

PARTNERVOLD: SKADELIG I FLERE GENERASJONER

En sammenligningsstudie av psykiske helseplager hos
partnervoldsutsatte kvinner med og uten voldserfaring i egen
opprinnelsesfamilie

Birgitte Marie DeFerry Nitter Kirsebom



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

20.04.2012

PARTNERVOLD: SKADELIG I FLERE GENERASJONER

En sammenligningsstudie av psykiske helseplager hos partnervoldsutsatte kvinner med og uten voldserfaring i egen opprinnelsesfamilie

öJeg så aldri sånt hjemme, derfor fikk jeg helt sjokk når han slo ö

öBarna har sett alt for mye.

De våknet og kom ned i stua.

En gang sa minstemann ödopp, doppö.

Han var 1 ½ år og kunne ikke snakke rent engang.

Da sto mannen min og tok kvelertak på meg.

Det var som han ikke så barna.

Dessuten beskyldte han meg for å bruke barna, som beskyttelse.

Det var ikke slik det var.

Barna merket også når det bygget seg opp til noe, og de søkte meg.

De ville sitte på fanget.

Hvert fall når de var små.

Etter hvert trakk de seg tilbake på rommet til det var over.ö

© Forfatter

År: 2012

Tittel: Partnervold: Skadelig i flere generasjoner

Forfatter: Birgitte Marie DeFerry Nitter Kirsebom

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Partnervold er et alvorlig helse- og sosial problem som påvirker alle medlemmene i familien, og som har alvorlige konsekvenser både for den utsatte og for de som blir vitne partnervolden. Denne studien undersøker i hvilken grad hjelpsøkende partnervoldsutsatte kvinner som også hadde opplevd vold i sin opprinnelsesfamilie rapporterte annerledes om psykiske helseplager, og om skam, skyld, og ansvar for partnervolden, enn kvinner uten denne tidlige voldserfaringen. Videre fokuserer oppgaven på skillet mellom å være vitne til vold og selv utsatt for vold som barn. Studien undersøker også de partnervoldsutsatte kvinnenes rapportering om egne barns eksponering for vold i familien.

Metode: Datamaterialet er hentet fra Solveig K. B. Vatnar sin doktorgradsstudie: An interactional perspective of intimate partner violence: An in-dept semi-structured interview of a representative sample of help-seeking women. Hovedoppgaven er gjort som en forlengelse av hennes arbeid, og er et selvstendig produkt. Forskningsprosjektet er en tverrsnittsstudie med et representativt utvalg av hjelpsøkende kvinner utsatt for partnervold (N=157) hvorav N=90 også hadde voldserfaring fra egen opprinnelsesfamilie. Kvinnene ble intervjuet ved bruk av spørreskjema om opplevelse av skyld, skam og ansvar, psykisk helse, egen utsatthet for vold i opprinnelsesfamilie og egne barns utsatthet for vitneerfaringer til nåværende partnervold.

Funn: Kvinner utsatt for seksuell vold i sin opprinnelsesfamilie hadde 11 ganger høyere risiko for å føle skyld for nåværende partnervold enn kvinner uten denne tidligere voldserfaringen. Kvinner eksponert for fysisk og psykisk vold i egen opprinnelsesfamilie skåret signifikant høyere på nåværende symptomtrykk for psykisk helse enn kvinner uten denne tilleggsbelastningen. Det var ingen forskjell mellom kvinner med og uten vold i opprinnelsesfamilien i forhold til om kvinnenes egne barn ble eksponert for partnervolden.

Konklusjon: Partnervold er komplekst, og kan ikke sees som en homogen erfaring. Volden oppstår i kontekst av interagerende faktorer både ved voldsutøver og voldsutsatt, konteksten volden skjer i, historiske, kulturelle og sosiale faktorer, som sammen påvirker hvilke konsekvenser partnervolden får som voldsutsattes psykiske helse. Studien gir støtte til dose-respons hypoteser når det gjelder omfanget av vold og grad av psykiske helseplager. Dette underbygger nødvendigheten av individuell tilpasning og familiesystemisk fokus i behandlingstilbud til voldsutsatte kvinner og deres barn.

Forord

Til veilederne:

Tusen takk til Solveig Karin Bø Vatnar for at jeg fikk analysere ditt omfattende datamateriale. Jeg vil også få takke for tilgang på din kunnskap, engasjement, for raushet, tid og varme.

Tusen takk også til Kirsten Benum for fleksibilitet, for faglige råd og for at du utfordret meg.

Innhold

Sammendrag	V
INNLEDNING	1
Voldsbegrepet	2
Forekomst av partnervold	4
Forekomst i andre familierelasjoner	4
Forskningstradisjon og teoretisk rammeverk	5
Psykkiske helseplager etter partnervold	6
Vold i opprinnelsesfamilie og barns psykiske helseplager	8
Voldens emosjonelle og kognitive konsekvenser: Skam, skyld og ansvarsattribuering	9
Teorier om sammenheng mellom tidlige påkjenninger og senere psykiske helseplager	11
Problemstilling og forskningsspørsmål	13
Forskningsspørsmål	13
METODE	15
Datamaterialet	15
Innsamling og rekruttering	15
Generell informasjon om informantene	17
Prosedyre for datainnsamling	18
Spørreskjema	18
Beskrivelse av aktuelle deler i spørreskjema	19
Aktuell informasjon om informantene for denne hovedoppgaven	23
Oppvekstvilkår	23
Helsefaktorer	23
Karakteristika ved partnervolden	24
Statistiske analyser	25
Etiske aspekter	25
Håndtering av datamaterialet	26
RESULTATER	28
Skyld, skam og ansvar	28
Forskjeller mellom kvinner med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilie	29
Forskjeller mellom å ha vært vitne til og å ha vært direkte utsatt for vold i opprinnelsesfamilien	35
Partnervoldsutsatte kvinner og deres barns risiko for å ha vært vitne til vold.	36
DISKUSJON	38

Hovedfunn	38
Partnervold og opplevelse av skam, skyld og ansvar for volden.....	38
Forskjeller mellom gruppene kvinner med og uten vold i opprinnelsesfamilien.....	39
Skyldfølelse og konsekvenser for tilknytning, psykiske helseplager og selvfølelse.....	39
Forskjeller mellom kvinner med og uten vold i barndommen når det gjelder psykiske helseplager	41
Rus, svak økonomi og mange flyttinger som risikofaktorer knyttet til vold i opprinnelsesfamilien.....	45
Utsatt for vold og vitne til vold i opprinnelsesfamilien, et kunstig skille?	47
Voldsutsatte kvinners barn som vitne til vold	49
Begrensninger ved studien	51
Videre forskning og kliniske implikasjoner	53
Konklusjon	54
Referanseliste	56

INNLEDNING

Det har i de senere år vært økende fokus på vold i nære relasjoner gjennom politiske utspill, mediaoppmerksomhet og i hjelpe- og behandlingsapparatet. Samfunnsmessig ser man store merbelastninger for familier med voldserfaring, ofte som psykiske ettervirkninger av volden, men også i lys av mer helhetlig redusert livskvalitet (Alsaker, Moen, Nortvedt & Baste, 2006; Vatnar & Bjørkly 2010). Også innenfor empirisk forskning ser man økt fokus rundt vold og voldens mekanismer. Dette avspeiles også i norske studier, både med generelle og mer selekterte utvalg. Den første, og foreløpig eneste norske prevalensstudien på vold i nære relasjoner har vist at så mange som 10 % av kvinner og 2 % av menn har vært utsatt for alvorlig partnervold (Haaland, Clausen & Schei i NIBR 2005). Partnervold er et alvorlig helseproblem blant voksne og resulterer ofte i negative helseplager for ofrene (Kaura & Lohman, 2007). Både kort-tids og lang-tids effekter på psykisk og fysisk helse er i de siste tiår dokumentert i en rekke studier av kvinner utsatt for partnervold (Pico-Alfonso, Garcia-Linares, Celda-Navarro, Blasco-Ros, Echeburua & Martinez, 2006), men også for par hvor volden er gjensidig (Prospero, 2008).

De alvorlige konsekvensene av familievold omtales ofte som systemiske, hvor både kvinner og barn lider under et mangfold av negative fysiske og mentale konsekvenser (Graham-Bermann, Lynch, Banyard, De Voe & Halabu, 2007). Den skadelige innvirkningen av familievold strekker seg utover partnervold fordi barn ofte er til stede i hjemmene hvor volden utføres. Å leve i et hjem med partnervold øker risikoen for at barn både blir utsatt for vold og /eller blir vitne til vold mellom foreldrene (Howell, 2011). Familievold har signifikant negativ effekt på generell helse, både til barnet og omsorgsgivere. Dette påvirker kvaliteten på interaksjonen med barnet, som igjen er assosiert med atferdsmessige og sosio-emosjonelle vansker. (English, Marshall & Stewart, 2003). Tidlig traumatisering i form av enten å være vitne til vold mellom omsorgspersoner eller det å selv være utsatt for vold som barn er risikofaktorer for senere å utvikle psykiske lidelser, slik at partnervold kan ha negative effekter over generasjoner (Smith, Ireland, Park, Elwyn & Thonberry, 2011). Videre finner forskning en signifikant sammenheng mellom det å være eksponert for vold mellom omsorgspersoner som barn og senere erfaring med vold i nære relasjoner, ofte kategorisert som reviktimisering (Ferguson, Boden & Horwood, 2006).

Sammenhengen mellom psykisk helse og erfaring med partnervold er komplekse og har mange fasetter. Norges offentlige utredninger om kvinners helse (NOU 1999:13) kritiserer manglende kompetanse i og samarbeid mellom helsevesen, rettsvesen og barnevern for å

kartlegge partnervold eller relasjonstraumer i møte med utsatte. Videre påpekes det behov av en helhetlig satsing både innen helsevesen, politi, frivillige instanser og fagområder med juridisk kompetanse for å bedre oppfølging og kvalitetssikre koordinering mellom instansene.

Solveig K. B. Vatnar sin doktoravhandling studerte vold og dennes mekanismer hos hjelpsøkende kvinner utsatt for partnervold. Hun kartla et bredt spekter av interagerende variabler som preget partnervoldsepisoder med fokus på voldens heterogenitet og kompleksitet (Vatnar, 2009). Dette gjorde hun for å identifisere og utforske ulike sårbarhetsvariabler og interaksjoner mellom disse, for å kunne fremme innspill til bedre intervensjoner og forebygging av partnervold.

Kvinner utsatt for partnervold kan ha svært ulike voldserfaringer, noe som kan gi utslag i ulikt symptombilde. I materiale fra Vatnars doktorgradsavhandling ligger det mulighet til videre å utdype psykologiske aspekter ved voldserfaringen i form av skyld, skam og ansvarsopplevelse for partnervolden. Dette i tillegg til muligheter for å undersøke voldens påvirkning på kvinnens psykisk helse, og hvordan vold i et generasjonsperspektiv påvirker kvinnens rapporterte symptomtrykk og evne til selv å beskytte egne barn for den pågående partnervolden.

Voldsbegrepet

Vold defineres ofte i forskningslitteraturen som et intensjonelt forsøk på, trussel om, eller faktisk og intendert påføring av psykologisk eller kroppslig skade mot en annen person (Zillmann, 1979). Denne definisjonen inkluderer all type vold, både generelt og i mer spesifikke kontekster, mellom ukjente og familiemedlemmer, innen og på tvers av generasjonsskiller. Vold i nære relasjoner eller familievold beskrives som vold eller trusler om vold overfor personer som er eller har vært gift, eller som lever eller har levd i ekteskapslignende forhold. Det gjelder også søsken, barn, foreldre, besteforeldre og andre i rett opp- eller nedadstigende linje, samt adoptiv-, foster- og steforhold (Politiet.no, 22.03.2012). Volden kan arte seg som fysisk vold, psykisk vold, materiell vold (beskadigelse av offerets gjenstander mv) eller seksuell vold (seksuelle overgrep).

I denne oppgaven vil voldsbegrepet avgrenses ytterligere da oppgaven fokuserer på den volden som skjer mellom partnere. Jeg har i denne oppgaven valgt å definere partnervold som i World Health Report on Violence and Health: öall atferd innen en intim relasjon som forårsaker fysisk, psykisk eller seksuell skade mot de som er i relasjonen. Slik atferd inkluderer handlinger av fysisk aggresjon, psykologisk misbruk, tilkjempet samleie, og andre former for seksuelt samkvem, og andre typer varierende kontrollerende atferd så som

isolering av en person fra dennes familie og venner, overvåking av dennes atferd og begrensning av deres tilgang til informasjon eller assistanse (min oversettelse).ö (Winstok, 2007b).

Partnervoldsbegrepet som definert her omhandler både menns vold mot kvinner, kvinners vold mot menn, og en tredje kategori: gjensidig vold i parforhold. I NIBR sin undersøkelse om partnervoldsutbredelse i Norge fant de at hver fjerde kvinne og hver femte mann hadde opplevd at ektefelle eller samboer minst en gang hadde anvendt fysisk makt (NIBR, 2005). Denne undersøkelse viste videre at de parforhold hvor vold og maktbruk forekom i betydelig grad var preget av manglende likeverd mellom kjønnene. Kvinner var imidlertid i større grad enn menn utsatt for den mest alvorlige volden. For mange omhandlet dette vedvarende fysisk og psykisk vold som inngikk i et omfattende kontroll- og maktregime. Det er derfor viktig å ha et særlig fokus på menns vold mot kvinner (Justisdepartementet, 2012). Hovedoppgavens utvalg er hjelpsøkende kvinner utsatt for partnervold, og derav med et utgangspunkt i vold som utøves av menn mot kvinner.

Vold i nære relasjoner blir i forskningslitteraturen ofte inndelt i tre kategorier; fysisk vold, psykisk vold og seksuell vold (Vatnar, 2009), og alle kategoriene er hver for seg assosiert med økte helseplager. I tidlig partnervoldsforskning var hovedfokus ofte på fysisk eller seksuell vold, men Pico-Alfonso et al. (2006) oppsummerer forskning over tid som poengterer at psykisk vold alene er helseskadelig (Pico-Alfonso et al., 2006). De fant at psykisk vold var en sterkere prediktor for depresjon, PTSD og angst enn fysisk vold og er et uavhengig bidrag til psykiske helseplager. Partnervold beskrives ofte som et enhetlig fenomen, men forskning viser at det finnes store individuelle forskjeller. Noen kvinner opplever en engangshendelse av fysisk vold, men andre kvinner har vært utsatt for gjentatt vold over tid av både fysisk, psykisk og seksuell karakter. I tillegg kan partnervoldsepisoder variere når det gjelder karakteristika ved volden, kontekstuelle variabler, offer og utøverspesifikke variabler (Vatnar, 2009). I et slikt perspektiv blir det viktig å også differensiere kvinnens ulike erfaringer ifht effekt av partnervolden. Pico-Alfonso minner om at tidlig forskning som omfattet effekt av partnervold i hovedsak vektla fysisk partnervold, og at man på denne måten fikk en redusert forståelse av et komplekst bilde hvor to eller tre kategorier vold kan sameksistere i partnerrelasjonen. Nyere forskning viser at alle typer vold selvstendig bidrar til psykiske helseplager og at kvinner erfarer psykiske helseplager uavhengig av type vold (Pico-Alfonso et al., 2006).

Forekomst av partnervold

En rekke internasjonale studier har kartlagt forekomst av partnervold, samtidig som vi i Norge fikk den første prevalensstudien på partnervold i 2005. I en amerikansk studie beskrives prevalens av partnervold som alarmerende høy, med konservative årlige estimater mellom 17 % og 28 % hos gifte eller samboende par (McDonald, Jouriles, Ramisetty-Mikler, Caetano & Green, 2006). Andre studier rapporterer varierende estimater fra 10 % til 69 % for kvinner som er fysisk angrepet av en intim mannlig partner på et tidspunkt i løpet av livet (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002). Det estimeres i en annen amerikansk undersøkelse at 14 % til 20 % vil oppleve voldtekt på et tidspunkt i livet (Tjaden & Thoennes, 2000), og så mange som 8 % til 25 % vil oppleve fysisk mishandling i en seksuelt-romantisk partnerrelasjon (Briere & Elliott, 2003). I Norsk institutt for by og regionsforskning sin undersøkelse fra 2005 svarer mer enn hver fjerde kvinne over 15 år at ektefelle eller samboer minst en gang har brukt fysisk makt mot henne (NIBR, 2005). Andelen kvinner på 9 % som hadde opplevd vold eller trussel om vold fra nåværende partner var lavere i Norge sammenlignet med tilsvarende tall i Finland på 22 % og i Sverige 11 % (NIBR, 2005). Samtidig viser disse studiene at en stor andel av ofrene har gjentagende erfaringer med voldsepisoder, samt at mange kvinner rapporterer om erfaring av flere typer overgrep. Også et betydelig antall barn opplever vold i nære relasjoner. I en norsk undersøkelse fra 2007 oppga 25 % av avgangselever ved videregående skole at de hadde vært utsatt for vold fra foreldrene en eller flere ganger i løpet av livet (Mossige & Stefansen, 2007).

