

Män som mördar en kvinna de har barn med och psykiska konsekvenser för barnet på sikt

Bo Runeson, Henrik Lysell

Bo Runeson, professor vid Karolinska Institutet, Centrum för psykiatriforskning och överläkare vid Norra Stockholms psykiatri. E-post: bo.runeson@ki.se.
Henrik Lysell, med dr, numera Socialstyrelsen. E-post: henrik.lysell@socialstyrelsen.se.

En extrem form av våld i nära relationer utgörs av män som mördar sin aktuella eller tidigare partner. En del av dessa manliga förövare har ett eller flera gemensamma barn med kvinnan.

Vilka konsekvenser har ett så dramatiskt trauma för efterlevande barn? 494 barn som drabbats av att fadern mördat modern under tiden 1973-2009 följdes i nationella register. 13 % av barn exponerade före 18 år drabbades av någon form av psykisk problematik. Det var fem till sex gånger vanligare med såväl allvarlig psykisk störning, liksom med substansbrukssyndrom eller med självskada i den grupp som exponerats före 18 års ålder. Om man exponerats efter 18 års ålder fanns förhöjd suicidrisk. Författarna beskriver utifrån dessa data och litteraturen behovet att uppmärksamma efterlevande barns situation.

Intimate partner femicide is an extreme form of violence in close relationships. Children who experience that their father kills their mother are exposed to a change of life situation that often also deprives them of both their parents. What are the long-term effects of the experience? 494 children who were exposed to this trauma during 1973-2009 were studied in national registers. 13 % of the children exposed before the age of 18 years old were subjected to mental disorder. The risks were increased five to six times for severe mental disorder, as well as for substance use disorder and self-harm. If exposed after 18 years old there was an increased risk of suicide. The authors describe the need of psychosocial interventions by health care and social services.

Man möter ibland i mediabeskrivningen en närmast obegripligt traumatisk händelse, där en pappa mördar mamman till sina barn. Upplevelsen att som barn exponeras för ett sådant trauma kan vi knappast ens föreställa oss. Denna form av våld i nära relationer har också särskilda konsekvenser. Förövare som mördar sin partner eller f d partner berövar därmed oftast också sina egna barn båda sina föräldrar. Ibland tar förövaren sitt eget liv i anslutning till händelsen eller försvinner från barnen genom ett långvarigt fängelsestraff.

Hur kan barn överleva efter detta? Och när de överlever, hur påverkas de psykologiskt på sikt? Det finns fallbeskrivningar i litteraturen, det finns också översikter som sammanställt vad man vet om förövarna. Vi undrar över förövarnas egenskaper i avsikten att därmed möjligtvis förstå situationen och något om atmosfären i familjen.

När det gäller effekterna på barnen är litteraturen mycket sparsam, det finns få studier som bygger på representativa material. En systematisk översikt publicerades vid ungefär samma tid som vår ursprungsstudie, denna pekar på att den forskning som finns relaterat till barnen är av äldre datum (huvuddelen före år 2000). Man fann 17 studier på 13 separata material (Alisic et al 2015). PTSD och annan psykiatrisk problematik rapporterades hos 16 % hos efterlevande barn, men detta är troligen en underskattning. Man pekar på flera frågor i efterförloppet, vem ska barnet placeras hos när ett barns situation dramatiskt förändras. Vilket är att föredra, släktingar som själva kan vara påverkade av händelsen eller ska en annan person få vårdnaden? Vilken kontakt ska barnet ev ha med förövaren/fadern?

Ur ett globalt perspektiv utförs 39-47 % av alla mord på kvinnor av en tidigare eller aktuell partner (Stöckl et al 2013). Begreppet som används är Intimate Partner Femicide, IPF. Hur stor andel av dem som är förövare av IPF som har gemensamma barn känner vi inte till. Dock har det gjorts beräkningar på hur många barn som drabbas globalt, man anger över 50 000 per år (Alisic et al 2015). Därmed är huvudsyftet för oss reaktionen eller effekten på de barn som är utsatta för att fadern dödar deras moder.

