsstudien, vil datamaterialet bli anonymisert senest innen 01.08.2015."

Personvernombudet ber om å få tilsendt det reviderte informasjonsskrivet før dette distribueres til utvalget.

Datamaterialet består av et nytt spørreskjema, samt journalopplysninger i form av et spørreskjema som klienten fyllte ut ved innkomstsamtale ifm. opptak til sinnemestringsprogrammet.

Det registreres opplysninger om deltagerens voldsatferd (fysisk, psykisk, seksuell vold), om volden skjer i forbindelse med rus, om deltager er straffet for voldsbruk, og om hvilke kognitive mestringsstrategier deltagerne tar i bruk for å mestre sinnet.

Det registres sensitive opplysninger om at informanten har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling, om vedkommendes helseforhold og seksuelle forhold, jf. personopplysningsloven § 2, nr. 8 b, c) og d).

Det tas høyde for at det kan bli innhentet sensitive opplysninger om tredjeperson som faller inn under meldeplikten, ettersom familiemedlemmer som har vært utsatt for vold vil kunne identifiseres i spørreskjemaene (spesielt pga. åpne felt). Det spørres bl.a. om hvilke

konsekvenser voldsutøveren mener at voldsbruken har hatt for familien (partner og barn), deres livssituasjon og psykiske helse. Ombudet finner at en eventuell behandling av tredjepersonsopplysninger kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 d) og 9 h). Til grunn for denne vurderingen ligger at tredjeperson kun kan identifiseres indirekte, at det innhentes få opplysninger, og at opplysningene sier mer om deltagerens adferd overfor tredjeperson enn om tredjeperson selv. Det legges til grunn at eventuelle opplysninger som identifiserer tredjeperson vil bli slettet/anonymisert umiddelbart etter at spørreskjemaet er kommet inn, jf. prosjektleders epost 03.04.2009. Ombudet vurderer det slik at prosjektleder kan unntas fra informasjonsplikten i henhold til personopplysningsloven § 20 b), ettersom det vil være uforholdsmessig vanskelig å informere tredjeperson.

Ombudet forstår det slik at det kun vil være prosjektleder som har tilgang til de direkte personopplysninger som inngår i forskningsregisteret.

Prosjektleder opplyser at Kyrre Svarva ved NTNU vil få tilgang til spørreskjemaer der navn er erstattet med kode, og dermed er å regne som databehandler for prosjektet. Ombudet forutsetter at det foreligger avtale mellom Svara og prosjektleder for den behandling av data som finner sted, jf. personopplysningsloven § 15.

Prosjektleder opplyser at prosjektet er lagt frem for Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK). Personvernombudet ber om kopi av godkjenningen når denne foreligger.

I tråd med prosjektleders opplysninger pr telefon 23.04.2009, har personvernombudet registrert at prosjektet skal avsluttes 01.08.2010, og at datamaterialet etter dette vil bli lagret med personopplysninger i fem år for en mulig oppfølgingstudie. Dersom oppfølgingsstudien skal gjennomføres, vil utvalget få ny informasjon og forespørsel om å delta. Ombudet minner om at det da må sendes melding til personvernombudet i god tid før datainnsamlingen påbegynnes, gjerne i form av en endringsmelding til gjeldende prosjekt.

Datamaterialet anonymiseres senest innen 01.08.2015, dersom det ikke på dette tidspunkt er innhentet nytt samtykke til videre behandling av personopplysningene i forbindelse med oppfølgingsstudien. For at datamaterialet skal være anonymt må direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes/grovkategoriseres. Navneliste/koblingsnøkkel må slettes.