Forekomst i andre familierelasjoner

I løpet av de siste ti-årene har det vært en økende oppmerksomhet og interesse rundt samtidig tilstedeværelse av partnervold og mishandling av barn (English, Marshall & Stewart, 2003), en interesse som har inkludert et økt fokus på å identifisere effekter på sosial- og psykologisk utvikling hos barn av det å være vitne til vold mellom omsorgsgivere (Edelson, 1999). Daro & Cohn (1988) har estimert 11 ó 42 % overlapp av partnervold og mishandling mot barn i en behandlingspopulasjon. Stark og Flitkraft (1988) fant at 45 % av mødre til barn som var utsatt for mishandling selv hadde medisinske historier som indikerte mishandling. I en oversiktsartikkel om familievold fant McKay (1994) at mellom 45 % og 75 % av kvinner på krisesentre rapporterte at deres barn erfarte en eller flere former for mishandling. I en norsk studie av partnervoldsutsatte mødre rapporterte 81 % av mødrene at barna hadde vært vitne til fysisk vold, 90 % hadde vært vitne til psykisk vold og 30 % av barna hadde vært vitne til

seksuell vold mellom omsorgspersoner (Vatnar & Bjørkly, 2011). Videre rapporterte 27 % av kvinnene at felles barn med overgriper hadde vært utsatt for fysisk vold, og 37 % hadde vært utsatt for psykisk vold.

Straus og Gelles fant i en nasjonal undersøkelse i USA i 1990 at barn som levde i familier med vold mellom voksne omsorgspersoner hadde dobbel så stor risiko for fysisk mishandling sammenlignet med familier uten partnervold. Andre studier støtter opp om at barn som vitne til vold har større risiko for selv å bli mishandlet (Saunders, 1994, i English et al, 2003, Jiarmukpitak et al, 2011). Den norske forekomstundersøkelsen fra 2005 rapporterer at barn i betydelig grad ble eksponert for maktbruk mellom omsorgspersoner. Når mor var utsatt for maktbruk fra far, var barn vitne i to av fem tilfeller (NIBR, 2005).

Forskningstradisjon og teoretisk rammeverk

I forskningslitteraturen pågår diskusjon om voldsbegrepets innhold. Vanlige oppfatninger av partnervoldsbegrepet kombinerer to tradisjoner (Gordon, 2000). Den ene tradisjonen, *Domestic violence* stammer fra bevegelser i advokatsystem og rettsvesen med et feministisk fokus på seksuelle overgrep og vold i hjemmet i lys av maktprinsipper i partnerrelasjoner. Bildet av *Domestic violence* kan være preget av et noe ensidig bilde av vold mot kvinner utøvd av menn. Menns vold mot kvinner utspiller seg ofte i asymmetriske forhold hvor bruk av makt er sentralt (Dobash, 1977 i Vatnar, 2009). Den andre tradisjonen, *Family violence* stammer fra sosial-atferdsforskning hvor seksuelle overgrep og familievold er studert gjennom et individfokus, i lys av læringsprinsipper og personlighet (Winstok, 2007). *Family violence* tradisjonen har hevdet at menn og kvinner like ofte utøver vold mot hverandre i parforhold (Johnson & Pottie Bunge, 2001). Disse to forskningstradisjonene er forsøkt integrert i nyere partnervoldsforskning, men her gjenstår mye (Winstok, 2007).

Vektlegging av ulike teoretiske forankringer og foki i fremstilling av forskning bidrar til ulike forståelsesrammer basert på ideologi, perspektiver og metodologiske forskningsfokus. Eksempelvis fremhever Winstok at det å referere til kjønn i beskrivelser av voldsutøvelse kan bidra til begrensninger i forståelse av voldens inter- og intra- dimensjonelle faktorer. Det å vektlegge mannens vold mot kvinnen kan feiltolkes til en forståelse av at denne type vold har andre mekanismer enn kvinnens vold mot mannen (Winstok, 2007). Når de forståelsesrammer som begrepet vold blir presentert i er ulike, vil dette kunne føre til en mer fragmentert enn helhetlig kunnskapsbase.

Tidligere teoretiske rammeverk innen voldsforskningen har bidratt med viktig kunnskap, men både med spesifikke og generelle begrensninger (Bell & Naugle, 2008). En av de fremste eksisterende begrensningene er deres manglende evne til å fange heterogeniteten og kompleksiteten ved partnervold (Vatnar, 2009). Nyere forskning innen feltet søker å kartlegge/forstå heterogeniteten ved partnervold. Dette ved å tydeligere vektlegge den kontekst voldshandlingen oppstår i, i tillegg til faktorer både ved offer og voldsutøver (Bell & Naugle, 2008), for deretter å anerkjenne at interaksjoner mellom alle disse variablene er av betydning for forståelse og for predikerbarhet av partnervolden. På denne måten søker et interaksjonelt teoretisk rammeverk å sammenfatte den kompleksiteten partnervoldsepisoder innbefatter (Winstok, 2007).

Tilsvarende kan partnervold ha et ekstremt bredt spekter av effekter på offer, effekter som også synes å variere som en funksjon av type overgrep og stor variasjon av individuelle, traumerelaterte og sosiokulturelle variabler (Briere & Jordan, 2004). Disse variablene og komplekse konsekvensene er av en slik bredde at en gitt lidelse eller symptomsammensetning relativt usannsynlig fanger den totale symptomatologiske opplevelse et offer for vold erfarer. Med en endring av fokus fra et ensidig individuelt perspektiv eller et ensidig kjønnsperspektiv til et interaksjonelt/kontekstuet perspektiv på partnervold og partnervoldens konsekvenser, søkes det et nytt teoretisk og operasjonelt rammeverk for partnervold som hensyntar kompleksiteten (Winstok, 2007).

Psykiske helseplager etter partnervold

For kvinner er årsaken til hovedvekten av psykiske plager og lidelser blitt assosiert med minst en form for interpersonlig offererfaring (Briere & Jordan, 2004). Seksuell og fysisk vold, både innen eller utenfor familien, er gjennom forskning godt dokumentert som risikofaktorer for utvikling av angst (Campbell, 2002; Gleason, 1993), kognitive forstyrrelser som håpløshet og redusert selvfølelse (Janoff-Bullman, 1992 i Briere & Jordan, 2004), depresjon (Campbell, 2002; Golding 1999), posttraumatisk stress (Sippel & Marshall, 2011; Golding 1999), seksuelle vansker, søvnforstyrrelser (Humpreys, Lee, Neylan & Marmar, 1999) alkohol og stoffmisbruk (Golding 1999; Ratner, 1993), personlighetspatologi (Davins-Pujols, Pèrez-Testor, Salamero-Barò & Castillo-Garayoa, 2012), og suicidalitet (Ullman & Brecklin, 2002; Kaslow, Thompson, Okun, 2002). Man finner tilsvarende effekter etter psykisk partnervold (Migeot & Lester, 1996; Vitanza, Vogel & Marshall, 1995). Tolman & Rosen (2001) fant at kvinner som hadde vært utsatt for alvorlig fysisk vold i løpet av de siste

12 månedene hadde en 3 ganger høyere rate av depresjon og generalisert angstlidelse enn kvinner som ikke hadde partnervoldserfaring.

Skader etter partnervold kan være av både fysisk og psykisk karakter, i tillegg til at de både kan være akutte og mer varige. Akutte traumereaksjoner, tilsvarende PTSD symptomer kan knyttes til voldserfaringer basert på tidsmessig nærhet til erfaringen. Andre responser er ikke så opplagt relatert til akutte traumer og har en mer kronisk og mindre spesifikk karakter. Dette er skader som kan prege individets relasjonelle evner og inkluderer kognitive skjemaer for tilknytning, intimitet, sikkerhet og grad av evne til å unngå fare. Disse kognitive forstyrrelsene kan igjen føre til negativt stemningsleie og dysfunksjonell atferd (Koss, Figueredi & Prince, 2001). Både menns og kvinners tilknytningsstil og indre arbeidsmodeller for relasjoner etablert i barneår preger tilknytningsatferd i romantiske relasjoner som voksen (Grossman, Grossman, Winter & Zimmermann, 2002). Denne tidlige individuelle relasjonserfaringen påvirker indre representasjoner av selvet og andre, og kan føre til interpersonlige vansker og negative selvrepresentasjoner (Horowitz, 2004). Kvinner med offererfaringer sees ofte i klinikken med senvirkninger ifht selvtillit, med intens og vedvarende selv-devaluering inkludert selvbebreidelser, skyld og skamopplevelser (Moor, 2007). Forskning viser en sterk assosiasjon mellom skamfølelse og et bredt spekter av psykiske lidelser, inkludert angst og depresjon (Tangney & Dearing, 2002), og fremhever individuell sårbarhet for å føle skam. Dette indikerer at individets personlighetstrekk basert både på genetiske og miljøpåvirkninger må forstås som betydningsfulle faktorer ifht symptomutvikling og mestring av voldserfaringer (Winstok, 2007).

Andre typer tidlige erfaringer påvirker også i hvilken grad voldserfaringer får effekter hos offeret. Det er kjent at tidligere voldserfaring øker risiko for reviktimisering, og at multiple episoder assosieres med mer alvorlige psykiske konsekvenser (Nisith, Mechanic & Resick, 2000). Psykiske helseplager som effekt av partnervold kan i seg selv være risikofaktor for reviktimisering ved å redusere offerets evne til å unngå fremtidig voldsepisoder (Foa, Cascardi, Zoellner & Feeny, 2000). Det å erfare vold i barndom kan predisponere kvinner til å utvikle en spesiell personlighetsstil, og denne personlighetsfungeringen kan igjen øke risiko for på nytt inngå i mishandlende relasjoner i voksenalder (Bensley et al., 2003 i Wood, 2011). Videre viser forskning at også sosiodemografiske variabler som alder, kjønn, økonomi, etnisitet og oppvekstvilkår i opprinnelsesfamilie er av betydning både for voldsutsatthet og konsekvens på psykisk helse (Briere & Jordan, 2004).

Vold i opprinnelsesfamilie og barns psykiske helseplager

Barn som er vitne til vold i hjemmet har økt risiko for voldserfaring i voksenlivet (Vatnar, 2010; Ehrensaft Cohen, Brown, Smailes, Chen, & Johnson, 2003; Kashani & Allan, 1998; Geffner, Jaffe & Sudemann, 2000; Graham-Bermann & Edleson (2001); Graham-Bermann, Gruber, Howell & Girz (2009); Graham-Bermann & Perkins, (2010). Dette sees i lys av den påvirkningen individets opprinnelsesfamilie har på relasjons- og emosjonserfaring (Buchbinder & Eisikovits, 2003). Videre finner man at det å leve i et hjem med partnervold øker risikoen for at barn både blir vitne til vold mellom omsorgspersonene og /eller selv utsatt for overgrep (Kathryn H. Howell, 2011). Risikoen for å bli eksponert for partnervold er spesielt høy for mindre barn, med en ekstra sårbarhet for barn under seks år. Fantuzzo og Fusco (2007) fant i en populasjonsstudie av barns direkte eksponering for familievoldsepisoder undersøkt av politiet, at der barn var til stede mens volden pågikk, hadde 81 % av barna vært direkte involvert i volden. Denne størrelsesorden støttes av flere forskere som beskriver at barn som lever i familier med vold er tilstede som vitne til volden i 70% til 85% av tilfellene (Jaffe, Wolfe & Wilson, 1990).

Forskning om effekt av vold på barns utvikling har ofte skilt mellom det å være vitne til vold mellom omsorgspersoner og selv å være utsatt for mishandling som barn (Adams, 2006; Sternberg Baradaran, Abbott, Lamb, Guterman, 2006; Wood & Sommers, 2011). En meta-analyse på familievold fant at førskolebarn som var vitne til vold mellom omsorgspersoner hadde tilsvarende risiko for internaliserende problemer som barn som ble direkte utsatt for vold. Videre fant man førskolebarn ifht skolebarn hadde høyere risiko for eksternaliserende problemer, og lavere risiko for internaliserende problemer (Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb & Guttermann, 2006).

Barns respons på voldsutsatthet har sammenheng med barnets utviklingsnivå. Tidligere forskning antyder at det å være vitne til vold som barn øker risiko for selv å utøve voldelig atferd senere i livet (Kashani & Allan, 1998). Ut over dette finner Adams at det å være vitne til vold som barn påvirker fem primære utviklingsområder; fysisk/biologisk fungering, atferd, emosjoner, kognitiv utvikling og sosial tilpasning (Adams, 2006). Å være utsatt for traumer (som familievold) over tid har påvirkning på nevrokjemi og kan resultere i en varig tilstand av hyperaktivering med effekter både på indre tilstand (eks. hjerterate, fordøyelse) og ytre atferd (eks. sinneutbrudd, aggresjon) (El-Sheikh, Harger and Whitson, 2001). Videre fant Mc Gee et al. (1997) at mødre med barn som er eksponert for familievold rapporterte om varierende helseproblemer hos barna som ble attribuert til volden (Mc Gee, Wolfe & Wilson, 1997).

Effekter av familievold er spesielt stressende for mindre barn fordi de tilbringer store deler av dagen sammen med foreldre. Barna stoler på at omsorgspersoner skal beskytte dem fra fare, gjøre miljøet sikkert og forutsigbart, funksjoner som kan være vanskelige å få til i familier hvor det forekommer vold (Margolin & Gordis, 2000). Sammenlignet med eldre barn har førskolebarn utsatt for familievold signifikante lavere nivåer av selvfølelse og sosial kompetanse (Fantuzzo et al., 1991; Rossman, Rea, Graham-Bermann & Butterfield, 2004). Voldserfaring i førskolealderen, hvor emosjonsregulering utvikles og barnas tilknytning til omsorgspersoner er mest betydelig, viser mest alvorlig og varige negative effekter (Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson, & Von Eye, 2006).

Spe- og småbarns forstyrrelser i tilkynningsrelasjoner kan gi varige påvirkninger på videre relasjonskompetanse gjennom barne- ungdoms- og voksenalder. Videre ser man at barn som utsettes for vold først ved skolealder strever med andre utfordringer. I denne perioden er vennerelasjoner og skoleprestasjoner sentrale utviklingsoppgaver, og disse oppgavene er avhengig av evne til emosjonsregulering, det å vise empati og å holde oppmerksomhet til økende komplekst materiale. Eksponering for vold endrer barns evne til å regulere emosjoner, noe som igjen fører til mer intens og alvorlig aggresjon, og man ser at barn utsatt for vold i hjemmet oftere tyr til aggresjon, slåssing og antisosial atferd (Margolin, 2005).

Voldens emosjonelle og kognitive konsekvenser: Skam, skyld og ansvarsattribuering

Skam og skyld har lenge vært kjent som viktige emosjonelle tilstander hos individer som har utviklet PTSD etter partnervold (Beck, McNiff, Clapp, Olsen, Avery, Hagedwood, 2011). Det finnes mange ulike definisjoner av begrepene skam og skyld, men Lewis sine arbeider fra 1971 har guidet det meste av de siste tiårs arbeider på dette feltet (Tagney, 1996). Felles for skam og skyld er endringen av relasjonen mellom individet og han/hun selv og/eller andre, på en måte som reduserer den individuelle selvfølelsen og fokuserer på gapet mellom hva som er ønskelig og tillatt og hva som er uønskelig og forbudt. På denne måten er begge selvbevisste emosjoner (Lewis, 2000). Likevel må det anerkjennes en kvalitativ forskjell mellom disse emosjonene. Skyld styrer individet til å fokusere på sine personlige feil og mangler mens man samtidig søker etter mulighet for tilgivelse, korreksjon og kompensasjon på ulike måter, inkludert straff. Disse korreksjonene, både konkrete og symbolske, tillater individet å erfare en form for selvaksept og håp om tilgivelse. Skam derimot omfatter således

større deler av selvbegrepet og fanger individet i en følelse av irreversibel verdiløshet, ydmykelse og nedverdiggelse (Lewis, 1995 i Eisikovits & Enosh, 1997). Derfor blir den basale eksistensielle erfaringen en selvavvisning og avvisning fra andre, noe som igjen vil føre til en følelse av svakhet, tap av kontroll og fastlåsthet (Buchbinder & Eisikovits, 2003).

Skyld har en karakter av verdivurdering i seg som er potensielt kapabel til å tjene som en katalysator for korrigerende tiltak for å lindre det vonde. På denne måten kan selvilde bedres ved å gjenvinne kontroll og handlekraft (Lewis, 2000). Når man føler skyld oppfattes ikke hele selvet som dårlig på tross av at man har gjort en gal handling. Skam derimot reflekterer en grunnleggende mangel i selvet som ingen handling kan korrigere, slik at handlingen og selvet ikke kan skilles når man føler skam. Når skam internaliseres har den en negativ innvirkning på persepsjon av selvet, andre og verden i sin helhet.