Vi gjorde en studie byggd på nationella register, för att få ett tillräckligt stort material att analysera avseende fr allt barnens utveckling tiden efter mordet särskilt vad det gällde uppgifter från den psykiatriska kontakt en del av dem fått (Lysell et al 2016). Hur reagerar barn efter att ha exponerats för att fadern dödar modern? Syftet med den föreliggande artikeln är att rekapitulera vår studie från 2016, samt att ge några uppslag kring uppföljning ur en systematisk översikt samt ur ett pionjärbete inom fältet.

Metod

Vi gjorde en fall-kontrollstudie byggd på all information som under tiden 1973 till 2009 fanns på samtliga manliga förövare av IPF, där det fanns minst ett gemensamt barn. Huruvida de fortfarande sammanlevde kan vi inte studera under dessa år, sannolikt var en del avslutade relationer. Förövaren är alltså en aktuell eller tidigare manlig partner och förälder.

Först sedan 2008 har man i register tillgång till huruvida personer är sammanboende på samma adress. Vi fick alltså konstruera en algoritm för att identifiera våra fall. Vi utgick från Dödsorsaksregistret för att identifiera den mördade kvinnan och sammanlänkade henne med mannen via gemensamt barn i Flergenerationsregistret. Om mannen var dömd för ett mord eller dråp enligt Lagfördareregistret där tidpunkt för brottet var inom tre dagars intervall från mordet på kvinnan antog vi att vi identifierat ett fall. På samma sätt inkluderade vi män som dött genom suicid enligt Dödsorsaksregistret, inom tre dagar efter mordet. Vi använde Patientregistret för att identifiera psykisk sjukdom, där vi grupperade de större sjukdomsgrupperna som affektiv sjukdom, schizofreni m fl till allvarlig psykisk sjukdom. Endast uppgifter om ineliggande vård användes då data från öppen specialiserad vård var inkomplett under fr a de tidigare åren av uppföljningstiden och inte kunde användas. Vi använde huvuddiagnosen vid aktuellt vårdtillfälle, men för att identifiera personlighetssyndrom och substansbrukssyndrom använde vi för dessa även diagnos som angavs som bidiagnos, skälet var att dessa syndrom ofta anges som samsjuklighet vid utskrivning från psykiatrisk vård.

När det gäller ambitionen att beskriva förövarna av mord på partner valde vi att jämföra med kontroller ur den allmänna befolkningen. Vi gjorde också en motsvarande beräkning för personer som dömts för mord, men där offret varit någon annan än en partner med vilken man har barn med, vilket kan ge relevant information om specifika faktorer vid IPF.

I aspekten att beskriva barnens utveckling jämförde vi med barn i allmänhet, som inte utsatts för något definierat brott. Vi hittade tio kontrollpersoner ur den allmänna befolkningen för varje fall. De register vi kunde sammanlänka har angivits ovan. För att identifiera psykiska besvär, kontakter med kriminalvård eller att suicid inträffat hos barn användes Patientregistret, Lagfördareregistret samt Dödsorsaksregistret.

Resultat

Vi identifierade 261 män som förövare av IPF, i 80 fall (30%) hade männen sedan dött i suicid i direkt anslutning till mordet på partnern. Medelåldern hos förövarna var 45,8 år. Vi hade avsevärt fler kontroller av förövare av homicid

annat än IPF (N = 3 439).

Psykisk störning hos förövaren var associerat med IPF, aOR* 5,9 (95% CI 3,3 – 10,6). (* aOR betyder adjusted odds ratio). Motsvarande siffra hos förövare av andra homicid var 4,3 (95% CI 3,6 – 5,2). Vi fann ingen association mellan substansbruk och att vara förövare av IPF (aOR 0,4 95%CI 0,2 – 1,0), däremot fanns en tydlig association till substansbruk bland förövare av andra mord (aOR 4,3 95% CI 3,7 – 5,1). Tidigare självskada verkade inte skilja sig mellan förövare av IPF och andra homicid. Att tidigare vara dömd för ett brott var avsevärt tydligare associerat med homicid annat än IPF (aOR 15,3 95% CI 13,8 – 17,1) jämfört med förövare av IPF (aOR 4,4 95% CI 2,7 – 7,2).