Prosjektleder: Psykiatrisk sykepleier Stig Jarwson

Saksbehandler
Seniorkonsulent Jacob Hølen

Telefon 73 59 75 08

Epost: jacob.chr.holen@ntnu.no
rek-4@medisin.ntnu.no

Postadresse: Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk forskningscenter

7489 Trondheim

Besøksadr: Bygg for samfunnsmedisin 5 etg
Haakon Jarls gt 11
St.Olavs Hospital

Vår dato:
13.03.2009

Vår ref.:
4.2009.487 (4.2008.3112)

Deres dato:

Deres ref.:

Effekt av kognitiv behandling for vold i nære relasjoner- Kognitiv gruppebehandling ved Sinnemestringen Brøset.

Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 27. februar 2009 med følgende vilkår og vurdering:

Dette er en effektstudie om Sinnemestringsprogrammet ved Brøset har medført en langvarig endring i sinne / voldsatferd. Det er viktig å kunne dokumentere om klientene har hatt en effekt av gruppeterapien 3 -6 år etter behandling. Spørreskjemaet er utarbeidet med en del som går direkte på kognitive mestringsstrategier, om de har lært å bruke teknikkene fra kurset? Hvilke faktorer / variabler i behandlingen kan hjelpe voldsutøveren til å forbedre eller gjenopprette sin evne til å fungere i samfunnet? Sinnemestringsprogrammet ved Brøset er for personer over 18 år, og som deltar frivillig. Sinne / vold er ikke definert som psykisk sykdom, og personene her har ikke diagnoser og blir ikke definert som pasienter. Spørreskjemaets del 2 er identisk med det skjemaet som de svarte på ved innkomstsamtalen, slik at graden av vold siste året besvares på samme måten. Hypotese: Har Sinnemestringskurset en langtidseffekt på voldsutøveren? Rett etter behandling er det dokumentert kraftig nedgang i voldsbruk, men hva med langtidseffekten? Metode: Tar utgangspunkt i registreringer ved første gangs kartlegging. Disse er klienter som har svart på tidligere spørreskjema, og som da har samtykket skriftlig til at man kan ta kontakt ved en senere anledning. Spørreskjema sendes ut til ca 80 personer som har gjennomført behandling. Man sammenligner så grad av vold mellom skjema ved første måling og ved andre måling.

Komiteen gir følgende vilkår for godkjenning:


- Komiteen viser til søknadsskjemaet og det kreves akademisk kompetanse på minimum master/hovedfagsnivå for å være prosjektleder. Komiteen kan ikke se at prosjektleder har den nødvendige kompetansen og ber om at en annen overtar prosjektledelsen.
- Komiteen viser til informasjonsskrivet og det står at prosjektdeltakerne er underlagt taushetsplikt. Komiteen antar at det her skal stå prosjektgruppen, prosjektmedarbeidere eller lignende.
- Komiteen ber om at revidert informasjonsskriv samt tilbakemelding vedrørende prosjektledelse blir sendt til sekretariatet og komiteens leder får fullmakt til å vurdere dette og til å gi endelig godkjenning.

Vedtak:

”Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge godkjenner at prosjektet gjennomføres med gitte vilkår.”

Vedtaket kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottagelsen av dette brev, jf. fvl. §§ 28 og 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), men en eventuell klage skal rettes til REK Midt-Norge. Avgjørelsen i NEM er endelig. Det følger av fvl. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19.

Med hilsen


Arne Sandvik
Professor
Leder i komiteen


Jacob C Hølen
Seniorkonsulent



Prosjektleder: Jim Aage Nøttestad
Stig Jarwson

Saksbehandler
Seniorkonsulent Jacob Hølen
Telefon 73 59 75 08
Epost: jacob.chr.holen@ntnu.no
rek-4@medisin.ntnu.no
Postadresse: Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk forskningssenter
7489 Trondheim
Besøksadr: Bygg for samfunnsmedisin 5 etg
Haakon Jarls gt 11
St.Olavs Hospital

Vår dato:
25.03.2009

Vår ref.:
4.2009.487 (4.2008.3112)

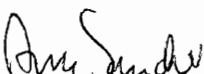
Deres dato:

Deres ref.:

**Effekt av kognitiv behandling for vold i nære relasjoner- Kognitiv gruppebehandling ved
Sinnemestringen Brøset.**

Vi viser til e-post med bekreftelse på at Jim Aage Nøttestad overtar prosjektledelsen samt revidert informasjonsskriv. Vi har ingen ytterligere merknader.