Attribusjon av ansvar for volden er ofte i partnervoldslitteraturen knyttet til det å bryte ut av partnerskap eller ikke (Surman & Rodriguez, 2006; O'Neill & Kerig, 2000; Pape & Arias, 2000). I hvilken grad en kvinne tar ansvar for volden reflekterer hennes antagelser ifht til årsak bak den voldelige atferden. Attribusjon omfatter i hvilken grad man forklarer årsaken til mishandlingen som indre eller ytre styrt handling hos partner, som stabil eller ustabil, intensjonell eller ikke-intensjonell (Shurman & Rodriguez, 2006). I tillegg vil en kvinnes attribusjonsstil reflektere om hun oppfatter den voldelige partneren som egoistisk og klanderverdig. Kvinner som forblir i voldelige partnerskap skåret høyere på mål om atferdsmessig og karaktermessig selvskyld enn kvinner som hadde avsluttet sine voldelige partnerskap (O'Neill & Kerig, 2000).

Kjernefamilien er den primære sosialiseringsteksten for holdninger, verdier, emosjoner og atferd og har en kritisk påvirkning på utviklingen av senere eksistensielle temaer i voksenlivet (Ainsworth, 1991). Tilknytning reguleres av individets indre arbeidsmodell, en kognitiv representasjon av hvor akseptabel eller ikke-akseptabel et barn føler hun/han er i tilknytningspersonens øyne (Bowlby, 1969). Den indre arbeidsmodellen er styrende for kvaliteten av barnets tilknytningsbånd som klassifiseres i hovedgruppene sikker/usikker. Når disse skjemaene om selv og andre er formet tenderer disse til å være relativt stabile gjennom livet (Berman & Sperling, 1994). Tilknytning med sine kognitive skjemaer er nært knyttet til selvfølelse, selvverd og attribusjonsstil. En pessimistisk attribusjonsstil, med interne, stabile og globale attribusjoner for negative hendelser og ytre, ustabile og spesifikke attribusjoner for positive hendelser, er relatert til skam, lav selvfølelse og depresjon i ikke-misbrukte utvalg (Nolen-Hoeksema, Girgus & Seligman, 1992). Jo høyere

nivå av indre attribusjoner som gjøres for mishandling, jo høyere nivåer av depresjon, angst og PTSD symptomer rapporteres (Feiring, Taska & Lewis, 2002).

Teorier om sammenheng mellom tidlige påkjenninger og senere psykiske helseplager

For å forstå hvorfor vold i opprinnelsesfamilien har stor betydning for videre fungering, kan fire ulike teoretiske retninger bidra til å gi økt forståelse. Det første teoretiske rammeverket er *Developmental Psychopathology* som undersøker hvordan patologi utvikles. Et slikt rammeverk fokuserer på den rollen utviklingsmessige prosesser, kontekst og påvirkningen av multiple og interagerende hendelser spiller i å forme adaptiv og maladaptiv utvikling (Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith & Jaffe, 2003). Psykopatologisk utviklingsteori retter oppmerksomhet mot hvordan voldserfaring kan ha ulike effekter ved ulik alder, og kan kompromittere barns muligheter til å få normale utviklingsmessige utfordringer (Margolin & Gordis, 2000). Tidlige mønstre av tilpasning og erfaring former barnets suksess eller vansker i å møte fremtidige utviklingsmessige oppgaver, slik at effekter av volden kan kumuleres og videreføres gjennom utviklingen. Vold kan initialt resultere i primære effekter som igjen kan forårsake sekundære effekter ved å forstyrre barnets progresjon gjennom aldersrelevante utviklingsoppgaver. Effekten av vold bestemmes altså av en interaksjon mellom eksponeringen, voldens natur og de utviklingsmessige kapasiteter barnet har (Margolin, 2005).

Det andre teoretiske ståstedet finner jeg i *tilknytningsteorien*. Selv spedbarn kan påvirkes negativt av traumatiske hendelser ved at grunnlaget for tidlig psykisk helse blir skadet når et barn ikke kan stole på omsorgspersoners evne til og beredskap for beskyttelse. Relasjonene til omsorgsgivere består av to komplementære psykologiske systemer ó omsorgssystemet i omsorgsgiver og tilknytningssystemet i barnet. Mål med tilknytningssystemet er å skape beskyttelse for barnet ved å opprettholde nærhet til omsorgsgiver. Det komplementære målet til omsorgssystemet er å skape denne beskyttelsen (George & Solomon, 2008). Begge er essensielle for å fremme trygg relasjon og kan påvirkes av voldserfaring, gjennom mors omsorgsevne basert på indre arbeidsmodeller (Bowlby, 1980) og den omsorgserfaring barnet erfarer (Levendovsky, Bogat & Huth-Bocks, 2011). Barnets erfaring av omsorgsgivers responsivitet i tidlig tilknytningsfase skaper en kognitiv og emosjonell mal, en indre arbeidsmodell, av seg selv i relasjon til andre og andre i relasjon til seg selv (Bowlby 1969/1980). På samme måte kan relasjonstraumer hos mor forstyrre og bryte ned normale omsorgsresponser for eget barn (George & Solomon, 2008).

Graden av skade avhenger også av omsorgsgivers tilgjengelighet og reaksjonsevne (Bogat, DeJonghe, Levendovsky, Davison & von Eye, 2006), hvor omfanget av påvirkningen kan graderes fra mildt til en mer alvorlig funksjonsendring. En mild grad vil kunne påvirke barnets oppfattelse av å ikke være i sentrum av omsorgsgivers verden. En noe mer alvorlig påvirkning kan sees når barn ikke får hjelp til regulering og må ty til selvbeskyttende atferd, tilbaketrekning, sinne og aggresjon. I sin ytterste konsekvens av relasjonstraumer knyttet til voldserfaring for barn, ser man at barnets tilknytnings- og mestringsstrategier blir forstyrret (Lieberman & Knorr, 2007).

Det tredje teoretiske rammeverket finner jeg i familiesystemteori. Konflikt og vold i partnerskap er assosiert med redusert foreldrekompetanse. «*Spill hypotesen*» foreslår at fiendtlighet og konflikt i ett familiesystem (partnerskapet) negativt påvirker et annet familiesystem (foreldre-barnsystemet) (Erel & Burman, 1995). I familier med partnervold søker familiesystem teori å forklare dynamikk hvor familien som den primære kilde for beskyttelse for barnet også er kilden til volden. I tillegg til å fremme trusler mot barnets sikkerhet vil familievold krenke barnets nærmiljø som en trygg havn og etterlate foreldrene potensielt mindre tilgjengelige for fysisk og emosjonell omsorgsevne (Margolin 2005). Familiesystemperspektiver setter søkelys på hvordan vold reduserer familiens ressurser og dermed reduserer terskel for at aggresjon kontinueres og får ringvirkninger i andre familiesystemer (Patterson & Dishion, 1988).

Det fjerde og siste teoretiske ståstedet er *sosial læringsteori* som gir en logisk teoretisk forbindelse mellom erfaringen av vold tidlig i livet og senere aggressiv atferd. Dette ved at man med erfaring med vold lærer aggressiv atferd og aksept av aggresjon som en norm i nære relasjoner (Dodge, 1997 i Margolin 2005). Læringsteori fremmer videre at individer som har erfart vold som barn har større sannsynlighet for å rettferdiggjøre bruk av vold mot egne partnere og til å selv utøve vold mot partnere og barn enn individer som ikke har denne erfaringen. Dette funnet støttes i mye tidligere forskning (Wallace, 2002; McCloskey, 2011; Felitti et al, 2002). Sosial læringsteori predikerer at prevalens og frekvens av gjentakende vold er større hos dem som a) har sett andre de ser opp til benytte aggresjon mot partner eller akseptert at partner utøver vold mot dem; b) har holdninger som godkjenner, tolererer, bare vagt avviser partnervold; c) assosierer seg med signifikante andre som har holdninger konsistente med bruk av vold eller benytter vold selv; d) forventer en større balanse av sosiale eller ikke-sosiale belønninger enn kostnader ved å tolerere vold (Cochran, Sellers, Wiesbrock & Wilson , 2011).

Problemstilling og forskningsspørsmål

Hovedproblemstilling for denne hovedoppgaven er å undersøke sammenhenger mellom voldserfaringer i barndom og voksenalder. Sammenhengene jeg vil undersøke gjelder opplevd skam- og skyld og ansvar knyttet til volden, og psykiske helseplager.

Forskningshypotesen er at dersom partnervoldsutsatte kvinner også har voldserfaring fra sin opprinnelsesfamilie vil dette kunne gi økt skyld, skam og ansvarsattribusjon for volden de utsettes for som voksne. I tillegg vil vold i opprinnelsesfamilien kunne gi sterkere psykiske helseplager sammenlignet med kvinner uten denne barndomserfaringen.

Forskningsspørsmål

1. Er partnervoldsutsatte kvinner som har voldserfaring fra sin opprinnelsesfamilie forskjellige fra kvinner som ikke har denne barndomserfaringen når det gjelder
 - opplevd skyld, skam, ansvar for partnervold?
 - psykiske helseplager?

2. a) Er partnervoldsutsatte kvinner som har vært *direkte utsatt for vold som barn* i sin opprinnelses-familie forskjellig fra de som *ikke* har denne barndomserfaringen når det gjelder:
 - opplevd skyld, skam, ansvar for partnervold?
 - psykiske helseplager?

- b) Er partnervoldsutsatte kvinner som har vært *vitne til vold som barn* i sin opprinnelsesfamilie forskjellig fra de som *ikke* har denne barndomserfaringen når det gjelder:
 - opplevd skyld, skam, ansvar for partnervold?
 - psykiske helseplager?

- c) Er det forskjell på de som har vært *direkte utsatt for vold som barn*, og de som har vært *vitne til vold* i opprinnelsesfamilien når det gjelder
 - opplevd skyld, skam, ansvar partnervold?
 - psykiske helseplager i voksenalder?

3. Klarer partnervoldsutsatte mødre som har voldserfaringer fra sin opprinnelsesfamilie i mindre grad å beskytte egne barn mot å bli vitne til vold enn kvinner uten denne tilleggsbelastningen?

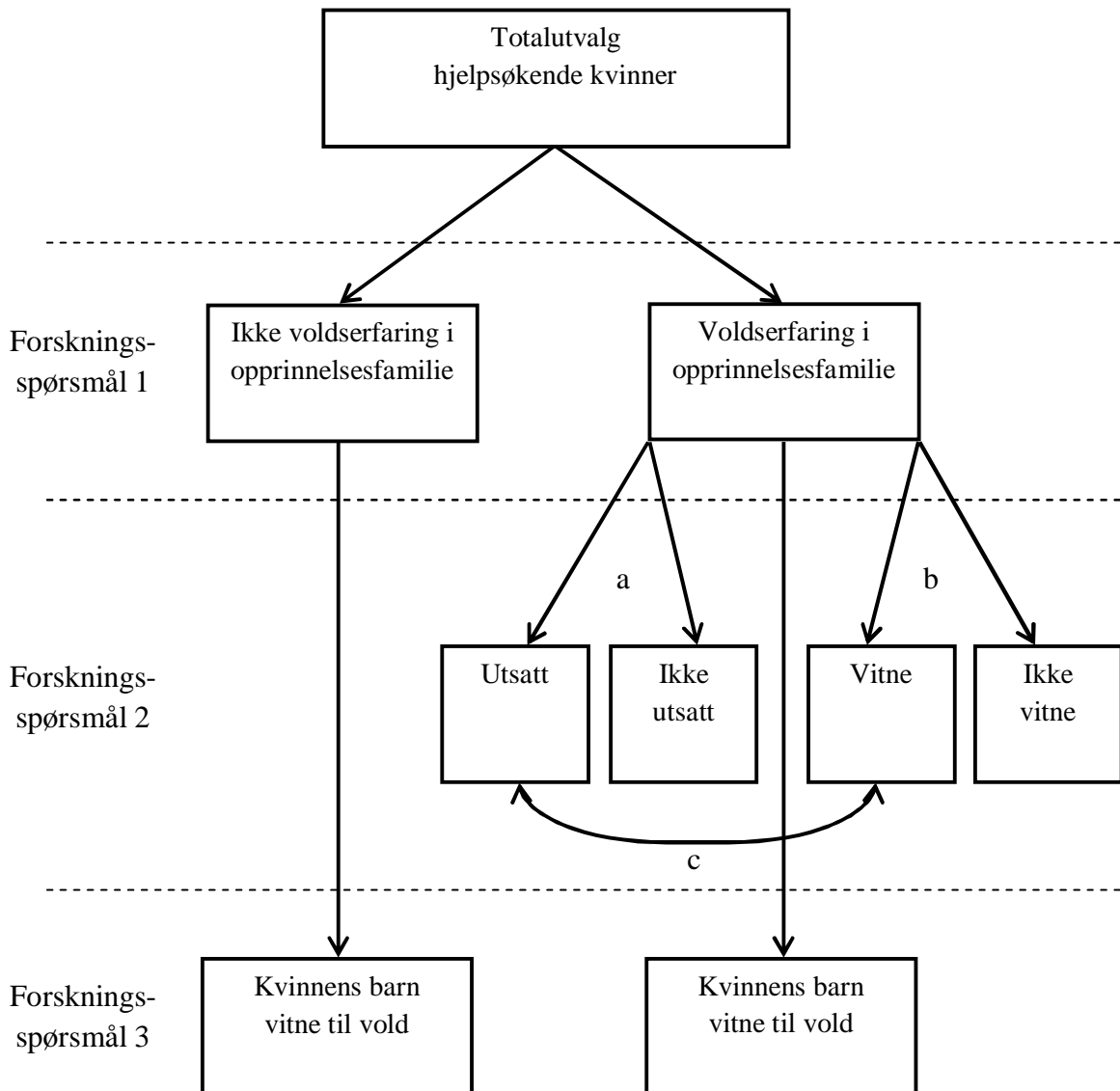


Fig. 1 Oversikt over analysenivåer og undergrupper for forskningsspørsmålene

METODE

Datamaterialet

Innsamling og rekruttering

Datamaterialet i denne hovedoppgaven er hentet fra doktorgradarbeidet til Solveig Bø Vatnar (2009) *An interactional Perspective on Help-seeking Women subject to Intimate partner violence*. Doktorgradsprosjektet var godkjent av Regional Etisk Komite (REK). Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra alle deltagerne i studien. Intervjuene ble gjennomført mellom april 2005 og april 2006 i 8 fylker i Norge. Deltagerne ble rekruttert gjennom krisesentre, politi og familievern fra ulike regioner i Norge slik at både byer, tettsteder og landsbygd var representert (Vatnar, 2008).

Inklusjonskriterier i opprinnelsesstudien var:

- a) minimum alder 18 år
- b) hadde kontaktet krisesenter, politi eller familievern etter å ha blitt utsatt for partnervold
- c) maksimum 6 måneder siden sist utsatt for partnervold.

For å sikre et representativt utvalg i opprinnelsesstudien ble det benyttet de nyeste offisielle data for å inkludere et proporsjonalt antall kvinner med immigrantbakgrunn og proporsjonalt antall kvinner som hadde kontaktet ulike institusjoner i hjelpeapparatet. Ifølge justisdepartementets voldsmålinger 2003 og 2005 (Justisdepartementet 2005 i Vatnar 2009) møter krisesentre (38,1 %), politiet (23,8 %) og familievernkontorer (21,3 %) totalt ca 85 % av partnervoldshjelpsøkende kvinner i Norge. Disse forholdstallene ble også bekreftet av tilsvarende måling i 2008. Av kvinner utsatt for partnervold som søker hjelp ved norske krisesentra er over 50 % av ikke-etnisk norsk opprinnelse (Lien et al., 2005 i Vatnar, 2009). På bakgrunn av disse data ble hver kvinne som i rekrutteringsperioden tok kontakt med de overnevnte etatene spurt om deltagelse i studien inntil de enkelte undergruppene ble fylt opp fra de respektive institusjonene.

Totalt 214 kvinner ble invitert til å delta. Av disse takket 192 kvinner ja til deltagelse i studien hvorav 5 av disse ikke lot seg kontakte. 7 kvinner så seg nødt til å avlyse grunnet sykdom eller flytting til andre deler av landet. 10 kvinner møtte ikke opp til avtalt intervju og

13 endret mening om deltagelse. Det endelige utvalget på N=157 korresponderte til 73,4 % av de opprinnelige 214 som initialt ble tilbudt å delta i studien (Vatnar, 2008), se fig 2.