Det var under den period vi undersökte 494 barn som drabbats av traumat att bli berövad sin mamma. Vi skiljde i analysen på om barnet exponerats för traumat under åldern 0 – 17 år (n = 308) eller efter att ha fyllt 18 år (n = 186). Enligt våra registerdata hade 13 % av barn exponerade före 18 år drabbats av någon form av psykisk problematik under den begränsade uppföljningstid vi kunde studera, för äldre vid exponeringen var 8,6 % drabbade. Vi beräknade risken för negativ påverkan med Cox regression, som tar hänsyn till tid mellan händelse och exponering. Risken att drabbas av allvarlig psykisk störning hade aHR 5,7 (95% CI 3,0 – 10,6) hos de yngre och 1,4 (95% CI 0,7 – 2,8) hos dem som exponerats efter 18 år ålder. Bland dessa ingick affektiv störning, psykos och personlighetsyndrom. Motsvarande risk för substansbrukssyndrom var aHR 5,8 (95% CI 2,8 – 11,9) hos de som exponerats som yngre och 1,1 (95% CI 0,5 – 2,5) hos dem som exponerats senare. Risken för självskada var aHR 5,7 (95% CI 3,0 – 11,1) för de som drabbats som yngre och 2,1 (95% CI 0,9 – 4,9) hos dem som exponerats efter 18 år. Suicid hos det drabbade barnet fanns endast i den grupp som exponerats efter 18 års ålder, detta gällde 5 individer (HR 4,3 95% CI 1,3 – 14,5).

Senare dom för våldsbrott under uppväxt eller i vuxen ålder var vanligare än i befolkningen hos både de som exponerats före 18 år (aHR 2,4 95 % CI 1,2 – 4,5) och dem som exponerats senare (aHR 3,2 95% CI 1,2 – 8,5).

Diskussion

Vi fann alltså att förövare av IPF hade allvarlig psykisk sjuklighet i minst samma utsträckning som förövare av homicid i allmänhet, men att betydelsen av av alkohol- eller drogbruk/-beroende var mindre. Akut påverkan med alkohol torde också förekomma vid IPF (Banks et al 2008), detta var dessvärre en uppgift vi saknade. Förövare av IPF hade mindre av tidigare kriminalitet. En tidigare studie har visat att förövare av IPF skulle skilja sig mindre från ”normala” män än mördare i allmänhet (Dobash et al 2004). En sådan tolkning kan vi inte argumentera för utifrån våra registerdata, men det fanns alltså mindre av miss-

bruk/beroende och mindre av känd kriminalitet. Vår metod identifierade inte förövare av IPF i allmänhet, naturligtvis är det så att en viss andel av IPF utförs av män som mördar sin partner utan att de har gemensamma barn. Likaså finns det fall av IPF där en kvinna utövar dödligt våld, dessa ingår inte heller i vår undersökning. En annan tragisk form av familjevåld är filicid, alltså att en förälder dödar egna barn. I en tidigare studie vi gjort såg vi också där psykisk störning som en riskfaktor hos förövare, men inte någon påtaglig relevans av substansbrukssyndrom (Lysell et al 2014).

Vårt bidrag till forskningsläget gäller fr a hur barn påverkas av den dramatiska erfarenhet som det är att fadern dödar modern. Det var alltså betydligt vanligare att barn med denna erfarenhet före 18 års ålder drabbades av komplikationer under den fortsatta uppväxten eller som ung vuxen. Grovt angivet var det ungefär fem till sex gånger vanligare med såväl allvarlig psykisk störning, liksom med substansbrukssyndrom eller med självskada i den grupp som exponerats före 18 års ålder. Däremot var risken betydligt mindre om man exponerats efter 18 års ålder, denna risk var inte signifikant högre än i befolkningen.

Å andra sidan hade de som exponerats för mord på modern efter 18 års ålder ändå en överrisk för att dö genom suicid. Detta kan te sig motsägelsefullt men torde kunna bero på att det i gruppen som exponerats efter 18 år också blir en längre observationstid i vuxna år. De som exponerats före 18 har inte i vår uppföljning kommit till en ålder där suicid inträffar. Uppenbart är i alla fall att även om de som exponerats för traumat senare i livet inte vårdats för psykisk sjukdom i ökad utsträckning, så har de en fyra gånger högre risk för suicid jämfört med ungdomar som inte drabbats av traumat att fadern mördat modern. Detta fynd om än statistiskt signifikant bygger dock på ett begränsat antal fall.

