

# Kvinnomisshandel — erfarenheter från en kirurgklinik

Bo Brismar

Då den misshandlade kvinnan sällan söker hjälp förrän de fysiska skadorna är allvarliga blir en kirurgisk klinik ofta den första kontakten med samhällets hjälporgan. Genom aktivt intresse från vårdpersonalens sida kan misshandelsproblematiken upptäckas och de misshandlade kvinnorna erbjudas hjälp under den fas av misshandelscykeln då de är lättast att motivera, framhåller i nedanstående artikel docent Bo Brismar bitr överläk, kirurgkliniken vid Huddinge sjukhus.

I artikeln redovisas också flera undersökningar av bakomliggande orsaker, skador och konsekvenser för misshandlade kvinnor, som kommit till kirurgiska kliniker.

Uppgifter om omfattningen av kvinnomisshandel varierar starkt mellan olika material. I en intervjuundersökning av amerikanska familjer fann Gelles (7) att 3,8% av alla kvinnor varje år blev utsatta för fysisk misshandel av sina män och att 28% riskerade att bli misshandlade någon gång under äktenskapet. Endast i ett fåtal fall rapporteras dock misshandeln till polis eller sociala myndigheter. I en studie av Steinmetz (18) beräknades således att bara ett av 270 fall av kvinnomisshandel anmäls. Kriminalstatistiken speglar alltså bara en bråkdel av den faktiska misshandeln och ger ingen säker bild av misshandelsmönstret. Inte heller sjukvårdsstatistiken ger underlag för en allsidig bedömning. Studier baserade på patienter, som söker på en akutmottagning visar oftast väsentligt lägre frekvens kvinnomisshandel än motsvarande studier av patienter inlagda på en kirurgisk vårdavdelning. I en prospektiv stu-

die fann Rounsaville och Weissman (14) att 3,8% av alla kvinnor som sökte en akutmottagning på grund av skador var misshandlade. Bara undantagsvis berättade kvinnorna spontant om misshandeln.

Vid en jämförelse av olika studier av kvinnomisshandel är således urvalskriterierna i de olika studierna av stor betydelse för de slutsatser som dras.

## Erfarenheter från en kirurgklinik

I en prospektiv studie av 100 patienter vårdade vid kirurgiska kliniken, Huddinge sjukhus, 1980 för skallskada var misshandel skadeorsak i 32% av fallen (2). Hälften av misshandelsfallen utgjordes av män, hälften av kvinnor. Av de misshandlade var 81% alkoholpåverkade vid skadetillfället mot 47% av de övriga skadade.

I en retrospektiv studie av 1444 patienter (988 män och 456 kvinnor) vårdade vid kirurg- och öronklinikerna, Huddinge sjukhus 1978–1979 på grund av skador kunde liknande förhållande noteras (1); 325 män (33%) och 133 kvinnor (29%) hade misshandlats. Sex kvinnor vårdades under 2-årsperioden vid två tillfällen, tre vid tre tillfällen, en vid fyra tillfällen och en kvinna vid fem tillfällen. Sextionio kvinnor (52%) var alkoholpåverkade vid misshandeln, medan tre var aktiva narkomaner. Av kvinnorna hade 42% etablerad psykiatrisk kontakt — men endast i ett fåtal fall hade misshandelsproble-

52 procent av kvinnorna var alkoholpåverkade vid misshandeln

Majoriteten av kvinnor vägrade dock göra polisanmälan och önskade återvända till mannen

matiken framkommit vid densamma. En fjärdedel (26%) av kvinnorna var invandrare.

Misshandeln riktade sig framför allt mot ansikte och skalle, men även mot bröst och buk vilket föranledde thoracocentes i 2 fall och akut laparotomi i 2 fall. En gravid kvinna misshandlades med sparkar mot buken.

Vid 32 av de 133 vårdtillfällena polisanmälades misshandeln. Majoriteten kvinnor vägrade dock göra polisanmälan och önskade istället återvända till mannen och 14 av kvinnorna avvek från sjukhuset innan vården slutförts.

Nedanstående fall illustrerar skademönstret hos de sjukhusvårdade kvinnorna:

Kvinna, född 1944. Inkom till akutmottagningen 1974 efter att ha blivit misshandlad av maken med strupgrepp och fått ena ringfingret frakturerat.

Kvinnan återkom 1 år senare på grund av skallskada och angav att hon blivit nedslagen på gatan av en okänd man. Hon rekommenderades inläggning på sjukhuset, men avböjde och gick hem till fästman och barn.

Nästa år, 1976, återkommer hon ånyo till akutmottagningen på grund av skallskada. Hon har nu fått knytnävsslag mot ansikte och skalle, men vägrar ange gärningsmannen. Patienten vägrar också inläggning på sjukhuset och går hem till fästmannen.

Två år senare, 1978, återkommer kvinnan, som nu är gravid och uppger att hon senaste tiden upprepade gånger misshandlats av fästmannen, som även sparkat henne på buken. Patienten accepterar nu inläggning på kirurgisk avdelning och kontakt med psykiater och kurator etableras.