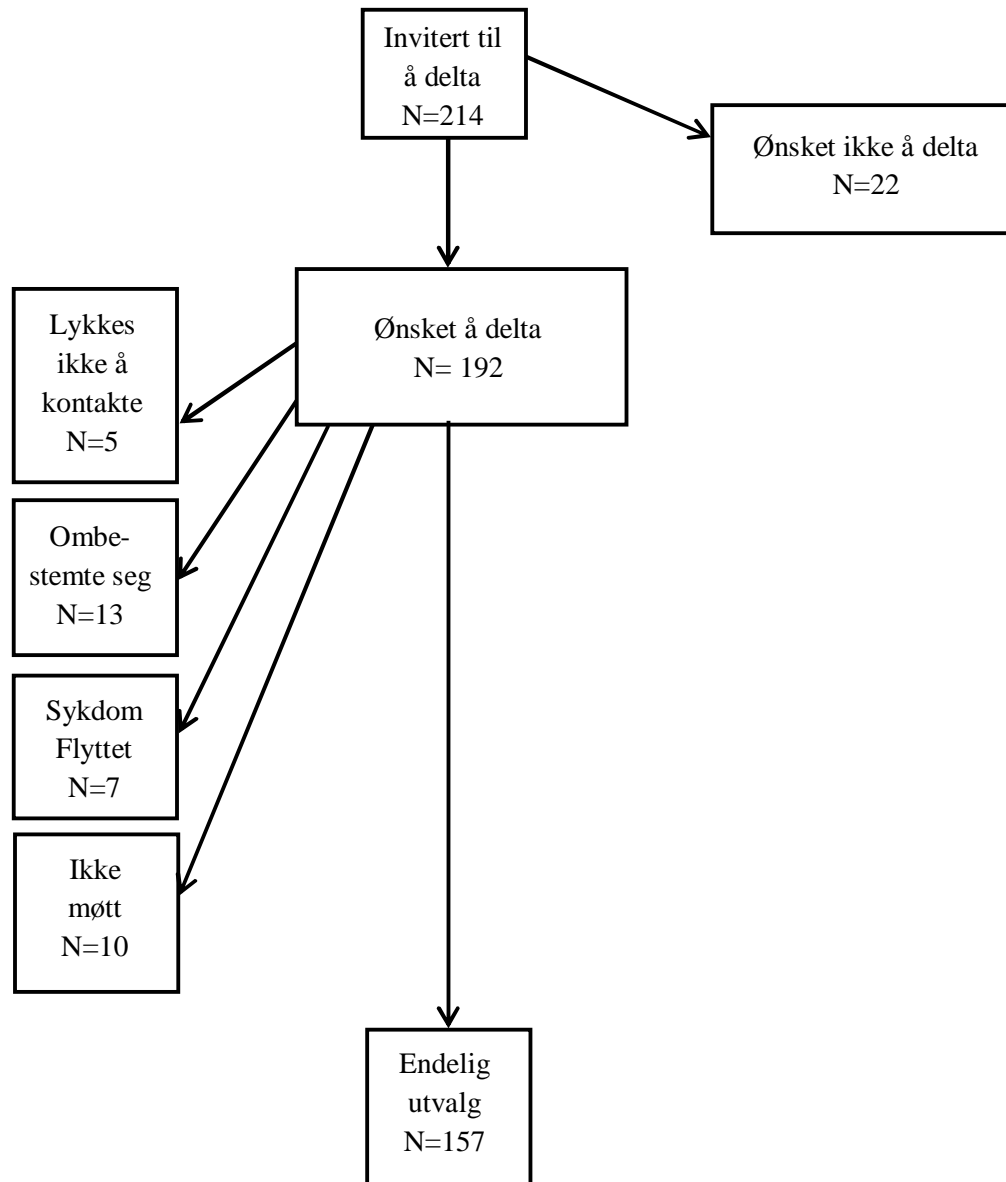


Fig. 2 Rekrutteringsprosedyre (Vatnar, 2008)

Endelige utvalg i opprinnelsesstudien var 73 kvinner rekruttert fra ti ulike krisesentre, 41 kvinner fra fem ulike politidistrikter og 43 kvinner fra seks ulike familievernkontor, N = 157. Etter endt rekruttering ble utvalget statistisk kontrollert mot rekrutteringsstedenes årlige statistikk ifht tilgjengelige sosiodemografiske variabler som alder, sivilstatus, arbeid og barn.

Det var ingen statistiske signifikante forskjeller mellom utvalget og den populasjonen de var trukket fra (Vatnar, 2008).

Generell informasjon om informantene

Gjennomsnittsalder på deltagerne (N=157) var 36 år (SD=9.51; Range=19-74 år). Median for utdanningsnivå var fullført videregående skole. Gjennomsnittelig lønnsinntekt hos informantene samsvarte med gjennomsnittsinntekt for kvinner i Norge jfr. SSB (Vatnar 2008). Trettienprosent av kvinnene var gift eller levde i samboerforhold, 29 % var separert, 31 % var skilt eller brutt ut av samboerforhold, 9 % var ugift eller enker. Videre var 87 % av kvinnene mødre, 74 % hadde barn under 18 år. 105 kvinner var etnisk norske og 52 hadde ikke-norsk etnisk opprinnelse. Det var signifikant korrelasjon mellom ulike opprinnelsesland i utvalget og fordelingen av opprinnelsesland blant kvinnelige immigranter i Norge generelt jfr SSB (Vatnar 2009). Sekstien prosent av kvinnene rapporterte egen helse som generelt ögod eller meget godö, på samme tid opplevde 64 % at de var i behov av psykisk helsevern. Omtrent alle (91 av 100) av de kvinner som opplevde at de var i behov av psykisk helsevern mente det var voldserfaring som hadde forårsaket behovet. Förtito prosent hadde mottatt psykologisk behandling, de fleste av dem (53 av 66) poliklinisk behandling. Trettien prosent hadde brukt beroligende medikasjon, 19 % hadde benyttet antipsykotisk medikasjon. Nitti prosent (n=141) av kvinnene hadde vært utsatt for fysisk vold, 96,8 % (n=152) for psykisk vold, og 36,3 % (n=57) for seksuell vold (Vatnar, 2009). Tidligere artikler publisert på datamaterialet har funnet at rus og alkoholforbruk i liten grad var assosiert med de voldserfaringene kvinnene søkte hjelp for (Vatnar, 2008). Over 70 % av kvinnene rapporterte at så langt de visste hadde verken de selv eller partner konsumert alkohol før siste voldsepisode. Så mange som 55 % ga inntrykk av at de konsumerte alkohol sjeldnere enn 1 gang pr. måned. Rapporterte resultater vedrørende andre former for rusmisbruk var tilnærmet fraværende i utvalget (3,8 %) (Vatnar, 2008). Rus og alkoholvariabler som assosierte helsemål vedr. nåtidig partnervold er på basis av disse funnene utelatt i hovedoppgaven. I underkant av 90 % av kvinnene ga informasjon om voldserfaring innen flere voldskategorier (se figur 3 for fordeling).

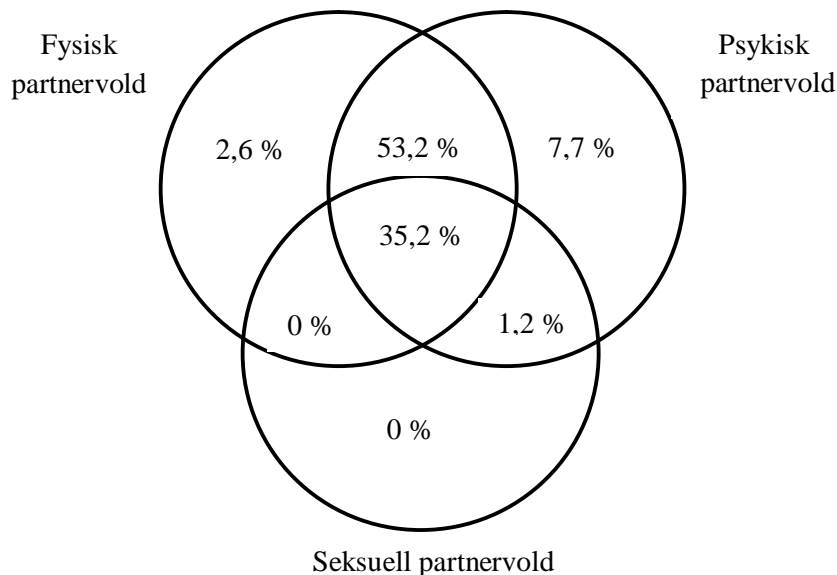


Fig. 3 Kombinasjon av fysisk, psykisk og seksuell partnervold som kvinnene hadde vært utsatt for (Vatnar, 2008)

Prosedyre for datainnsamling

Data ble innsamlet ved bruk av et semi-strukturert intervju gjennomført ansikt-til-ansikt med intervjuobjektet. Intervjuer var psykologspesialist Solveig K. B. Vatnar. Intervjuene ble gjennomført ved krisesentre, politistasjoner og ved familievernkantor samt ved intervjuers kontor. Deltagelse i studien ble ikke økonomisk belønnet. Tidsmessig varte intervjuene fra 1 til 3 timer. Profesjonell tolk ble brukt i 12 av intervjuene. Ingen av kvinnene snakket om volden for første gang i intervjusituasjonen da alle ble rekruttert via hjelpeapparat hvor volden tidligere var avdekket (Vatnar, 2009).

Spørreskjema

Spørreskjemaet for doktorgradsprosjektet omfattet et betydelig datamateriale.

Hovedoppgaven har kun benyttet seg av et utvalg av disse, som vil bli beskrevet her.

Sosiodemografiske variabler omfattet informasjon om kvinnens alder, økonomiske situasjon, utdanning, sivilstatus, barn, religiøsitet, rusmisbruk, oppvekstvilkår, sosial støtte og

egenrapportert helse. Intervjuspørsmålene vedr. sosiodemografi og helsespørsmål var utarbeidet på bakgrunn av statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 1995 (Vatnar, 2009). Helsespørsmål ble kartlagt ved hjelp av Hopkins Symptom Check List (HSCL-25) (Derogatis, Lipman, Rickles, Uhlenhuth & Covi, 1974 i Vatnar, 2009), og utvalgte deler av Symptom Check List (SCL-90-R) (Derogatis, 1992 i Vatnar 2009) som ga informasjon om subjektivt symptomtrykk ifht eksempelvis angst, panikkanfall, bekymringer, søvnvansker og tretthet. I tillegg ble mestringsstrategier dekket ved kartlegging av self-efficacy målt ved Generalized Self-Efficacy (Jerusalem & Schwarzer, 1992 i Vatnar 2009), som ga informasjon om individets generelle erfaring ifht egne mestringsstrategier, selvtillit og selvfølelse.

Spørreskjemaet for kartlegging av partnervold ble i doktorgradsarbeidet kategorisert i; fysisk vold, psykisk vold og seksuell vold. Videre ble disse kategoriene gjentatt for partnervold under svangerskap (Vatnar, 2009). Hovedoppgaven ser bort fra data som spesifikt omhandler gravide kvinner og konsentrerer seg om hovedkategoriene fysisk vold, psykisk vold og seksuell vold. Spørreskjemaene ble utarbeidet med multiple-choice svar basert på pilotsudie som viste at kvinnene fant det lettere å svare på sensitive spørsmål ved hjelp av mulige svarkategorier. For å sikre at man ikke mistet viktig informasjon hadde de fleste spørsmålene også en öppen kategoriö for å åpne for mer informasjon fra deltagerne (Vatnar, 2009). Det semistrukturerte spørreskjemaet vedr. partnervold besto av 229 ledd med multidimensjonale spørsmål designet for å kartlegge persepsjoner og personlige erfaringer fra partnervolden, og ble designet for doktorgradsarbeidet. De leddene av spørreskjemaet som kartla definisjoner og beskrivelser av fysisk, psykisk og seksuell vold var hentet fra öthe Conflict Tactics Scaleö (CTS-2) (Straus, 1979; Straus et al., 1996 i Vatnar, 2009) og deler som kartla den siste voldsepisoden som kvinnene hadde vært involvert i var hentet fra öthe British Crime Surveyö (Mirlees-Black, 1999 i Vatnar, 2009).

Beskrivelse av aktuelle deler i spørreskjema

Spørreskjemaets første del etterspurte informasjon vedrørende sosiodemografiske faktorer og egenopplevd helsetilstand i tillegg til kartlegging av behandlingsbehov, sosial kontakt og nettverk (SSB levekårsundersøkelse, 1995). Informantene ble også spurt om egne oppvekstvilkår i opprinnelsesfamilien. Kvinnene rapporterte om *antall flyttinger i opprinnelsesfamilie før fylte 16 år*, hvor svaralternativer ble presentert i skala fra 1 - 6 fordelt fra 1 til over 10 flyttinger. Videre ble de spurt om *beskrivelse av opprinnelsesfamiliens økonomiske situasjon sammenlignet med andre familier i nabolaget der informanten vokste*

opp. Mulige svaralternativer var *blant de rikeste, økonomisk trygt men ikke blant de rikeste, lite penger men ikke blant de fattigste og var blant de fattigste*. Kvinnene ble spurt om *egen opplevelse av om foreldre/foresatte hadde alkohol- eller annet rusproblem i løpet av oppveksten*. Svaralternativene var kategorier *ja/nei*. Spørreskjema inneholdt også kartlegging av om informantene hadde *vært i kontakt med barnevern før fylte 16 år*, med svaralternativer *ja/nei*. Etter kartlegging av ulike temaer omhandlende oppvekstvilkår fulgte seksjoner avgrenset til områder som omfattet type voldserfaring kvinnene hadde vært utsatt for. Avslutningsvis rapporterte informantene om fremtids tanker og bekymringer. De fleste av kvinnene rapporterte å ha vært utsatt for flere kategorier av partnervold og ble derfor intervjuet med flere seksjoner.

Fysisk partnervold (42 deler). Denne delen kartla et vidt spekter av fysisk partnervold eksempelvis som *å bli stengt inne i hjemmet/et rom, holdt fast, spark, slag, dytt, lugging, kvelertak* og med en mulighet for utdypende beskrivelser ved hjelp av åpent spørsmål.

Psykisk partnervold (40 deler), etterspurte informasjon vedr. tilstedeværelse av eksempelvis: *fornærmelser, ydmykelses ute og hjemme, pengeutpressing, isolering, å bli beskyldt for alt mulig, ulike former for trusler*, og et åpent spørsmål *annet*.

Seksuell partnervold (43 deler). Her ble det etterspurt ulike typer for tvunget seksuell aktivitet eksempelvis: *samleie, oralsex, innføring av gjenstander i skjede eller endetarm, tvunget til å se pornografiske filmer eller bilder, tvunget til å ha sex med annen partner eller dyr* og et åpent spørsmål *annet*

For alle tre voldskategorier ble det kartlagt ulike konsekvenser etter overgrepet, eksempelvis *ingen, bruddskader, sår, blodutredninger og andre* for fysiske overgrep. For psykiske overgrep var svaralternativene eksempelvis *behov for kontakt med politi* (og andre ulike former for hjelpeapparat), *alkoholbruk, suicidforsøk* samt mulighet for utdypende beskrivelser ved åpent alternativ. Ved seksuell partnervold var eksempler for svaralternativ for konsekvenser etter overgrep *akutt innleggelse i sykehus, operasjon, behov for beroligende medikamenter, kontakt med hjelpeapparat* (ulike former) og *selvmordstanker*. Alle svarkategoriene hadde i tillegg mulighet for utdypende beskrivelser ved åpent spørsmål. Ved kartlegging av seksuelle overgrep ble det i tillegg etterspurt tilstedeværelse av fysisk aggresjon under overgrepet, samt fysiske følger av disse. Det ble etterspurt i hvilken grad kvinnene kjente til forvarslar hos partner som kunne hjelpe henne med å forutsi vold. Mulige svaralternativer var: *aldri, av og til, noen ganger, vanligvis og alltid* etterfulgt av en sjekkliste på 30 forvarslar som kunne besvares med *ja/nei*.

Basert på et interaksjonelt perspektiv på partnervold (Vatnar, 2009) ble ulike karakteristika ved volden kartlagt, eksemplifisert ved konsekvenser av partnervold, alvorlighetskategorier, varighet og frekvens av overgrep, subjektiv skam og skyldopplevelse for voldsepisoden, samt opplevelse av ansvar for partnervolden. Denne delen ble repetert for hver partnervoldskategori. Etter innhenting av data vedr. de spesifikke typer vold og skader etter partnervold ble alvorlighetsgrad skåret på en 5-punkts skala fra *ikke vold*, *moderat alvorlig vold*, *alvorlig vold*, *veldig alvorlig vold* og *ekstremt alvorlig vold*. Eksempler for alvorlighetsnivåene ved overgrepet som følger:

- *Moderat alvorlig vold*: bli kloret, løyet til, tvunget til å se pornografiske filmer
- *Alvorlig vold*: bli ristet, ikke få lov til å arbeide, tvunget til å gå med spesielle klær, gjenstander eller ting
- *Veldig alvorlig vold*: bli slått med gjenstander, isolert fra familie og venner, tvunget til samleie
- *Ekstremt alvorlig vold*: bli knivstukket, trussel om drap, tvunget til samleie med dyr

Skadeomfang av partnervold ble målt på 5-punkts skala fra *ingen konsekvens*, *moderat alvorlig konsekvens*, *alvorlig konsekvens*, *veldig alvorlig konsekvens* og *ekstremt alvorlig konsekvens*. Eksempler på alvorlighetsnivåer følger:

- *Moderat alvorlig konsekvens*: sår, inntak av alkohol
- *Alvorlig konsekvens*: blåmerker, inntak av tabletter, depresjon
- *Veldig alvorlig konsekvens*: brudd, fysisk selvskading, innleggelse
- *Ekstremt alvorlig konsekvens*: indre blødninger, selvmordsforsøk, kirurgi

Dersom en av kvinnene hadde vært utsatt for en eller flere av de voldskategoriene som var klassifisert som ekstremt alvorlig, så fikk hun en skåre på 5 på alvorlighetsskala. Dersom ingen kategori var kodet ekstremt alvorlig konsekvens, men minst en kategori var kodet som veldig alvorlig ble det gitt en skåre på 4, osv.