Ett skäl till att de yngre barnen drabbas värre psykiskt kan vara att de möjligen i större utsträckning blivit åsina vittne till mordet. Det kan vi inte belysa med de registerdata vi bygger på. Men det kan naturligtvis i grunden vara det faktum att yngre barn generellt drabbats värre av förlusten av föräldrar än unga vuxna (Wilcox et al 2010). Vi kan inte belysa ett annat förhållande som kan gälla oavsett ålder nämligen i vilken omfattning barn upplevt konflikter mellan föräldrarna vid ett antal tidigare tillfällen.

Vad gör vi då med denna information? Uppenbart är att barn som drabbats av traumat bör få stöd i efterförloppet, detta gäller tydligast för dem som exponerats i mycket ung ålder. Socialtjänsten torde alltid bli involverade, först för akut och sedan långsiktig placering av barnet. Flera insatser behövs när ett barns hela tillvaro omkullkastas. Med tanke på förekomsten av psykiska problem behövs psykologiskt stöd för bearbetning på olika sätt beroende på situationen. Vi bör kunna anta att professionella alltid kan identifiera de barn som drabbas av föräldramord, detta är en typ av händelse där samhällets representanter alltid är

involverade, det gäller både polis och kriminalvård, sjukvård och socialtjänst. I dessa situationer bör man kunna initiera kontakt med fr a barn och ungdomspsykiatri eller allmänpsykiatri, beroende på ålder hos efterlevande barn. Kanske finns på en del håll specialkunnig person för barn utsatta för andra former av trauma i familjen.

Det finns en specialinriktad verksamhet i London som ägnat särskilt intresse när det gäller att undersöka och försöka stödja barn med denna extrema erfarenhet (Black 1998). Dora Black, en kvinnlig barnpsykiater, var pionjär i detta arbete och har bl a skrivit boken ”When father kills mother”. Hon har mött 700 barn som varit drabbade och visat på behovet av stöd när det gäller var de ska placeras och hur de ska få psykologiskt stöd. I en intervju 2015 (Youtube Dr Dora Black Interview – Medical Women’s Federation) berör hon den svåra frågan om vilken kontakt barn ska få med sin far. Hon beskriver hur viktigt det i en del fall var för henne att följa barnet till pappan i fängelset, hur det för barnet kunde vara välgörande att träffa pappa som i detta läge var lugn och inte uppvisade den affekt och det våldsamma beteende som han gjort vid mordet. Hennes upplevelse utan att ha gjort långtidsuppföljningar var emellertid att traumat fanns kvar hos barnet hela livet. Men hon beskrev exempel på hur behandling hjälpt och att det var viktigt med psykiatrisk behandling där PTSD eller annan psykiatrisk störning fanns.

Det finns en systematisk översikt nämnd ovan (Alisic et al 2015) som sammanställt enstaka fallbeskrivningar och fallserier av barn som drabbats av att pappa dödat mamma. Alla gällde barn under 18 år. Den största ingående studien gällde 146 barn som exponerats för pappans mord eller mordförsök på mamman (Lewandowski et al 2004), övriga kunde gälla ett eller ett fåtal fall. Översikten utmynnar i ett antal viktiga frågor att belysa avseende ett efterlevande barns situation:

- Hur mår barnet nu psykiskt, socialt, fysiskt och hur fungerar barnet i skolan?
- Har barnet exponerats för våld i familjen tidigare?
- Var barnet vittne till mordet?
- Vad har barnet fått veta om dödsfallet?
- Hur kaotiska har de första dygnet efter händelsen varit för barnet?
- Hur mår de (enskild eller familj) som tagit hand om barnet just nu?
- Finns det konflikter mellan släktingarna kring barnets situation?
- Finns det någon form av kontakt mellan barnet och förövaren av mordet?
- Vilken psykologisk stödinsats har givits (gäller barnet och ev vårdnadshavare) och hur har det fungerat?