Med hilsen


Arne Sandvik
Professor
Leder i komiteen


Jacob C Hølen
Seniorkonsulent



INFORMASJONSSKRIV

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I STUDIE – våren 2009.

Viser til tidligere Sinnemestringskurs hvor du ga oss tillatelse til å kunne kontakte deg ved en senere evaluering av kurset.

Dette er et forskningsprosjekt , der formålet er å undersøke effekten av kognitiv behandling for sinne og vold i nære relasjoner.

Ved å svare på vedlagte spørreskjema regnes dette også som et samtykke til at det tidligere spørreskjemaet fra sinnemestringskurset kan brukes som datamateriale i prosjektet.

Navn oppbevares adskilt fra det øvrige datamaterialet, og det er kun prosjektleder som vil ha tilgang til direkte personopplysninger.

Masterprosjektet avsluttes 01.08.2010. Etter dette vil datamaterialet bli lagret med personopplysninger i fem år for en mulig oppfølgingsstudie. Dersom det blir aktuelt å gjennomføre oppfølgingsstudien, vil du få ny informasjon og ny forespørsel om å delta.

Hvis du ikke samtykker til videre behandling av personopplysningene i forbindelse med oppfølgingsstudien, vil datamaterialet bli anonymisert senest innen 01.08.2015.

Det er frivillig å delta og du kan trekke tilbake ditt samtykke så lenge studiet pågår, uten at dette får noen innvirkning på ditt forhold til kompetansesenteret.

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Prosjektet er godkjent av Regional Etisk Komite – Midt 25.03.09.

Kontaktopplysninger:

Student : Stig Jarwson mail : stig.jarwson@stolav.no tlf: 73864957

Veileder : Kristjana Kristiansen , førsteamanuensis NTNU

REGISTRERINGSSKJEMA

Klientens nummer:

DATO:

I PERSONLIGE DATA

- 1) Født: _____
- 2) Fødested: _____
- 3) Yrkesstatus: _____
- 4) Utdanning: _____
- 5) Egen Inntekt(siste lign.år) _____
 - 5.1) Samboers yrkesstatus: _____
 - 5.2) Samboers Utdanning: _____
 - 5.3) Samboers inntekt: _____
- 6) Tidligere samboerskap/ ekteskap (antall og type):
- 7a) Barn i tidligere forhold (kjønn og alder)
- 7b) Har samboer barn fra tidligere forhold:
- 8) Nåværende kontakt / samværsform med barna:
- 9) Tidligere erfaring med psykologisk behandling (art, varighet og utbytte):

II INFORMASJON OM FORHOLDET TIL PARTNER OG OPPVEKST

10) Forhold til personen du har brukt vold mot: (Sett kryss)

Gift _____ Samboende _____ Skilt _____
 Separert _____ Kjærester _____

11) Hvor lenge kjente dere hverandre før dere flyttet sammen? _____

12) Hvor lenge har dere vært gift / samboende? _____

13) Antall barn og alder på barna: _____

!4) Har du brukt vold i tidligere forhold?

Ja: _____ Nei: _____

15) Har partneren din vært utsatt for vold eller overgrep i tidligere forhold?

Ja: _____ Nei: _____ Vet ikke: _____

I tilfelle av hvem? _____

Type vold: _____

16) Har partneren din vært utsatt for vold eller overgrep i sin oppvekstfamilie?