Varighet av partnervolden ble målt på 8-punkts skala fra *mindre enn 6 måneder*, *mellom 6 og 12 måneder*, *mellom 1 og 2 år*, *mellom 2 og 4 år*, *mellom 4 og 6 år*, *mellom 6 og 8 år*, *mellom 8 og 10 år* og *over 10 år*. Frekvens av partnervold ble målt på 7-punkts skala fra *enkeltepisode*, *tidvis men mindre enn 4 ganger pr. år*, *nesten hver måned*, *omkring 2 ganger pr. måned*, *omkring 1 gang pr. uke*, *omkring 2 ganger eller mer pr. uke* og *daglig*. Opplevelse av å være livsfare ble målt ved *ja/nei*. Subjektiv opplevelse av skyld, skam og ansvar målt på 4 punkts skala tilsvarende *nei*, *litt*, *mye* og *veldig mye*.

Kvinnens tidligere voldserfaringer ble kartlagt i intervjuet for hver enkelt voldskategori. Alle kvinnene ble intervjuet med spesifikke spørsmål vedr. å ha vært utsatt for fysisk, psykisk og seksuelt misbruk i sin opprinnelsesfamilie. Spørsmålene omfattet følgende aspekter: om hun hadde blitt utsatt for (1) fysisk, og /eller (2) psykisk, og/eller (3) seksuell vold av (a) far, eller (b) mors partner, før hun var 12 år. Det samme spørsmålet ble også spurt i forhold til (c) mor eller (d) fars partner, eller (e) av søsken. De samme spørsmålene ble stilt for ungdomstiden mellom 12 og 17 år. Det ble videre etterspurt om kvinnene hadde vært vitne til vold mellom foreldre/ foresatte i egen opprinnelsesfamilie. Hver deltager ble spurt separate spørsmål om å være vitne til (1) fysisk, (2) psykisk og (3) seksuell partnervold utført av (a)far eller (b) mors partnere mot mor, eller (c) mor eller (d) fars partnere mot far i løpet av barndom (før 12 års alder) og i ungdomstid (mellom 12 og 17 år). Mulige svaralternativer var: *aldri, av og til og ofte*. I denne hovedoppgaven er barndom og ungdomstid slått sammen til en kategori øtidligere erfartø eller øtidligere vitne tilø vold. Hovedoppgaven skiller heller ikke på om det er far eller mor som har utført vold eller blitt utsatt for vold ved tidligere livstidserfaring eller hvem man har tidligere vært vitne til vold mot i opprinnelsesfamilien. Hver enkelt kvinne ble spurt om erfaring med vold i tidligere partnerrelasjoner, eller om hun kjente til at nåværende partner har utøvd vold i andre relasjoner. Spørsmålene defineres i kategoriene fysisk, psykisk eller seksuell vold med svaralternativene *ja/nei*.

Spørsmål om kvinnenes tanker og bekymringer for fremtiden benyttes som helsemål i hovedoppgaven for å kartlegge bekymringstendens og grad av denne. Bekymringstendens omfatter sumskåre av rapporterte bekymringsområder, hyppighet av bekymring ved svaralternativer *sjelden, av og til og ofte*, samt styrke av bekymringer ved svaralternativer *nesten ikke ubehagelig, litt ubehagelig og veldig ubehagelig*. Kvinnenes rapporterte behandlingsbehov for psykiske problemer gir videre informasjon om helsetilstand og benyttes som helsemål i oppaven ved siden av sumskårer på HSCL-25, deler av SCL-90 og self-efficacy. Behandlingsbehov for psykiske problemer ble kartlagt ved svaralternativer *ja/nei* og med videre undersøkelse om behandlingsbehov er forankret i partnervoldserfaring ved bruk av 4-punkt svaralternativer *nei- det skyldtes andre forhold, ja- til en viss grad, ja- i stor grad og ja- uten volden ville jeg ikke hatt dette behovet*. Sumskårer på SCL-90 er fremkommet ved *nei=1 og ja=2* på 15 underspørsmål. HSCL-25 har svaralternativer *ikke plaget, litt plaget, ganske mye plaget og veldig mye plaget* knyttet til hvert enkelt ledd, kodet med verdi 1-4 som bakgrunn for sumskåre. Self-efficacy-mål ble skåret ved 4 mulige alternativer mest passende for informanten, kodet fra 1-4 ved *helt galt, nokså galt, nokså riktig og helt riktig* som svar på

10 ledd omhandlende mestring og mestringsstrategier. Summen av skårene benyttes som helsemål i hovedoppgaven.

Kvinnens barns erfaring med vold ble kartlagt gjennom intervjuet basert på kvinnene rapportering av hvorvidt egne barn hadde vært vitne til vold mellom henne og hennes siste partner. Type vold er kategorisert i fysisk, psykisk og seksuell vold og mulige svaralternativer er: *aldri, noen ganger, ofte og hyppig*.

Opprinnelsesstudien har i tillegg spørsmål omfattende immigrasjonsprofil, graviditet og voldserfaringer, hjelpsøkende atferd samt barns responser til å være utsatt for eller vitne til partnervold mellom omsorgspersoner. Hovedoppgaven går ikke inn i disse delene av kartleggingen rundt partnervold.

Aktuell informasjon om informantene for denne hovedoppgaven

Oppvekstvilkår

Kvinnene hadde ulike oppvekstvilkår i egen opprinnelsesfamilie. Spørsmålene er rapportert uavhengig av voldskategori og blir derfor presentert for alle informantene under ett. På spørsmål om antall flyttinger før kvinnen var fylt 16 år svarte 57,3 % at de ikke hadde flyttet i denne perioden. Tjuefire prosent hadde flyttet 1 eller 2 ganger, mens nær 20 prosent av kvinnene hadde flyttet mellom 3 og 6 ganger. Nær 62 % av kvinnene oppga at familien i oppveksten hadde hatt det økonomisk trygt. Nær 11 % mente at deres familie var blant de rikeste, mens 23 % oppga at familien hadde lite penger men at de ikke var blant de fattigste. Fire og en halv prosent rapporterte en oppfatning av at familien var blant de fattigste. Tilnærmet 30 % av kvinnene oppga at deres foreldre hadde alkohol eller annen rusproblematikk, og nær 11 % oppga at de hadde hatt kontakt med barnevern før fylte 16 år.

Helsefaktorer

Informasjon om helsefaktorer ble gitt uavhengig av voldskategori. Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) viste gjennomsnittelig skåre på 52,4 poeng (range 25-101 std.avvik 16,8). På utdrag fra symptom Check list (SCL-90) ble det rapportert gjennomsnittsskåre på 23,38 (range 15-30, std.avvik 3,4). Gjennomsnittelige skåre rapportert på mål som fokuserte på self-efficacy (mestring- fokuserte spørsmål) var 29,7 (range 10-43, std.avvik 5,6).

Rapportert omfang av bekymringsområder ble ved hjelp av sumskåre målt til gjennomsnittelig skåre 12,76 (range 9-18, std.avvik 1,94). De vanligste bekymringsområdene

omfattet bekymringer for økonomi (74,5 %), bekymring for jobbsituasjon (58,6 %) og bekymring for helse (55,4 %). Frekvens for bekymring ble målt i kategorier fra sjelden, av og til og ofte, hvor 63,7 % av kvinnene rapporterte ofte bekymringstendens. Femtini prosent rapporterte at bekymringene var veldig ubehagelige (28,7 % litt ubehagelige, 12,7 % nesten ikke ubehagelige).

Sekstifire prosent av kvinnene rapporterte om behov for behandling, og av disse sa nesten alle (60,4 %) at behandlingsbehovet skyldtes voldserfaring. De fleste kvinnene avviste behovet for sovemedisin eller beroligende midler siste 6 måneder (81,5 %), mens kun 13,7 % av kvinner med medisinbehov oppga annen grunn enn voldserfaring som utløsende for behovet.

Karakteristika ved partnervolden.

I kategorier for varighet av fysisk partnervold rapporterte den største gruppen kvinner (26,2 %) en varighet på mer enn 10 år. Den vanligste frekvensen for fysisk partnervold var mindre enn 4 ganger pr. år (27,7 %), mens 22,7 % rapporterte episoder av fysisk partnervold 1 gang pr. måned. De færreste oppga en enkelt episode (4,3 %). Syttini prosent av kvinnene utsatt for fysisk partnervold rapporterte opplevelse av å ha vært i livsfare. De fleste kvinners fysiske vold ble kategorisert som ekstremt alvorlig (64,3 %). I kategori for alvorlighetsgrad av konsekvenser fant man 2 hovedgrupper av kvinner, 35,5 % ble vurdert som moderate fysiske konsekvenser og 29,1 % ble kategorisert som ekstremt alvorlige fysiske konsekvenser.

Flest kvinner utsatt for psykisk vold rapporterte at varigheten for overgrepene i partnerrelasjonen hadde pågått i mer enn 10 år (29,6 %). Ved spørsmål om frekvens for psykiske overgrep ble ödagligö rapportert som den største kategorien (44,1 %), de færreste rapporterte en engangshendelse. Nær nittifem prosent av den rapporterte psykiske volden var kategorisert som ekstremt alvorlig (dvs. drapstrusler, frihetsberøvelse etc.), og 62,5 % av kvinnene oppga en opplevelse av å ha vært i livsfare under voldsepisodene.

Flest kvinner utsatt for seksuell partnervold oppga at konsekvenser etter overgrepet ikke hadde vært av en slik art at de hadde søkt aktivt hjelp for skader. Likevel fant man at 100 % av voldsepisodene ble kategorisert som ekstremt alvorlig seksuelt misbruk (dvs. voldtekt). Den største gruppen kvinner (25 %) rapporterte at overgrep hadde pågått i mer enn 10 år, og den største gruppen kvinner (21,8 %) rapporterte om daglige overgrep. Tjue prosent rapporterte mer enn to seksuelle overgrep pr. uke. Førti prosent av kvinnene hadde opplevelse av å ha vært i livsfare under seksuelle overgrep.

Statistiske analyser

Ettersom 90 % av informantene hadde vært utsatt for kombinasjoner av fysisk, psykisk og seksuell partnervold har jeg benyttet statistiske tester for relaterte utvalg for å sammenligne partnervoldskategorier. Datamaterialet på de fleste variablene viste ikke en normalfordelingskurve da jeg testet ved p-plot analyser. Jeg valgte derfor å analysere mulige gruppeforskjeller med ikke-parametriske tester. Jeg brukte Cochrans Q-test for sammenligninger mellom tre relaterte grupper og Mc Nemar test for sammenligninger mellom to relaterte grupper.

Deretter gjennomførte jeg univariate og multivariate logistiske regresjon analyser. Avhengig variabel i logistiske regresjons analyser var partnervoldutsatte kvinner med og uten (base line) voldserfaring fra opprinnelsesfamilien. Skam, skyld, ansvar og psykisk helsevariabler med signifikante p-verdier $<0,05$ i de univariate analysene ble inkludert i de multivariate modellene. Goodness-of-fit for de multivariate modellene ble testet med Hosmer-Lemeshow test. Alle statistiske analyser ble gjennomført med statistikk programmet SPSS, versjon 19.

Etiske aspekter

All rekruttering av informantene til doktorgradsarbeidet ble gjort av personell på de respektive rekrutteringssteder. Dette sikret at deltagelse i studien ble forbeholdt kvinner rekrutteringsinstansene vurderte som partnervoldsutsatte, kvinner som selv ønsket å delta, samt utelukket kvinner som av etiske, medisinske eller psykologiske grunner ikke burde delta. Alle informantene ble i forkant av datainnsamlingen til doktorgradsarbeidet gjort oppmerksomme på at deltagelse var på frivillig basis. Det ble informert om at deltagerne når som helst i prosessen kunne trekke seg fra studien uten at det skulle få noen konsekvenser (Vatnar, 2009). Det ble også understreket at deltakelse i undersøkelsen ikke skulle ha noen betydning for hvilken hjelp kvinnene fikk hos sine rekrutteringsinstitusjoner. Det ble ikke ytt økonomisk kompensasjon for deltagelse i studien for å unngå økonomiske aspekter. Dette etter råd fra rekrutteringsinstansene. Det ble imidlertid tilbudt utgiftsdekning for eventuelle reiseutgifter slik at kvinnene selv ikke skulle bære økonomiske omkostninger for deltagelse. Kvinnene ble i forkant av intervjuet gjort oppmerksom på at noen av intervju spørsmålene var sensitive, og av intim og privat karakter. Det ble videre informert om at datamaterialet ville bli anonymisert.

Etter intervjuet ble alle deltagerne bedt om å gi en kort tilbakemelding i forhold til erfaringer ved intervjuprosessen. Mer enn 76 % av kvinnene rapporterte at de hadde en opplevelse av å bli tatt på alvor på en omsorgsfull måte samt at intervjuet hadde vært meningsfylt for dem. 23 % av kvinnene rapporterte det samme, men oppga at noen av spørsmålene hadde vært ubehagelige. Kun en kvinne oppga at hun ikke var blitt optimalt ivaretatt, men hun ga likevel uttrykk for at intervjuet hadde vært meningsfullt for henne. Alle deltagerne fikk informasjon om mulighet til å kontakte intervjuer etter intervjuet dersom de hadde spørsmål eller ønsket å gi ytterligere tilbakemelding om prosessen. Få kvinner (5 stk) tok kontakt i etterkant av intervjuet. Disse etterspurte råd og støtte gjennom rettsprosesser, og etter en tid kom det spørsmål om det nå fantes publiserte artikler basert på studien. (Vatnar, 2009).

Det ble på bakgrunn av respekt for tema og kvinnenes utsatthet benyttet semistrukturert intervju med svaralternativer og mulighet for utdypende beskrivelser. Dette på bakgrunn av kunnskap fra pilotstudie hvor det ble oppfattet enklere å gi sensitiv informasjon ved å kunne svare ja/nei til erfaring på definerte voldskategorier/hendelser heller enn å benytte egne beskrivelser av tidligere opplevelser av partnervold. Det ble etter pilotstudien også konkludert med at dette formatet bidro med reliabel og valid informasjon uten for stort tidsforbruk (Vatnar, 2009).

Håndtering av datamaterialet

Hovedoppgaven er basert på datamateriale tilhørende Solveig K.B. Vatnars doktorgradsarbeid gjennomført ved hennes arbeidssted Oslo Universitetssykehus, Kompetansesenteret for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri. Arbeidet med gjennomføring av bearbeiding og analysering av datamaterialet er foregått i sin helhet i Kompetansesenterets lokaler på senterets database, for på best mulig måte å ivareta sikkerhet for eierskap og tilgjengelighet av datamaterialet, i tillegg til respekt for datamaterialets sensitivitet på tross av anonymisering.

Det ble skrevet avtale mellom hovedfagsstudent og Kompetansesenteret som skulle ivareta eierskap og rettigheter for datamaterialet, i tillegg til å sikre eventuelle publikasjonsrettigheter. I kontrakten er det nedfelt at datamaterialet ikke på noe tidspunkt skal tas med ut fra Kompetansesenterets lokalisasjon eller kopieres over på annen portabel lagringsenhet som tillater dette. Kontrakten omfatter også Kompetansesenteret bekreftelse

vedrørende godkjenning fra regional etisk komité for videre forskning på datamaterialet og at hovedoppgavestudent har godkjenning for bruk av datamaterialet i hovedoppgaven.

I oppstart av hovedoppgavearbeidet ble datamaterialet i sin helhet gjennomgått i samarbeid med Vatnar og hovedoppgavens variabler ble overført til egen lagringsenhet som ble oppbevart av Vatnar mellom hvert arbeidsmøte. Utskrifter av analysene var tilgjengelig for hovedoppgavestudenten mellom møtene.

RESULTATER

Skyld, skam og ansvar

Flere kvinner oppga å føle skam knyttet til partnervolden enn skyld og ansvar, uavhengig av type voldskategori, se tabell 1. Opplevelsen av skam var størst for seksuell vold, mens opplevd skyld og ansvar for volden var høyest ved fysisk partnervold. En fjerdedel av kvinnene utsatt for seksuell partnervold opplevde ansvar for den seksuelle volden.

Kvinnene rapporterte signifikant forskjellig om opplevd skyld og ansvar, for hver voldskategori. Forskjellen mellom rapportert skam for de ulike voldskategoriene var ikke signifikant, men trend ($p = 0.054$). For å avdekke nærmere forskjellene mellom skyld, skam og ansvar og de ulike voldskategoriene gjennomførte jeg statistiske analyser ved krysstabeller og benyttet McNemar for relaterte utvalg og fant signifikante forskjeller for fysisk vold mellom skam og ansvar ($p = 0,007$), og mellom skam og skyld ($p = 0,001$). Tilsvarende for psykisk vold mellom skam og ansvar ($p = 0,024$) og skam og skyld ($p = 0,002$), og seksuell vold mellom skam og ansvar ($p = 0,000$) og skam og skyld ($p = 0,001$). Jeg fant derimot ikke signifikante forskjeller mellom skyld og ansvar for volden for noen av de tre voldskategoriene.