## DISKUSSION

### När söker kvinnan vård?

Det har dokumenterats i flera studier att kvinnorna på grund av skuldkänslor ofta förnekar misshan-

deln. Efter misshandeln kan hon uppleva en emotionell kollaps med passivitet av samma slag som man ser hos individer drabbade av en katastrofsituation.

Walker (19) har formulerat "the cycle theory of violence" där misshandelsförloppet indelas i tre faser. Den första fasen karaktäriseras av ett spänningstillstånd under vilket mannen upplever sig allt mer provocerad och slutligen misshandlar kvinnan. Fas 2, misshandelsfasen, inträder och varar mellan 2 och 24 timmar. Den övergår sedan till den tredje fasen, som karaktäriseras av en lugn stämning då mannen ofta blir både ångerfull och tillgiven. Det cykliska förloppet varierar såväl i intensitet som frekvens.

Det är först då misshandeln under fas 2 blir grov och frekvent som kvinnan flyr undan för att få hjälp (14). Även då skadorna kräver sjukhusvård anger kvinnan sällan spontant misshandel som skadeorsak (3, 11, 13).

Den höga frekvensen misshandel i vår studie (19%) jämfört med andra studier från akutmottagningar beror på att endast patienter, som blivit inlagda för vård av sina skador studerats. Under sjukhusvistelsen har kvinnorna etablerat en djupare kontakt med den kvinnliga vårdpersonalen varvid misshandelsproblematiken framkommit.

### Skadornas karaktär

Vår studie visar liksom flertalet andra studier (16, 19), att misshandeln som regel riktas mot skalle och ansikte. Knytnävsslag och sparkar dominerar men även olika former av tillhyggen kommer till användning. Kvinnan uppvisar ofta hematom av varierande ålder. Detta beror på misshandelns cykliska förlopp med upprepade perioder av fysisk misshandel. I såväl vår studie som i en liknande studie av Somers (17) återkom under en två-årsperiod 10% av kvinnorna för förnyad kirurgisk vård på grund av misshandel. *Misshandel som skadeorsak bör därför*

*Under sjukhusvistelsen har kvinnorna etablerat en djupare kontakt med den kvinnliga vårdpersonalen varvid misshandelsproblematiken framkommit*

.....  
*I en studie av 100 alkoholisthustrur fann man att 45 procent misshandlats och 27 procent erhållit svårare kroppsskador*  
.....

*alltid misstänkas då en kvinna söker med multipla skador av varierande ålder och framför allt då de objektiva fynden inte överensstämmer med kvinnans förklaring till skadornas uppkomst (12).*

Ett av fallen i vår studie gäller en gravid kvinna som blev utsatt för grov misshandel. Hilberman och Munson (9) har visat att misshandelsmönstret ofta ändrar karaktär under kvinnans graviditet. Misshandeln kan öka i intensitet och buken ersätter skal-le och ansikte som målorgan med ibland abort eller prematur födsel som följd.

### **Den misshandlade kvinnan**

Även om misshandel förekommer hos kvinnor från alla socialgrupper dominerar den fysiska misshandeln hos kvinnor från de lägre socialklasserna (10). Mannen är ofta berusad i samband med misshandeln. Alkoholförtäring förekommer vid 44 % av misshandelstillfällena i Gelles studie (5) och vid 92 % av fallen i Hilberman och Munsons studie (9). I vår studie var även kvinnorna alkoholpåverkade i 52 % av fallen.

Sambandet mellan alkoholmissbruk och kvinnomisshandel bör därför föranleda speciell uppmärksamhet beträffande alkoholisthustruns situation och också då alkoholiserade kvinnor skadas. I en studie av 100 alkoholisthustrur fann således Scott (16) att 45 % av kvinnorna misshandlats och att 27 % hade erhållit svårare kroppsskador.

De misshandlade kvinnorna lider ofta av psykiska besvär. Gayford (4) fann i sin studie att 18 % av de misshandlade kvinnorna hade kronisk psykisk sjukdom och 71 % behandlades med antidepressiva eller lugnande mediciner. I vår studie hade 42 % av kvinnorna etablerad psykiatrisk kontakt, men endast undantagsvis framkom misshandelsproblematiken vid den psykiatriska kontakten. Vid misshandelstillfället avböjer också kvinnan ofta psykiatrisk kontakt (8).

Medelåldern för de misshandlade kvinnorna är

låg. I vår studie var majoriteten i åldern 20–39 år med en medelålder av 35 år. Många av kvinnorna har hemmavarande barn, som ofta också drabbas av misshandel. Gayford (4) fann således i en undersökning av 100 familjer där kvinnomisshandel förelåg att även barnen drabbades i 54 % av fallen. Då kvinnomisshandel konstateras eller misstänks bör därför alltid situationen för eventuella hemmavarande barn penetreras.

### **Varför stannar kvinnan?**

Den misshandlade kvinnan har ofta en nära och varaktig relation till gärningsmannen. Han är som regel make eller fästman och endast undantagsvis är han en tillfällig bekant eller okänd man. Ofta har kvinnan och mannen gemensamma barn. Detta innebär att bindningen till mannen som regel är stark och ofta förstärks den ytterligare av att kvinnan är socialt isolerad på grund av alkoholmissbruk eller för att hon är invandrare. I vår studie var 52 % av kvinnorna alkoholiserade och 26 % invandrare.