Ja: _____ Nei: _____ Vet ikke: _____

I tilfelle av hvem ? _____

Type vold / overgrep: _____

III DINE EGNE ERFARINGER MED ANDRES VOLDSBRUK

17) Vitne til at mor mishandles av sin partner? Ja Nei

18) Vitne til mishandling av søsken? Ja Nei

Dersom ja, hvem mishandlet? _____

19) Har du selv vært utsatt for fysiske overgrep fra familiemedlemmer? Ja Nei

Dersom ja, hvem mishandlet? _____

20) Har du selv vært utsatt for andre former for overgrep fra familiemedlemmer? Ja Nei

Dersom ja, hva slags overgrep, og fra hvem: _____

21) Har du selv vært utsatt for overgrep fra andre enn familiemedlemmer? Ja Nei

Dersom ja, hva slags overgrep, og fra hvem: _____

21 a) Ble du utsatt for mobbing på skolen? _____

21 b) Mobbet du andre på skolen? _____

IV KARTLEGGING AV EGEN VOLDSBRUK

22) Har du brukt fysisk vold mot noen av følgende personer (Dvs. enhver bruk av fysisk makt som smerter, skremmer eller skader andre):

	Ja	Nei	Antall ganger	Antall pers.
Nåværende / siste parner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tidligere partnere	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Barn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Øvrige familie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kjente utenfor familien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ukjente fremmede	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

23) Har du brukt seksuell vold mot noen av følgende personer (dvs. enhver handling av seksuell art som denne personen ikke vil eller ikke liker, eller som for denne personen har vært skremmende, smertefull eller gitt skade):

	Ja	Nei	Antall ganger	Antall pers.
Nåværende / Siste partneer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tidligere partnere	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Barn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Øvrige familie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kjente utenfor familien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ukjente fremmede	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

24) Har du opptrådt skremmende eller truende mot noen av følgende personer:

	Ja	Nei	Antall ganger	Antall pers.
Nåværende/ siste partner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tidligere partnere	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Barn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Øvrige familie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kjente utenfor familien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ukjente/Fremmede	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

25) **Vold mot partner i løpet av siste år.** Nedenfor følger en liste over forskjellige former for fysisk, psykisk, seksuell vold og materiell vold. Noe av dette har du kanskje ikke selv kalt vold, men har av andre blitt opplevd som vold eller maktbruk. Her er det viktig at du også ser handlingene fra partnerens side.

Kryss av for det som for deg er riktig antall ganger:

	aldri	1 gang	2 ganger	3 ganger	oftere
Slag mot hode/ansikt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Slag mot kropp	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Knyttneveslag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gripe/Suge tak i	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Holde fast	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Klype	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riste	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dytte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Legge i bakken	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sparke	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	aldri	1 gang	2 ganger	3 ganger	oftere
Kvelertak					
Bite					
Lugge					
Vri armen					
Holde opp mot veggen					
Slå med gjenstand					
Juling (flere spark/slag)					
Bruke skytevåpen					
Bruke kniv					
Bruke andre våpen					
Tvinge/Skremme til samleie					
Tvinge/Skremme til andre typer seksuelle handlinger					
Tvinge /skremme til å ha sex med andre personer, gjenstander eller dyr					
Ødelegge gjenstander					
Kaste gjenstander					
Slå i stykker døra					
Kaste mat, for eksempel på partner eller i veggen					
Slå i vegger eller bord					
Skade, plage eller vanskjømte kjæledyr/husdyr					

	aldri	1 gang	2 ganger	3 ganger	oftere
True med å ta livet av					
True med selvmord					
True med å slå eller mishandle					
True med å ødelegge eiendom eller gjenstander					
True med å misbruke seksuelt					
True med å forlate partneren					
Ikke holde avtaler eller bli borte uten å si fra					
Utroskap					
Uttrykke intens sjalusi					
Verbale ydmykelses eller nedrakking					
Negative kallenavn, f.eks. "hore" Eller "du er mindre begavet"					
Skremme/Tvinge partner til å gjøre ting vedkom. ikke vil					
Bestemme hva partner kan eller ikke får lov til å gjøre					
Utspørring/ Forhør av partner , med redegjøring om hva vedkom. Har bedrevet					
Verbal aggresjon som virker skremmende					
Annen truende adferd (f.eks. be- vegelses, kroppsholdninger eller vage hentydninger om vold)					