Deskriptive analyser viste svært små undergrupper når det gjaldt grad av skyld, skam og ansvar (litt, mye og veldig mye). Resultatene for skyld, skam og ansvar ble derfor dikotomisert. Spørsmålene som omhandlet skyld, skam og ansvar i undersøkelsen ble knyttet direkte opp til den type vold kvinnene har erfart, og resultatene gis derfor ihht voldskategorier (se tabell 1).

Tabell 1. Prosentvis fordeling av kvinnes subjektive opplevelse av skyld, skam og ansvar fordelt på ulike voldskategorier, og test av signifikante forskjeller mellom voldskategoriene og kategoriene skyld, skam og ansvar.

	Fysisk vold	Psykisk vold	Seksuell vold	p
	N= 141	N=152	N=56	
Opplevd Skyld	41,8 %	30,9 %	30,4 %	$p = 0,018$
Opplevd Skam	58,9 %	41,4 %	66,1 %	$P = 0,054$
Opplevd Ansvar	39,7 %	32,9 %	25,0 %	$P = 0,042$
p	$p = 0,000$	$P = 0,015$	$p = 0,000$	

Fotnote: Frekvensanalyse og ikke-parametrisk test for relaterte utvalg (Cochran's Q-test).

Forskjeller mellom kvinner med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilie

Over halvparten (57 %) av kvinnene hadde erfaring med vold fra egen opprinnelsesfamilie. Av 157 kvinner i totalutvalget oppga 67 kvinner (43 %) at de ikke hadde vold i sin opprinnelsesfamilie. De 90 kvinnene som rapporterte om tidligere voldserfaring hadde vært direkte utsatt for vold, og/eller vitne til vold mellom foreldrene. (se figur 4):

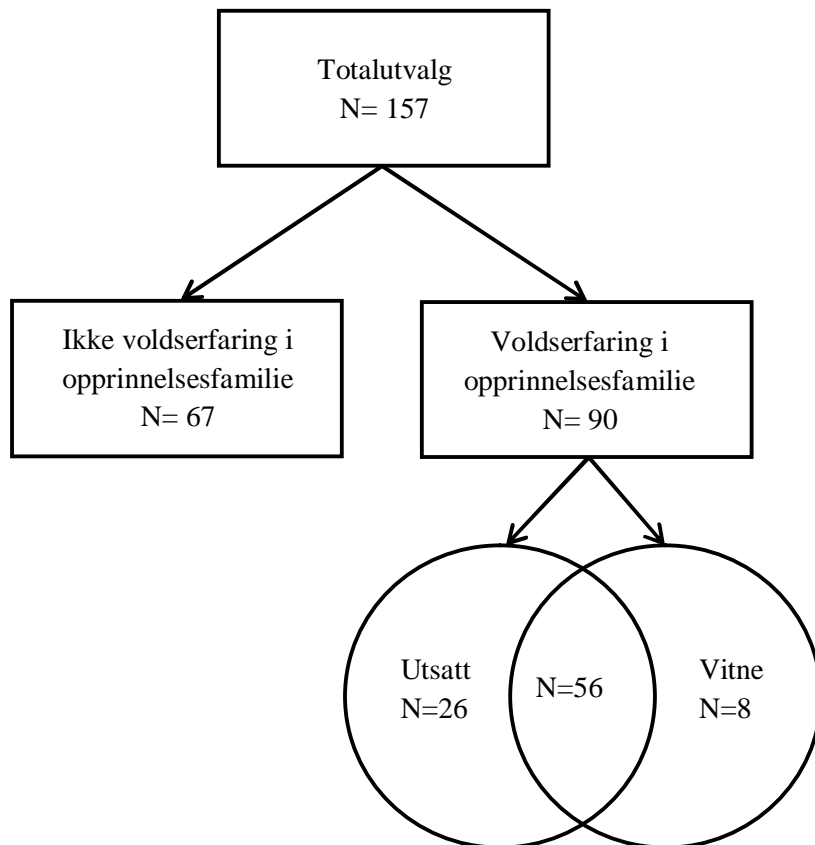


Fig. 4 Kvinnes fordeling av voldserfaring

Kvinner med voldserfaring i opprinnelsesfamilien var forskjellig fra de uten på flere områder. Gruffeforskjellene presenteres tematisk og fordelt på type voldskategori, se tabell 2.

Oppvekstvilkår

Kvinnene med vold i opprinnelsesfamilien rapporterte signifikant flere flyttinger i barndom, dårligere økonomiske rammer i oppvekstfamilien og hadde økt risiko for at foreldrene hadde alkohol- og/eller rusproblemer enn kvinner uten tidligere voldserfaring.

Jeg fant at kvinner med fysisk og psykisk voldserfaring fra opprinnelsesfamilie hadde omtrent 3,5 gang høyere risiko for å ha hatt foreldre med rus- og alkoholproblematikk enn kvinner uten vold i opprinnelsesfamilien. I tillegg var det over 4 ganger så høy risiko for at kvinnene med vold i opprinnelsesfamilien hadde hatt kontakt med barnevernstjenesten før fylte 16 år sammenlignet med kvinner uten voldserfaring i barndom. For kvinner utsatt for seksuell vold i opprinnelsesfamilien fant jeg imidlertid ikke signifikant forskjell mellom gruppene ifht den økonomiske situasjonen i opprinnelsesfamilien. Derimot fant jeg at disse kvinnene hadde over 8 ganger så stor risiko for at foreldrene hadde rus- eller alkoholproblemer.

Tabell 2: Univarierte assosiasjoner mellom kvinner som har vært eksponert for vold i opprinnelsesfamilien og kvinner som ikke har vært eksponert for dette (base line), når det gjelder kvinnenes selvrapporing av oppvekstvilkår.

	Fysisk vold (n = 141)		Psykisk vold (n = 152)		Seksuell vold (n = 56)	
	Odds Ratio (95% CI)	p	Odds Ratio (95% CI)	p	Odds Ratio (95% CI)	p
Univariat						
Antall Flyttinger Før 16 år	1,323 (1,050-1,668)	0,018	1,361 (1,081-1,715)	0,009	1,591 (1,043-2,426)	0,031
Opprinnelsesfamiliens Økonomi	1,857 (1,087-3,171)	0,023	2,029 (1,217-3,383)	0,007	2,232 (0,966-5,158)	0,060
Foreldre Alkohol eller Rus probl.	3,426 (1,583-7,417)	0,002	3,741 (1,748-8,004)	0,001	8,289 (1,673-41,083)	0,010
Kontakt med Barnevern Før 16 år	4,130 (1,122-15,207)	0,033	4,736 (1,301-17,237)	0,018	* ikke spredning	0,999

Fotnote: Univariat binominal logistisk regresjonsanalyse, rapportert i odds ratio, 95 % konfidensintervall og signifikansnivå.

Skam, skyld og ansvar for volden

Kvinner med voldserfaringer fra sin opprinnelsesfamilie hadde økt risiko for skyld knyttet til både psykisk og seksuell partnervold, se tabell 3. Kvinner utsatt for seksuell partnervold viste betydelig forhøyet risiko (tilnærmet 4,5 gang) for å oppleve skyld for nåtidig voldserfaring, dersom de også hadde erfaring med seksuelle overgrep i opprinnelsesfamilien. Kvinner utsatt for psykisk vold i barndom viste signifikant mer skyldfølelse for nåtidig psykisk overgrep enn kvinner uten tilsvarende voldserfaring fra opprinnelsesfamilie. De rapporterte 2,5 gang forhøyet risiko for å ta på seg skyld for nåværende vold, i forhold til kvinner uten tidligere voldserfaring. For skam og ansvarsopplevelse for nåtidig partnervold hadde jeg funn kun på trendnivå (se tabell 3).

Tabell 3: Univariate assosiasjoner mellom kvinner som har vært eksponert for vold i opprinnelsesfamilien og kvinner som ikke har vært eksponert for dette (base line), når det gjelder kvinnenes selvrappoterer av skyld, skam og ansvar.

	Fysisk vold (n = 141)		Psykisk vold (n = 152)		Seksuell vold (n = 56)	
	Odds Ratio (95% CI)	p	Odds Ratio (95% CI)	p	Odds Ratio (95% CI)	p
Univariat						
Subj.rapp Skyld	1,643 (0,833-3,241)	0,152	2,438 (1,183-5,025)	0,016	4,433 (1,098-17,908)	0,037
Subj.rapp Skam	1,865 (0,946-3,677)	0,072	1,304 (0,681-2,496)	0,423	1,195 (0,387-3,689)	0,757
Subj.rapp Ansvar	1,582 (0,798-3,137)	0,189	1,923 (0,959-3,857)	0,066	3,029 (0,737-12,454)	0,124

Fotnote: Univariat binominal logistisk regresjonsanalyse, rapportert i odds ratio med 95 % konfidensintervall og signifikansnivå, spesifisert for hver av de 3 voldskategoriene; fysisk, psykisk og seksuell vold.

Psykiske helseplager

For kvinner utsatt for fysisk og psykisk vold i sin opprinnelsesfamilie fant jeg forskjeller i symptomtrykk mellom kvinner med og uten voldserfaring i barndom. Dette gjaldt ikke for gruppen med seksuell voldserfaring.

For fysisk og psykisk vold fant jeg signifikant høyere symptomtrykk på både HCL-25, og SCL-90, og lavere sumskåre på Self-efficacy hos kvinner med voldserfaring som barn. I tillegg rapporterte kvinnene i overkant av 2,5 gang forhøyet risiko for behandlingsbehov både generelt og medikamentelt. Kvinner som hadde erfaring med fysiske overgrep i

opprinnelsesfamilien rapporterte redusert risiko for at nåværende partnervold var årsak til det behandlingsbehovet som ble beskrevet, altså at det var økt risiko for at behandlingsbehovet ikke var relatert til nåværende partnervold. Dette var ikke signifikant forskjellig for kvinner utsatt for psykisk partnervold.

Kvinner med seksuell partnervoldserfaring rapporterte ikke signifikant annerledes enn de kvinner som i tillegg hadde erfart seksuelle overgrep i egen familie i barndom på de ulike helsemålene. For helsemål var funn på SCL-90 kun på trendnivå (se tabell 4).

Tabell 4: Univariate assosiasjoner mellom kvinner som har vært eksponert for vold i opprinnelsesfamilien og kvinner som ikke har vært eksponert for dette (base line), når det gjelder kvinnenenes selvrapportering på helsemål.

	Fysisk vold (n = 141)		Psykisk vold (n = 152)		Seksuell vold (n = 56)	
	Odds Ratio (95% CI)	p	Odds Ratio (95% CI)	p	Odds Ratio (95% CI)	p
Univariat						
Sosial støtte	1,091 (0,529-2,249)	0,814	1,088 (0,494-2,397)	0,834	0,556 (0,164-1,888)	0,346
Sumskåre HCL	1,028 (1,007-1,050)	0,010	1,028 (1,007-1,049)	0,009	1,202 (0,989-1,051)	0,208
Sumskåre SCL	1,210 (1,085-1,351)	0,001	1,209 (1,086-1,345)	0,001	1,154 (0,981-1,357)	0,084
Sumskåre Self-efficacy	0,915 (0,852-0,982)	0,014	0,918 (0,858-0,982)	0,013	0,997 (0,901-1,104)	0,959
Sumskåre Bekymring	1,174 (0,983-1,401)	0,076	1,176 (0,991-1,395)	0,063	1,064 (0,793-1,429)	0,678
Behandlings- Behov	2,571 (1,261-5,242)	0,009	2,834 (1,416-5,672)	0,003	0,505 (0,137-1,866)	0,306
Vold årsak til beh.behov	0,524 (0,295-0,931)	0,028	0,656 (0,394-1,092)	0,105	1,008 (0,439-2,318)	0,984
Medikament Behov	2,756 (1,288-5,896)	0,009	2,659 (1,275-5,545)	0,009	1,181 (0,360-3,871)	0,784

Fotnote: Univariat binominal logistisk regresjonsanalyse, rapportert i odds ratio, 95 % konfidensintervall og signifikansnivå, spesifisert for hver av de 3 voldskategoriene; fysisk, psykisk og seksuell vold.

Karakteristika ved partnervolden

Kvinner med seksuell voldserfaring fra barndom skilte seg fra resten av gruppen ifht varighet av nåtidig partnervold. Kvinner med seksuell vold fra opprinnelsesfamilien hadde økt

risiko for lengre varighet av nåværende partnervold. Ingen andre undersøkte voldskarakteristikker skilte disse to gruppene signifikant fra hverandre. Resultater av analyser for ulike karakteristika ved volden kvinnene hadde vært utsatt for rapporteres i tabell 5

Kvinner utsatt for fysisk og psykisk partnervold rapporterte ikke signifikant forskjellig fra kvinner som også hadde disse typer voldserfaring fra sin opprinnelsesfamilie på ulike karakteristika ved den nåværende volden.

Tabell 5: Univariate assosiasjoner mellom kvinner som har vært eksponert for vold i opprinnelsesfamilien og kvinner som ikke har vært eksponert for dette (base line), og rapportering av karakteristika ved partnervolden de selv har vært utsatt for.

	Fysisk vold (n = 141)		Psykisk vold (n = 152)		Seksuell vold (n = 56)	
	Odds Ratio (95% CI)	p	Odds Ratio (95% CI)	p	Odds Ratio (95% CI)	p
Univariat						
Varighet	0,988 (0,864-1,152)	0,978	1,130 (0,972-1,314)	0,113	1,340 (1,020-1,762)	0,036
Frekvens	0,974 (0,799-1,189)	0,799	0,899 (0,723-1,118)	0,339	0,952 (0,724-1,252)	0,724
Alvorlighet av Volden	1,264 (0,981-1,629)	0,071	1,104 (0,377-3,230)	0,857	*	*
Alvorlighet Konsekvenser	1,099 (0,861-1,402)	0,448	1,033 (0,836-1,278)	0,761	0,992 (0,662-1,484)	0,967
Livsfare	0,786 (0,344-1,796)	0,568	0,662 (0,341-1,288)	0,224	0,655 (0,219-1,957)	0,448

Fotnote: Univariat binominal logistisk regresjonsanalyse, rapportert i odds ratio, 95 % konfidensintervall og signifikansnivå, spesifisert for hver av de 3 voldskategoriene; fysisk, psykisk og seksuell vold.

* Det var ikke spredning for denne variabelen, alle kvinnene skåret på øverste kategori.

Sosiodemografiske variabler

Jeg fant ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene på nåværende sosiodemografiske variabler. Det var altså ikke signifikante forskjeller mellom gruppen kvinner som også hadde voldserfaring i barndom og gruppen kvinner uten tidligere voldserfaring på variabler som alder, utdanningsnivå, brutto inntekt siste år, nivå på statusstige eller om kvinnene var født i Norge eller ikke. Ingen sosiodemografiske variabler i voksen alder hos kvinnene hadde p-verdier under 0,2 og ble derfor ikke inkludert i videre analysemodeller (Altman, 1999).

Signifikante forskjeller på psykiske helse og skyld kontrollert for andre gruppeforskjeller

Jeg fant signifikante forskjeller på psykisk helse og skyld mellom kvinner med og uten voldserfaring fra egen opprinnelsesfamilie kontrollert for andre gruppeforskjeller (se tabell 6).

Det å ha vært utsatt for *fysisk partnervold* i opprinnelsesfamilie ga signifikant høyere utslag på SCL-90 målingene. Videre fant jeg at kvinner med fysisk vold i egen opprinnelsesfamilie hadde 3,5 gang så høy risiko for at foreldre hadde hatt rus- eller alkoholproblemer, i ifht kvinner uten tidligere voldserfaring.

For kvinner som hadde vært utsatt for *psykisk partnervold* fant jeg tilnærmet like funn. Gruppen med psykisk voldserfaring fra opprinnelsesfamilien hadde høyere skårer på SCL-90 og omtrent samme forhøyede risiko for å ha vokst opp med foreldre som hadde rus- og alkoholproblemer. I tillegg fant jeg for denne gruppen en forhøyet risiko for svakere økonomiske forutsetninger i opprinnelsesfamilien enn for kvinner uten psykisk voldserfaring fra barndom.