Vår studie omfattande 494 barn är således den avgjort största som publicerats (Lysell et al 2016). Vi har med samtliga förövare då även de fäder som tog sitt eget liv i anslutning till händelsen är inkluderade, vilket också är en styrka.

Även om 13 % hade någon form av psykisk diagnos kan det tyckas mycket lågt, men ligger nära de 16 % som angavs i en aktuell systematisk översikt (Alisic et al 2015). Det finns dock många begränsningar i våra data. Några har vi nämnt högre upp i texten. Vi har alltså först denna begränsning att få problem identifierats hos barnen beroende på att vi endast haft tillgång till psykiatrisk problematik som krävt psykiatrisk slutenvård. Med stor sannolikhet har ett betydande flertal haft signifikanta men mindre uttalade psykiska problem. Vi har inte någon mer ingående beskrivning på symptom- eller diagnosnivå. När det gäller förövaren har vi tecken på tidigare psykiatrisk problematik, men saknar information om hur påverkad förövaren var av aktuell psykisk störning vid händelsen och i vad mån denne också var akut påverkad av alkohol eller droger. Vi har inte heller tillgång till information om familjens status vid händelsen, t ex om de levde som en sammanhållen familj eller inte. Vi vet inte heller om barnet såg händelsen eller var den som upptäckte dödsfallet.

Slutsats

Studien ger en uppfattning om vilka allvarliga konsekvenser det kan få när barn drabbas av att fadern dödar modern. Att som professionell inom socialtjänst, sjukvård, polis och kriminalvård noggrant orientera sig om barns situation som efterlevande till att fadern dödat modern är viktigt. Att på ett lyhört och engagerat sätt tillse att de får vederbörlig hjälp ter sig självklart med den givna bakgrunden och de förväntade konsekvenserna för barnet på sikt. Att förhindra dessa ändå relativt sällsynta händelser är svårt men kan möjligen göras om man vid sociala myndigheter vid en orosanmälan får information om familjer där våldrisk misstänks. Psykisk störning hos förälder, liksom tidigare våldsbrott kan anges som förstärkande varningsfaktorer.

Referenser

- Alisic E, Krishna RN, Groot A, Frederick JW. Children's Mental Health and Well-Being After Parental Intimate Partner Homicide: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2015 Dec;18(4):328-45. doi: 10.1007/s10567-015-0193-7.
- Banks L, Crandall C, Sklar D, et al. A comparison of intimate partner homicide to intimate partner homicide-suicide: one hundred and twenty-four New Mexico cases. *Violence Against Women*. 2008;14(9):1065-1078. doi:10.1177/1077801208321983
- Black, D. Working with the effects of traumatic bereavement by uxoricide (spouse killing) on young children's attachment behaviour. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 1988; 2, 245-249

tema

- Dobash RE, Dobash RP, Cavanagh K, et al. Not an ordinary killer; just an ordinary guy: when men murder an intimate woman partner. *Violence Against Women*. 2004;10(6):577–605. doi:10.1177/1077801204265015
- Lewandowski, L. A., Mc Farlane, J., Campbell, J. C., Gary, F., & Barenski, C. (2004). “He killed my mommy!” Murder or attempted murder of a child’s mother. *Journal of Family Violence*, 19, 211–220. doi:10.1023/B:JOFV.0000032631.36582.23.
- Lysell H, Dahlin M, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Killing the Mother of One’s Child: Psychiatric Risk Factors Among Male Perpetrators and Offspring Health Consequences. *Journal of Clinical Psychiatry* 2016; Mar;77(3):342-7. doi: 10.4088/JCP.14m09564.
- Lysell H, Runeson B, Lichtenstein P, Långström N. Risk Factors for Filicide and Homicide: 36-Year National Matched Cohort Study. *Journal of Clinical Psychiatry* 2014 Feb;75(2):127-32. doi: 10.4088/JCP.13m08372
- Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *The Lancet*, 382, 859–865. doi:10.1016/S0140-6736(13)61030-2.
- Wilcox HC, Kuramoto SJ, Lichtenstein P, Långström N, Brent DA, Runeson B. Psychiatric Morbidity, Violent Crime and Suicide among Children and Adolescents Exposed to Parental Death. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 2010 ;49(5):514-23