	aldri	1 gang	2 ganger	3 ganger	oftere
Har du brukt vold kun i edru tilstand	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Har du brukt vold kun i beruset tilstand	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Har du brukt vold og har det foregått i edru og beruset tilstand	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alkohol eller rusmiddelbruk når partner er redd for det	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etter voldsbruk å gi partneren skyld eller ansvaret for at du brukte vold	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nekte å snakke om voldsbruken din når noen tar det opp (bli sint, stikke av e.l.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Love at volden aldri skal skje igjen (og ikke holde løftet)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V GENERELT OM VOLDEN

- 26) Har du blitt anmeldt for voldsbruk? Ja Nei
- 27) Har du blitt straffet for voldsbruk? Ja Nei
- 28) Har du blitt anmeldt for vold mot partner? Ja Nei
- 29) Har du blitt straffet for vold mot partner? Ja Nei
- 30) Har partneren din blitt redd deg? Ja Nei
- 31) Mener du partneren har grunn til det? Ja Nei
- 32a) Har partneren vært i kontakt med krisesenter? Ja Nei
- 32b) Har eks.partnerere vært i kontakt med krisesenter? Ja Nei

33a) Har barna i nåværende samliv vært til stede når du har brukt vold?

Ja Nei

33b) Har barna i tidligere forhold vært til stede når du har brukt vold?

Ja Nei

Hvordan reagerte barna? _____

VI ÅRSAKER OG KONSEKVENSER

34) Nevn opp det du tror er årsakene til din voldsbruk:

35) Hvilke konsekvenser mener du voldsbruken din har fått for deg selv, og din familie(partner og barn), for deres livssituasjon og psykiske helse:

VII AVSLUTNING

36) Hvorfor kommer du til oss akkurat nå?

37) Hva trenger du hjelp til?

--	--	--

SPØRRESKJEMA OM SINNEMESTRINGSKURSET

For noen år siden deltok du på sinnemestringskurs ved Brøset. På slutten av kurset ga du oss tilatelse til å kontakte deg senere.

Vi ønsker nå å få en videre evaluering omkring ditt sinneproblem, og vil derfor be deg fylle ut dette spørreskjemaet. Vedlagt finner du en ferdig frankert konvolutt, som du bruker til å sende skjemaet tilbake til oss etter at du har fylt det ut.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Resultatene vil bli presentert slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Prosjektdeltakerne er underlagt taushetsplikt. Vi har nummeret spørreskjemaene med det nummeret du fikk i vårt arkiv, og de nye skjemaene blir lagt i dette arkivet.

Takk for at du er villig til å delta!

Stig Jarwson
prosjektleder, mastergradsstudent
Brøset sinnemestring

Kristjana Kristiansen
førsteamanuensis, veileder
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap



LES DETTE FØR DU STARTER!	Skjemaet skal leses maskinelt. Følg derfor disse reglene: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bruk svart/blå kulepenn. Skriv tydelig, og ikke utenfor feltene. Kryss av slik: <input checked="" type="checkbox"/>.</i> • <i>Feilkryssinger kan korrigeres ved å fylle <u>hele</u> feltet med farge. Kryss så i rett felt.</i> • <i>Sett bare ett kryss på hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.</i>
--	---

1. Har du mottatt annen hjelp for å mestre ditt sinne siden sinnemestringskurset? ⇒ Ja ₁
Nei ₂

2. Hva har skjedd med problemene etter sinnemestringskurset?

Sett ett kryss på hver linje.