Gruppeforskjellen var tydeligst for de kvinnene som hadde seksuell voldserfaring fra opprinnelsesfamilien. Det som tydeligst skilte *seksuell partnervold* fra de andre voldskategoriene var en betydelig forskjell i skyldopplevelse. Kvinner med seksuell voldserfaring fra opprinnelsesfamilien hadde over 11 ganger forhøyet risiko for å føle skyld for nåværende seksuelle overgrep i forhold til kvinner som erfarte seksuelle overgrep for første gang i voksen alder. Også for kvinner med seksuell voldserfaring fant jeg forskjell i risiko for å ha hatt foreldre med rus- og alkoholproblemer. Denne risikoen var betydelig høyere enn ved fysisk og psykisk vold. Kvinner med seksuell voldserfaring i opprinnelsesfamilien rapporterte over 8,5 gang stå stor risiko for at foreldre ruset seg. Gruppene skilte seg også fra hverandre ved at kvinner som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i sin opprinnelsesfamilie hadde nær 3 ganger forhøyet risiko for også å ha hatt svak økonomi i oppveksten. Dette i tillegg til en signifikant høyere risiko for mange flyttinger i opprinnelsesfamilien.

I de multivariate modellene beskrevet over er sumskåre på self-efficacy utelatt da ikke alle kvinnene hadde svart på spørsmålene som omfattet mestringsopplevelser. Dette ble forklart i doktorgradsstudien ved at spørsmålene ble kompliserte å forholde seg til for noen av deltagerne. Jeg har også utelatt variabel som etterspør om nåværende vold er årsak til behandlingsbehov, da et antall kvinner (23 for fysisk vold og 65 for psykisk vold) hadde avkrefteet behandlingsbehov og av den grunn ikke svart på variabelen.

Tabell 6: Multivariate assosiasjoner mellom kvinner som har vært eksponert for vold i opprinnelsesfamilien og kvinner som ikke har vært eksponert for dette (base line), og mål på oppvekstvilkår, skyld og ansvar, helse mål og voldens karakteristika.

	Fysisk vold (n = 141)		Psykisk vold (n = 152)		Seksuell vold (n = 56)	
	Odds Ratio (95% CI)	p	Odds Ratio (95% CI)	p	Odds Ratio (95% CI)	p
Multivariat						
Antall flytting I oppr. fam	-	0,087	-	0,056	1,905 (1,042-3,482)	0,036
Oppr. Familiens økonomi	-		1,857 (1,084-3,182)	0,024	2,836 (1,031-7,803)	0,044
Foreldre Alkohol og rus	3,685 (1,654-8,207)	0,001	3,773 (1,694-8,402)	0,001	8,636 (1,295-57,594)	0,026
Barnevern Før 16 år	-		-	0,069		
Subjektiv rapportert skyld			-		11,233 (1,738-72,616)	0,011
Subjektivt Rapp. ansvar					-	
Sumskåre HCL-25	-		-		-	
Sumskåre SCL-90	1,155 (1,036-1,287)	0,009	1,144 (1,026-1,275)	0,016	-	
Behandlingsbehov	-		-			
Medikamentbehov	-		-			
Varighet av Overgrep					-	

Fotnote: Multivariate binominale logistiske regresjonsanalyser, rapportert med Odds Ratio, 95 % konfidensintervall og signifikansnivå, spesifisert for hver av de 3 voldskategoriene; fysisk, psykisk og seksuell vold. Trender rapporteres også i tabell.

Signifikante variabler fra univariate analyser som inngikk i modellen, men som ikke ble signifikante i multivariat modell er markert med -

Forskjeller mellom å ha vært vitne til og å ha vært direkte utsatt for vold i opprinnelsesfamilien

Femti prosent av kvinnene (N = 157) oppga å ha voldserfaring fra egen opprinnelsesfamilie, enten som vitne til vold mellom foreldrene (steforeldre) eller som direkte utsatt for vold av foreldre (steforeldre). Et betydelig antall kvinner med voldserfaring i opprinnelsesfamilien rapporterte om både vitneerfaring og voldserfaring (se figur 5).

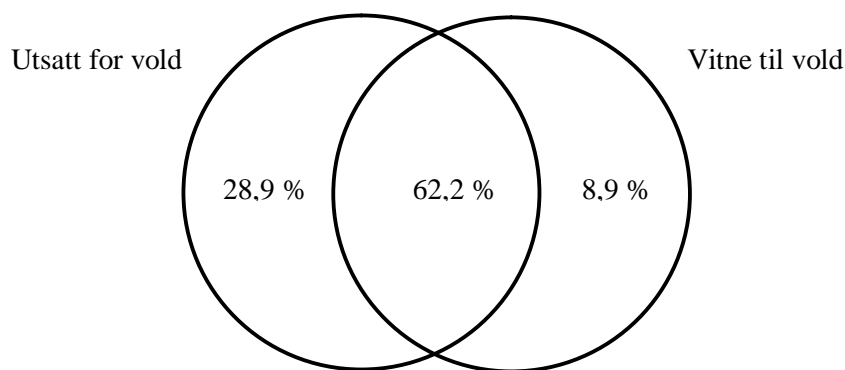


Fig. 5 Kombinasjon av vold i opprinnelsesfamilie

Eksplorende statistikk viste en stor overlapp mellom de to gruppene kvinner med voldserfaring i opprinnelsesfamilien. De fleste kvinnene (62,2 %) rapporterte å ha erfaring med både å være selv utsatt for, og vitne til vold. Bare 8 kvinner hadde kun vært vitne til vold. I dette utvalget var det derfor ikke statistisk grunnlag for å undersøke om det var signifikante forskjeller mellom det å kun ha vært utsatt for vold og det å kun ha vært vitne til vold i opprinnelsesfamilien.

Partnervoldsutsatte kvinner og deres barns risiko for å ha vært vitne til vold.

Av totalt antall hjelpsøkende kvinner utsatt for partnervold rapporterte ni av ti at de hadde barn. En stor andel av disse barna hadde vært vitne til partnervolden i familien. En høyere andel kvinner rapporterte at egne barn hadde vært vitne til fysisk og psykisk partnervold enn til seksuell partnervold.

Tilnærmet 90 % av kvinnene utsatt for fysisk vold (N = 141) rapporterte at de hadde egne barn. Av disse rapporterte 81 % at egne barn hadde vært vitne til den fysiske partnervolden. Førtiåtte prosent rapporterte at egne barn var vitne til vold noen ganger, 10 % at barn ofte var vitne til partnervold, mens 23 % svarte at barna var vitne til den fysiske partnervolden nesten hver gang det skjedde.

Av 152 kvinner utsatt for psykisk partnervold rapporterte 133 at de hadde egne barn. Kun 10 % av disse kvinnene oppga at egne barn ikke hadde vært vitne til den psykiske partnervolden kvinnene var utsatt for. Nesten 28 % rapporterte at barna hadde vært vitne til psykisk partnervold noen ganger, 15 % mente egne barn hadde vært vitne ofte, mens hele 42,1

% av kvinnene rapporterte at barn i familien ble vitne til den psykiske partnervolden nesten hver gang.

Førtiseks av totalt femtisyv kvinner (80 %) utsatt for seksuell partnervold hadde selv egne barn. Av disse 46 kvinnene rapporterte 32 at barna ikke hadde vært vitne til den seksuelle volden i familien. Fjorten av 46 mødre utsatt for seksuell partnervold rapporterte at barna var vitner til den seksuelle volden. Ni kvinner rapporterte at barna var vitne noen ganger, 3 kvinner ofte, mens 2 kvinner rapporterte at deres barn var vitne til seksuell vold nesten hver gang den skjedde.

Univariate regresjonsanalyser viste ingen signifikante forskjeller mellom kvinner med og uten voldserfaringer fra sin opprinnelsesfamilie når det gjaldt egne barns eksponering for partnervold, verken for fysisk, psykisk eller seksuell vold.

DISKUSJON

Formålet med studien var å sammenligne partnervoldsutsatte kvinner med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilien, for å undersøke i hvilken grad dette kan forklare ulikheter i opplevelse av skyld, skam og ansvar samt psykisk helseplager som en konsekvens av partnervold. Jeg var også nysgjerrig på sammenheng mellom voldserfaringer i barneår og senere partnervold i et generasjonsperspektiv, samt kvinnes evne til å skjerme egne barn mot pågående partnervold.

Hovedfunn

Det tydeligste skillet mellom gruppene var at kvinner med seksuell voldserfaring fra sin opprinnelsesfamilie var forskjellige fra kvinner uten denne barndomserfaringen i opplevelse av skyld for nåværende partnervold, dette kontrollert og justert for andre variabler som skilte gruppene. Denne forskjellen var ikke signifikant for kvinner utsatt for fysisk eller psykisk vold. Jeg fant ikke signifikante forskjeller for skam og ansvarsopplevelse for partnervolden. Videre fant jeg at kvinner med fysisk og psykisk voldserfaring fra opprinnelsesfamilie rapporterte signifikant høyere symptomtrykk på SCL-90 enn kvinner som ikke hadde erfaring med disse typer vold fra egen opprinnelsesfamilie, kontrollert og justert for andre variabler som skilte gruppene fra hverandre. For seksuell partnervold fant jeg ingen signifikant forskjell i psykiske helseplager mellom gruppene kvinner.

Videre fant jeg at den største gruppen blant kvinner som hadde voldserfaring fra egen opprinnelsesfamilie både hadde erfart å være vitne til vold og selv vært direkte utsatt for vold. Mer enn tre av fem kvinner rapporterte begge typer voldserfaring, og kun et lite antall (N=8) rapporterte kun å ha vært vitne til vold mellom omsorgspersoner.

Partnervoldsutsatte mødre med voldserfaring fra egen opprinnelsesfamilie var ikke forskjellig fra mødre uten tidligere voldserfaring når det gjaldt å beskytte egne barn mot å bli vitne til nåværende partnervold.

Partnervold og opplevelse av skam, skyld og ansvar for volden.

Kvinnene differensierte mellom opplevelsene av skyld, skam og ansvar for volden. Dette tolker jeg dithen at kvinnene selv hadde avgrensede oppfatninger av disse ulike selvfølelsesrelaterte opplevelsene. Differensiering mellom ansvar og skyld var ikke signifikant, noe som indikerer at kvinnene hadde større vansker med å skille disse to begrepene. Jeg forstår skyldopplevelse og ansvarsopplevelse for partnervolden differensiert mellom en emosjon og et kognitivt arbeid med emosjonen. Skyldfølelse og ansvarsopplevelse for partnervold reflekterer begge en orientering mot handlingen/hendelsen mer enn å

omhandle oppfatning av det globale selvet. Når skyldfølelsen blir forstått og satt i sammenheng med hva den er en reaksjon på, kan den kognitive prosessen med attribusjon av ansvar begynne (Follesø, 2003). Skyld blir assosiert med spesifikke, ukontrollerbare og ustabile årsaksattribueringer, mens skam er assosiert med globale, kontrollerbare og stabile årsaksforklaringer (Kim, Thibodeau & Jorgensen, 2011). Et flertall av kvinnene rapporterte skamfølelse som generelt til stede for nåværende partnervold, men ikke som signifikant forskjellig mellom gruppen med og uten vold i opprinnelsesfamilien. Dette kan peke i retning av at det i dagens samfunn fortsatt er knyttet skamfølelse til å være utsatt for partnervold på tross av senere års økende fokus på kvinner og barns utsatthet og de negative konsekvenser partnervold har både på fysisk og psykisk helse. Skamfølelse knyttet til utsatthet for partnervold rapporteres også i dette utvalget på tross av at det i et juridisk perspektiv er straffbart å utøve vold.

Forskjeller mellom gruppene kvinner med og uten vold i opprinnelsesfamilien

I analysene differensierte kvinnene mellom voldskategorier. De rapporterte tydelige forskjeller mellom fysisk, psykisk og seksuell voldserfaring. Selv om de fleste av kvinnene hadde opplevd flere kategorier av partnervold (se figur 3) skilte de på ulike typer vold når de besvarte spørsmål om partnervolderfaringene. Dette forstår jeg som at de ulike voldskategoriene var meningsbærende for kvinnene, og at de selv har opplevelse av kvalitative forskjeller mellom fysisk vold, psykisk vold og seksuell vold. Forskjeller mellom gruppene vil bli oppsummert i tre trinn; skyldfølelse, økte psykisk helseplager og risikofaktorer knyttet til familievold.

Skyldfølelse og konsekvenser for tilknytning, psykiske helseplager og selvfølelse

Kvinner som var utsatt for seksuell partnervold, som også hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i egen opprinnelsesfamilie, rapporterte 11 ganger høyere risiko for å oppleve skyld for seksuell partnervold enn kvinner uten seksuelle overgrep i barndom. Dette funnet er kontrollert og justert for karakteristika ved partnervolden, slik andre egenskaper ved partnervolden ikke kan forklare forskjellen i grad av skyldopplevelse. Hvorfor rapporterte da kvinner med seksuell voldserfaring fra barndom så betydelig økt skyldfølelse?

Skyld er evolusjonsmessig utviklet som et system for å mediere omsorg, empati og motivere for å unngå å skade viktige andre, for på denne måten å dra nytte av sosiale bånd for sikkerhet og ivaretagelse (Gilbert 2004 i Kim, Thobodeau & Jorgensen 2011). En stor del av det menneskelige affektive apparatet er dedikert til støtte for å danne, opprettholde og

regulere nære bånd (Keltner & Haidt, 1999 i Kim et al, 2011), og mekanismer for ikke å skade disse båndene er like viktige. Skyld er en slik mekanisme. I et tilknytningsperspektiv, hvor den som dekker barnets primære behov også er den omsorgspersonen som svikter ved å påføre barnet fysisk og psykisk smerte, finner man to overlevelsorienterte systemer i konflikt. Barnet er avhengig av omsorg og må søke å gjenopprette nærhet til overgriper på tross av opplevelse av fare og krenkelse (Benum, 2006). Barn som har erfaring med at omsorgspersonen både er nær og varm og samtidig utfører overgrep kan utvikle økt skyld ifht overgrepshandlingen, men ikke globalisere skylden til hele selvet (Tangney, 2002). I min studie fant jeg betydelig økt skyldfølelse hos kvinner med seksuell vold også i opprinnelsesfamilien, noe som understøtter en utvikling av skyldorientering for kvinner med seksuelle overgrep i barneår der barnet fortsatt er avhengig av omsorgspersonen. Skyld, i motsetning til skam fokuserer på å gjenopprette en skadet relasjon, og barnet undertrykker fiendtlighet og aggresjon og uttrykker derav mindre eksternaliserende symptomer enn ved skam (Tangney, 1996). Familiemiljø i oppvekstfamilien er med å forme individets sårbarhet for skamfølelse eller skyldfølelse (Lewis, 2000). Videre blir denne predisposisjonen mot å føle skyld eller skam stabilisert i midten av barndommen (Tangney & Dearing, 2002).

Denne skyldorienteringen underbygges videre av kunnskap fra utviklingspsykologien. Barnet ser verden ut ifra sitt perspektiv, uten evne til å tilskrive årsak til utenforliggende faktorer. Piaget sitt egosentrismebegrep beskriver hvordan det lille barnet står midt i verden og tror at alt som skjer springer ut i fra en selv (Axelsen, 2009), og søker mening ut fra sitt utviklingsnivå. Barnets erfaring av volden blir ikke bare påvirket av voldens natur, men også av barnets utviklingsmessige evne til å vurdere og forstå voldshandlingen. Dette i tillegg til evne til å reagere og takle fare, for så å samle ressurser som tilbyr støtte og beskyttelse i miljøet. Når barnets utviklingsmessige evner begrenser meningsdannelse skriver Axelsen at den som utsettes for seksuelle overgrep ofte tilskriver seg selv årsaken for overgrepet på tross av at en selv er svakere enn overgriper (Axelsen, 2009). Spesielt barn kan føle skyld når de ikke finner mening i det som skjer med dem. Den svake part kan også urettmessig tilskrive seg selv ansvar for å skape mening i en uforståelig situasjon. Dette kan være kimen til en skyldfølelse som individet senere bærer med seg videre.

En slik form for selvattribuering kan gå over til irrasjonell eller patologisk skyldfølelse som synes å være proporsjonal med avmakt. Patologisk/ irrasjonell skyld er å ta på seg skyld for noe en ikke er årsak til (Follesø, 2003). Der det har vært svik og vold mot en grunnleggende tillit, er smerten så dyp at mange beskytter seg mot den ved heller å ta på seg skylden selv istedenfor å kjenne på sviket. Skyldfølelsen beskytter mot smerten og sorgen

over tapet av den idealiserte andre (Follesø, 2003). Skyld har en verdikarakter, noe som gjør skyldfølelse kapabel til å fungere som en katalysator for korrigerende handling med mål om å lindre det vonde. Skyld og selvbefredelse gir voldsoffere (riktignok illusjonært) en opplevelse av kontroll over den traumatiske hendelsen for å kunne motarbeide hjelpeløshet (Moor, 2007). På denne måten kan selvbildet bli bedret ved å gjeninnta kontroll og makt. Når vi føler oss skyldig så ser vi ikke selvet som dårlig på tross av den dårlige handlingen. Skam derimot reflekterer en basal mangel i selvet som ingen handling kan korrigere, slik at handlingen og selvet ikke kan skilles når en føler skam (Lewis, 2000; Retzinger, 1991).