De psykiska störningar den upprepade misshandeln medför leder i sin tur till ytterligare social isolering och beroende av mannen (9, 15). Den sociala isoleringen och kvinnans beroende av mannen gör att hon trots upprepade misshandel väljer att stanna kvar hos honom (6). Några masochistiska motiv föreligger sällan. Beroendet av mannen leder också till en hög bortfallsfrekvens vid behandlingsförsök (15). I vår studie avvek vid 14 av 133 vårdtillfällen kvinnorna för att återgå till gärningsmannen innan vården slutförts.

Bindningen till gärningsmannen gör även att benägenheten till polisanmälan blir låg. Trots försök till övertalning anmälde bara 21 % av kvinnorna i vår studie misshandeln till polis. En annan orsak till den låga anmälningsfrekvensen kan vara kvinnans misstro beträffande polisens möjligheter och intresse av att ge henne hjälp (15).

### **Kirurgiklinikens ansvar**

Då den misshandlade kvinnan sällan söker hjälp förrän de fysiska skadorna är allvarliga blir den kirurgiska akutmottagningen eller vårdavdelningen ofta hennes första kontakt med samhällets hjälporgan. Genom ett aktivt intresse från den kirurgiska

vårdpersonalens sida kan misshandelsproblematiken upptäckas och de misshandlade kvinnorna erbjudas hjälp under den fas av misshandelscykeln då de är lättast att motivera. Målet måste vara att samtliga kvinnor, som söker akutmottagningen för skador förorsakade av konstaterad eller misstänkt misshandel skall erbjudas eller förmås till inläggning för vård på sjukhuset. Förutom en ökad satsning från den kirurgiska vårdpersonalens sida krävs tillgång till kuratorer och sociala hjälpinsatser även under jourtid.

Efter den kirurgiska vårdperioden måste kvinnan erbjudas en skyddad bostad för sig själv och sina barn, där hon inte riskerar att bli utsatt för repressalier eller övertalningsförsök från mannen att återvända till honom (19). Dessa behandlingshem måste också vara öppna för kvinnor med missbruksproblem, då de ofta har det största behovet av stöd och hjälp.

Vistelsen på behandlingshemmet skall hjälpa kvinnan att bryta banden med gärningsmannen och stödja henne att bli en självständig individ (10).

#### REFERENSER

1. *Brismar, B & Tuner, K (1982): Battered women - A surgical problem. Acta Chir Scand 148, 103-105.*
2. *Brismar, B, Engström, A & Rydberg, U (1982): Head injury and intoxication: A diagnostic and therapeutic dilemma. Acta Chir Scand 194, 11-14.*
3. *Dewsbury, A (1975): Family violence seen in general practice. R. Soc. Health J 95, 290-294.*
4. *Gayford, J (1975): Wife Battering: A preliminary survey of 100 cases. Br Med J 1, 194-197.*
5. *Gelles, RJ (1974): The violent home: A study of physical aggression between husbands and wives. Beverly Hills, Sage Publications.*
6. *Gelles, RJ (1976): Abused wives: why do they stay? Journal of Marriage and the Family 381, 659-668.*
7. *Gelles, RJ (1978): Methods for studying sensitive family topics. Am J Orthopsyciatry 48, 408-424.*
8. *Goodstein, K & Page, A (1981): Battered wife syndrome: Overview of dynamics and treatment. Am J Psychiatry 138, 1036-1044.*
9. *Hilberman, E & Munson, M (1977): Sixty battered women. Victimology 2, 460-471).*
10. *Hilberman, E (1980): Overview: The "wife-beater's wife" reconsidered, Am J Psychiatry 137, 1336-1347.*
11. *Levine, M (1975): Intramarital violence and its effect on children - A study of 50 families in general practice. The Med Sci Law 15, 172.*
12. *Petersson, B (1983): Hustruvold - en social arv der ofte overses af sundhedsvaesenet. Nordisk Medicin 98, 114-116.*
13. *Petro, J, Quann, P & Graham, W (1978): Wife abuse, the diagnoses and its implications. JAMA 240, 240-241.*
14. *Rounsaville B & Weissman, MM (1978): Battered women: A medical problem requiring detection. Int J Psychiatry Med 2, 191-202.*
15. *Rounsaville, B, Lifton, N & Bieber, M (1979): The natural history of a psychotherapy group for battered women. Psychiatry 42, 63-78.*
16. *Scott, PD (1974): Battered Wives. Br J Psychiatry 125, 433-441.*
17. *Somers R, Kruse, T & Jørgensen, K (1981): Vold i hjemmet. Ugeskrift for Laeger 143, 143-147.*
18. *Steinmetz, S (1977): Wifebeating, husbandbeating - a comparison of the use of physical violence between spouses to resolve marital fights. In Battered Women - a psychosociological study of domestic violence. Ed: Roy, M. Van Nostrand Reinhold Company, New York.*
19. *Walker, L (1979): The battered woman. Harper and Row Publishers, New York.*