	1	2	3	4	5
	Dette var aldri noe problem	Problemet er helt borte	Problemet er delvis borte	Problemet er uforandret	Problemet er verre
1. Sinne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ødelegging av gjenstander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Psykisk vold (f.eks. direkte/indirekte trusler, slåing i bord og vegger, overdreven sjalusi, ulike måter å kontrollere partneren på)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fysisk vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problemer med seksuallivet (f.eks. at partner presses til sex) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Har det vært situasjoner hvor du tidligere ville brukt fysisk eller psykisk vold, men nå har klart å unngå det? ⇒

Ingen ganger 1	En gang 2	2 - 5 ganger 3	6 - 10 ganger 4	Over 10 ganger 5	Usikker /vet ikke 6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hvor mye har du brukt de følgende strategiene fra sinne-
mestringskurset for å ikke bli sint eller bruke vold?

Ingen ganger 1	En gang 2	2 - 5 ganger 3	6 - 10 ganger 4	Over 10 ganger 5	Usikker /vet ikke 6
1. Sinnesirkelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. «Time out» (trekke seg unna).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kjenne på kroppslige signaler/følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kjenne igjen negative tanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Stoppe opp og kontrollere tankene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vurdere om du tolker situasjonen feil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vurdere om uheldige leveregler fører til at du lager den negative situasjonen selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ta ansvar for å beherske deg uansett krenkelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Snakke om problemet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Lytte mer til partner/andre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fokusere på at selvtilliten bedres hvis du takler situasjoner uten sinne/voldsbruk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Har du en partner (kjæreste, samboer, ektefelle) i dag? ⇒ Ja ₁ | Nei ₂ | 6. Hvis nei: Har du hatt en partner i løpet av det siste året? ⇒ Ja..... ₁ | Nei..... ₂

7. Hvis du har en partner i dag, eller har hatt en partner i løpet av det siste året: Var dette den samme partneren du hadde da du tok sinne-
mestringskurset? ⇒ Ja..... ₁ | Nei..... ₂

8. Har det vært noen form for sinne eller voldsbruk siste året? ⇒ Ja..... ₁ | Nei ₂ ⇒ Hvis ja: Vennligst fortsett med spørsmålene nedenfor. ⇒ Hvis nei: Vennligst hopp til spørsmål nr. 10, side. 4.

9. Vold mot andre i løpet av det siste året:

Her er en liste med forskjellige former for fysisk, psykisk, seksuell og materiell vold. Noe av dette har du kanskje ikke selv kalt vold, men det kan ha blitt opplevd som vold eller maktbruk av andre. Her er det viktig at du også ser handlingene fra den andres side. Kryss av for det som er riktig antall ganger for deg. ⇒

Ett kryss på hver linje.

	Aldri 1	En gang 2	To ganger 3	Tre ganger 4	Ofte 5
1. Slag mot hode/ansikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Slag mot kropp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Knyttneveslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gripe/«suge» tak i.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Holde fast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Klype.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Riste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dytte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Legge i bakken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sparke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kvelertak.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lugge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vri armen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Holde opp mot veggen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldri 1	En gang 2	To ganger 3	Tre ganger 4	Oftere 5
16. Slå med gjenstand.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Juling (flere spark/ slag).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bruke skytevåpen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bruke kniv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bruke andre våpen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tvinge/skremme til samleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tvinge/skremme til andre typer seksuelle handlinger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tvinge/skremme til å ha sex med andre personer, gjenstander eller dyr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ødelegge gjen- stander.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Kaste gjenstander.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Slå i stykker døra.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kaste mat, f.eks. på partner/familie eller i veggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Slå i vegger eller bord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldri 1	En gang 2	To ganger 3	Tre ganger 4	Oftere 5
29. Skade, plage eller vanskjøtte kjæledyr/ husdyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. True med å ta livet av.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. True med selvmord..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. True med å slå eller mishandle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. True med å øde- legge eiendom eller gjenstander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. True med å misbruke noen seksuelt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. True med å forlate partner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ikke holde avtaler eller bli borte uten å si fra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Utroskap.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Uttrykke intens sjalusi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Verbale ydmykelser eller nedrakking.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Negative kallenavn, f.eks. «hore» eller «du er mindre begavet» ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldri 1	En gang 2	To ganger 3	Tre ganger 4	Oftere 5
41. Skremme eller tvinge henne til å gjøre ting hun ikke vil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Bestemme hva hun kan eller ikke får lov til å gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Utspørring eller forhør av henne der hun må redegjøre for hva hun har gjort eller hvor hun har vært	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Verbal aggresjon som virker skremmende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Annen truende adferd (f.eks. bevegelser, kroppsholdninger eller vage hentydninger om vold).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Har du brukt vold kun i edru tilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Har du brukt vold kun i beruset tilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Har du brukt vold både i edru og beruset tilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Alkohol eller rusmiddelbruk når hun er redd for det.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Etter voldsbruk å gi henne skylden eller ansvaret for at du brukte vold.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Nekte å snakke om voldsbruken din når andre tar det opp (bli sint, stikke av e.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Love at volden aldri skal skje igjen (og ikke holde løftet).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NB: Spørsmål 10 – 18 gjelder perioden etter sinnemestringskurset.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 10. Har du blitt anmeldt for voldsbruk? ⇨ | Ja..... <input type="checkbox"/> ₁
Nei..... <input type="checkbox"/> ₂ | 11. Har du blitt straffet for voldsbruk? ⇨ | Ja..... <input type="checkbox"/> ₁
Nei..... <input type="checkbox"/> ₂ |
| 12. Har du blitt anmeldt for vold mot partner? ⇨ | Ja..... <input type="checkbox"/> ₁
Nei..... <input type="checkbox"/> ₂ | 13. Har du blitt straffet for vold mot partner? ⇨ | Ja..... <input type="checkbox"/> ₁
Nei..... <input type="checkbox"/> ₂ |
| 14. Har partneren din blitt redd deg? ⇨ | Ja..... <input type="checkbox"/> ₁
Nei..... <input type="checkbox"/> ₂ | 15. Mener du hun har grunn til det? ⇨ | Ja..... <input type="checkbox"/> ₁
Nei..... <input type="checkbox"/> ₂ |
| 16a. Hvis du <u>har</u> en partner i dag : Har partneren din vært i kontakt med krisesenteret som følge av vold eller trusler fra din side? ⇨ | | | Ja..... <input type="checkbox"/> ₁
Nei..... <input type="checkbox"/> ₂ |
| 16b. Hvis du <u>ikke</u> har partner i dag; Har du etter sinnemestringskurset hatt partner/kjæreste som har tatt kontakt med krisesenteret som følge av vold eller trusler fra din side? ⇨ | | | Ja..... <input type="checkbox"/> ₁
Nei..... <input type="checkbox"/> ₂ |
| 17a. Hvis du har barn med nåværende partner: Har barna i nåværende samliv vært til stede når du har brukt vold? ⇨ | | | Ja..... <input type="checkbox"/> ₁
Nei..... <input type="checkbox"/> ₂ |
| 17b. Hvis du har barn med tidligere partner: Har barna i tidligere forhold vært til stede når du har brukt vold? ⇨ | | | Ja..... <input type="checkbox"/> ₁
Nei..... <input type="checkbox"/> ₂ |
| 18. Hvis barn i nåværende eller tidligere forhold har vært til stede mens du brukte vold, hvordan reagerte de? <i>Vennligst skriv tydelig!</i> ↓ | | | |

19. Hva mener du selv er årsakene til din voldsbruk? ↓

20. Hvilke konsekvenser mener du voldsbruken din har fått for deg selv og din familie (partner og barn), for deres livssituasjon og psykiske helse? *Vennligst skriv tydelig!* ↓

21. Trenger du fortsatt hjelp/behandling for ditt sinne/voldsproblem? ↓

22. Dersom du har en kommentar til undersøkelsen, eller til noen av spørsmålene eller temaene som tas opp, kan du skrive her. *Vennligst skriv tydelig!* ↓