I den kliniske virkelighet, beskriver Follesø at den voldsutsatte ofte bærer på en urimelig skyld som et ledd i fortvilet å forsøke å plassere skylden, og i mangel av å våge erkjennelsen av den rettmessige adresse, nemlig overgriper (Follesø, 2003). Svært ofte er plassering av skyld på overgriper overfladisk (Follesø, 2003). I kliniske studier (Stuewig & McCloskey, 2005; Tangey, 1990; Shorey et al. 2010) fant man at skam er mer assosiert med depresjon enn skyld. Skyldfølelsens mekanisme i et behandlingsløp kan gi beskyttelse for negativt opplevd selvfølelse ved at man opplever skyld for enkelte aspekter ved et hendelsesforløp. Dette vil kunne motvirke opplevelse av total uforutsigbarhet og være hjelpende ved å begrense hjelpeløshet og dermed gi mulighet for kontroll. Opplevd skyld kan således være en pådriver til hjelpesøkende atferd ved behov for korrigerende erfaring ifht selvaksept. Shorey et al. fant at predisposisjon for å føle skam var assosiert med økt viktimisering, mens skyld var assosiert med redusert viktimisering (Shorey et al. 2010) i tillegg til mer hjelpesøkende atferd, noe som var spesifikt for mitt utvalg.

Forskjeller mellom kvinner med og uten vold i barndommen når det gjelder psykiske helseplager

Det å bli utsatt for vold er skadelig uavhengig av når i livet volden skjer. Det vil være naturlig å tenke seg at jo mer vold, desto større belastning for offeret. Kvinner som også har voldserfaring fra barndom og oppvekst antas derfor å ha flere og mer alvorlige psykiske symptomer enn kvinner som erfarer vold først i voksen alder, eller som en engangshendelse. Dette er hypoteser som støttes av dose-respons tankegang. Dose-respons assosiasjoner har hypotese om at jo sterkere og mer alvorlig erfaring av vold, jo større risiko for ugunstig helseutfall. Videre har denne tankegangen også inkludert viktige karakteristika ved volden, eksempelvis varighet av volden, frekvens, antall traumer, antall overgripere, ulike sosiodemografiske faktorer knyttet til voldsutøver og voldsutsatt, ulikheter ved kontekst, som alle vil påvirke det umiddelbare utfallet og langvarige konsekvenser av voldseksponeringen.

Traumer som risikofaktor for senere helseplager i voksen alder er grundig studert av Vincent Felitti i hans Adverse Childhood Experience studier. Disse studiene har gitt god støtte til dose-respons assosiasjoner ifht økte helseplager. Traumer fungerer som en kumulativ stressfaktor. Styrken på forholdet mellom erfaringen og utfallet øker i en dose-respons relasjon ettersom antall negative erfaringer ble rapportert (Edwards, Anda, Felitti & Dube, 2011). Felitti beskriver med sin ACE studie (Adversive Childhood Experiences) at økende antall negative erfaringer i barndom gir økte helseplager både fysisk og psykisk, og at voldsutsatthet både som vitne og selv utsatt er en alvorlig helsemessig trussel (Edwards et al, 2011). Videre studerte han hvordan vold i opprinnelsesfamilien var risikofaktor for senere voldserfaring som voksen. Han fant at både det å selv være utsatt for fysisk og seksuell vold i opprinnelsesfamilien, og det å være vitne til vold mellom omsorgspersoner ga økt risiko for selv å bli utsatt for partnervold i voksen alder (Whitfield, Anda, Dube & Felitti, 2003). Risiko økte både med frekvens av volden samt antall voldserfaringer, noe som understøtter dose-respons assosiasjoner.

Interaksjonelt perspektiv som teoretisk rammeverk for å forstå vold og voldens konsekvenser rommer dose-respons assosiasjoner i tillegg til å ta for seg både individuelle og kontekstuelle faktorer inn i forklaringsmodeller. Vold og den konteksten volden oppstår i beskriver hverandre på samme måte som figur og bakgrunn gjør i et bilde, og må sees i sammenheng og i lys av hverandre for å få en helhetlig forståelse. I dette bildet inngår både faktorer ved voldsutøver og ved voldsoffer med relasjonelle, situasjonelle og historiske elementer i tillegg til kulturelle og samfunnsmessige bidrag. Jeg hadde på bakgrunn av dette en hypotese om at partnervoldsutsatte kvinner som også hadde opplevd vold fra foreldre (steforeldre) rapporterte høyere symptomtrykk enn kvinner uten denne tidlige voldserfaringen i egen familie.

Denne hypotesen fikk delvis støtte. Jeg fant at kvinner med fysisk og psykisk voldserfaring rapporterte høyere symptomtrykk på SCL-90, kontrollert og justert for den nåtidige partnervoldens karakteristika, men dette funnet gjaldt ikke for kvinner med seksuell voldserfaring. Hvorfor disse kvinnene hadde et økt symptomtrykk kan diskuteres på bakgrunn av ulike teoretiske rammeverk.

Ved kunnskap om tilknytningsteori, ulike tilknytningsstiler og psykiske helsekonsekvenser av utrygg tilknytning kan funn om økt symptomtrykk forklares. Vold skader tilknytningsrelasjoner. Partnervold og konflikt er assosiert med redusert foreldrekompetanse, og konsistent med spilloverhypotese finner Levendovsky et al. at pågående partnervold reduserer mors evne til å respondere varmt og sensitivt på barnets

behov, noe som øker risiko for utvikling av utrygg tilknytning og senere vansker i nære relasjoner (Levendovsky et al, 2006). Barnets, og senere kvinnens tilknytningsstil (indre arbeidsmodell), er utviklet av kumulerte erfaringer fra tilknytningsrelevante situasjoner. Disse indre arbeidsmodellene kan betraktes som adaptive strategier som senere reflekteres i personlighetsstil som regulerer kvinnens relasjon til selv og andre. Epidemiologiske studier har vist at opp til 15 % av barnepopulasjonen har en desorganisert form for tilknytning (Green & Goldwyn, 2002 i Moe, Moe & Smith, 2007). I familier preget av vold, mishandling eller rusmisbruk er forekomsten opp mot 80 %. Bartholomew's studie om tilknytningsstil i partnervoldsforskning har vist at kvinner med en sikker tilknytningsstil og positiv selv-modell er underrepresentert i voldelige partnerrelasjoner (Henderson, Bartholomew & Dutton, 1997). Ungdom som både hadde vært utsatt for mishandling og vært vitne til vold mellom foreldre (steforeldre) hadde redusert tilknytning til disse enn ungdom som ikke hadde voldserfaring fra hjemmet. Det var ikke signifikante forskjeller mellom det å ha vært utsatt for eller det å ha vært vitne til vold (Sousa et al., 2010). En desorganisert tilknytningsstil på bakgrunn av voldserfaring i barndom kan gi økt symptomtrykk i voksen alder basert på vansker i nære relasjoner som vil påvirke selvbilde og selvfølelse.

Jeg kan videre søke forklaring på et forhøyet symptomtrykk i forlengelse av et tilknytningsperspektiv med hvordan utvikling av en personlighetsstil kan tilpasses som en forsvarsstrategi for beskyttelse mot aggresjon. En spansk studie fant at varighet av voldsutsatthet var lengre hos kvinner med personlighetsproblematikk enn hos kvinner uten. Personlighetsfungering med de høyeste skårene hos kvinner med voldserfaring var unngående, avhengig og selvødeleggende (masochistic) målt ved MCMI-III (Millons Clinical Multiaxiale Inventory). Miller (2006) fant at voldsutsatte kvinner som ikke hadde voldserfaring fra opprinnelsesfamilien viste mer tvangspregede tendenser, mens de som hadde vært utsatt i barndom viste mer alvorlig depresjon (Miller, 2006 i Davins-Pujols et al, 2012). Typiske trekk hos kvinner med voldserfaring fra opprinnelsesfamilien inkluderte usikkerhet, manglende tro på å kunne ta vare på seg selv, vansker med å ta avgjørelser, frykt for nærhet i relasjoner, forventninger om avvisning og avsky, viktimisering, selvoppofrelse, ødelagt selvbilde, perfeksjonisme og lydighet. I univariate analyser fant de forskjell mellom kvinner med og uten voldsutsatthet i barndom, kontrollert for lengde og for tidligere partnervold, hvor kvinner som hadde vært utsatt for barnemishandling skåret høyere på unngående, antisosial, passiv-aggressiv, selv-ødeleggende (masochistisk) og borderline skalaer på MCMI-III. Dette er både trekk og personlighetsstiler som i forskningslitteraturen og klinikken er relatert til

psykiske helseplager, og som kan understøtte mine funn om økt symptomtrykk hos kvinner med voldserfaring gjennom livet.

I utviklingsperspektiv er det i dag ikke lenger tvil om at vold kan og vil forstyrre normale utviklingsprosesser som fremmer psykisk stabilitet. Traumer endrer utviklingsmessige stier, som igjen øker risiko for ytterligere traumer som kan utgjøre særlig skadelige konsekvenser på voksen psykisk helse (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004). Barn som vokser opp med vold, enten som vitne eller som selv utsatt viser forstyrrelser både i kognitiv og psykososial utvikling, som igjen vil påvirke voksen fungering (Perkins & Graham-Bergman, 2012). Margolin og Gordis (2000) viste i sin review-artikkel til gjennomgående funn som beskriver forsinket kognitiv utvikling hos barn med voldserfaring i egen familie, og spesielt til nevrokognitive endringer. Vold i barndom relateres til utallige psykososiale problemer, inkludert tilknytningsvansker, tale, språk og sosiale interaksjoner, forsinkelser i emosjonsprosessering og intellektuelle vansker og atferdsvansker (Azar & Wolfe, 2006 i Perkins, & Graham-Bermann, 2012). Kognitiv nevrovitenskap viser at voldsutsatthet kan forårsake nevrobiologiske endringer som har implikasjoner for læring, eksekutive funksjoner og selvregulering ved at nevrokjernen endres i kritiske perioder av organisering og utvikling av spesifikke hjerneområder (Margolin & Gordis, 2000). Dette er endringer som har atferdskorrelater til skolefungering, psykososiale evner og selvregulering, områder som er viktige ledd i transaksjonsskjeder for normalutvikling, og som vil ha varige konsekvenser for individet og vil følge inn i voksen alder. Denne kunnskapen kan underbygge funn om økt symptomtrykk for kvinner med langvarig voldserfaring på bakgrunn av ikke-optimale erfaringer gjennom oppvekst, eksempelvis ved mobbing på bakgrunn av redusert sosial kompetanse, eller lavere mestringsfølelse gjennom skoleprestasjoner.

Systemisk perspektiv vil også kunne bidra med forståelse for hvorfor langvarig erfaring med vold i påvirker symptomtrykk i voksen alder. Barn med voldserfaring fra opprinnelsesfamilien erfarer ofte vansker i sosial utvikling, inkludert sosiale vennerelasjoner, relasjoner til omsorgspersoner og senere i romantiske kjærestereelasjoner (Adams 2006). Mc Gee et al. (1997) fant at både yngre barn og ungdommer slet med gode vennerelasjoner. Ifølge tilknytningsteori vil barn med voldserfaring som har en desorganisert tilknytningstil kunne være mer sensitive til sinne enn andre barn. Årvåkenhet mot sinne forstås som adaptivt når forutsigbarhet reduseres og sinne assosieres med fare. Dette samsvarer med nevrokognitive studier som fant dysregulering i stresshormonbalanse hos barn med voldsutsatthet, som får konsekvenser gjennom varig forhøyet økt årvåkenhet i det autonome nervesystemet (Margolin & Gordis, 2000). En slik hyperårvåkenhet påvirker individets persepsjon av trussel og fare i

sosiale interaksjoner med andre, hvor erfaring og sosiale skjemaer som inneholder aggressive elementer styrer persepsjonen (Crick & Dodge, 1994 i von Tetzchner, 2001). Det er også kjente funn at foreldre med voldsproblematikk har økt isoleringstendens slik at barna har tilgang til færre rollemodeller for gode sosiale interaksjoner (Howes & Espinosa 1985, i Margolin & Gordis, 2000).

Ungdomstiden er videre en sentral periode for dannelsen av personlighet og konsolidering av moralske verdier som uttrykkes gjennom mellommenneskelige relasjoner (McCloskey, 2011). Steinberg og Cauffman (1996) har påpekt at noen referansepunkter i moralsk utvikling er avgjørende i ungdomstiden, nemlig ansvar, måtehold og perspektiv. Hvis slike kjennetegn ikke utvikles godt nok vil ungdommen få vansker med langsiktig tilpasning i arbeid og sosiale relasjoner (Steinberg & Kaufman i McCloskey, 2011). Når voldsutsatte sliter med sosiale relasjoner reduseres kvaliteten på vennskap som igjen har påvirkning på internaliserende problemer, selvfølelse og depresjon (Camacho, Ehrensaft & Cohen, 2012).

Barn og ungdom som i egen opprinnelsesfamilie erfarer vold påvirkes altså i forhold til sin biologiske funksjon, emosjonelle velvære, atferd, kognitiv og faglig utvikling og sin sosiale tilpasning (Adams, 2006). Dette er endringer som gjennom transaksjonskjeder virker inn på utsattes psykiske helse, selvfølelse og symptomtrykk.

Kvinner med seksuell voldserfaring fra barndom rapporterte derimot ikke signifikant høyere symptomtrykk enn kvinner uten denne barndomserfaringen. Dette kan forstås med bakgrunn i disse kvinnenes økte skyldfølelse og dennes mekanisme for å beskytte mot redusert selvfølelse. Alternativt kan det manglende økte symptomtrykket ved seksuell vold forklares på bakgrunn av at den pågående seksuelle volden er så belastende at tidligere voldserfaringer ikke øker symptomtrykk betydelig, og at jeg av den grunn ikke finner forskjell mellom gruppene. Det var ingen antydning til at kvinner med seksuell voldserfaring hadde et generelt lavere symptomtrykk enn kvinner med annen type voldserfaring. Gruppen kvinner med seksuell voldsutsatthet (N=56) var betydelig mindre enn gruppene kvinner med fysisk (N=141) og psykisk (N=152) voldserfaring, noe som også kan være årsak til at forskjeller mellom gruppene ikke var signifikante.

Rus, svak økonomi og mange flyttinger som risikofaktorer knyttet til vold i opprinnelsesfamilien

Barn med voldeksponering i egen opprinnelsesfamilie erfarer ofte også andre negative oppvekstvilkår eksempelvis fattigdom, rusmisbruk, dårlig ernæring, foreldres arbeidsløshet og psykopatologi (Margolin & Gordis, 2000). I min studie hadde kvinner med voldserfaring en

økt risiko for også å ha erfart dårligere økonomi i opprinnelsesfamilien enn kvinner uten voldserfaring fra barndom. Dette funnet støttes av Ernst et al. 2007 som fant sammenheng mellom lav inntekt og det å være vitne til vold som barn. I studien fant de en femdobling av risiko for at familien hadde lav inntekt dersom den voldsutsatte hadde vært vitne til vold i egen opprinnelsesfamilie. Funnet støttes også av McCloskey som fant at demografiske risikofaktorer for voldserfaring i opprinnelsesfamilie inkluderte yngre alder, redusert inntekt og arbeidsløshet (McCloskey et. Al, 2005 i Ernst, 2007). Sosioøkonomiske fordeler i opprinnelsesfamilien er assosiert som resiliensfaktor for senere utvikling av psykiske helseplager for barn som vokser opp med vold i opprinnelsesfamilie (Osofsky, 1999 i Howell 2011).

Alkoholbruk og mishandling er assosiert med barns eksponering for partnervold. Bevan og Higgins fant hos en gruppe mannlige overgripere at alkoholbruk predikerte vold mot ektefelle og at misbruk av ektefelle var positivt og signifikant korrelert med det å være vitne til vold som barn. Ernst fant også assosiasjon mellom alkoholbruk og partnervold i sin studie (Ernst et al, 2009). Sammenhengen mellom alkohol- og rusmisbruk og familievold fant også støtte i min studie, både i univariate analyser og multivariate modeller. Kvinnene i utvalget som også rapporterte om voldserfaring i opprinnelsesfamilien skilte seg fra kvinner uten tidligere voldserfaring med en øket risiko for at foreldre (steforeldre) hadde alkohol- og rusproblematikk. Dette funnet gikk igjen uavhengig av type vold kvinnen erfarte i opprinnelsesfamilien. Denne risikoen økte fra mellom 4 til 8 ganger, en sterkere sammenheng for seksuell vold enn for fysisk og psykisk vold. Dette var kontrollert og justert for karakteristika ved den nåværende volden og sosiodemografiske kjennetegn ved kvinnene som også kunne ha forklart denne forskjellen. Andre studier har funnet at økt alkohol- og rusmisbruk i voksen alder hadde en sammenheng med frekvens av voldserfaring i barndom både som vitne og som utsatt (Dube et al, 2002), noe som peker i retning av en syklisk sammenheng hvor det å være vitne til vold øker risiko for alkohol- og rusmisbruk, som igjen øker risiko for vold i voksen alder (Ernst et al., 2007). Sammenhengen mellom vold i familien og alkoholbruk hos voldsutøver ser ut til å holde på tvers av studier og ulike kontekster (Wood & Sommers, 2011).

Ulike faktorer skilte kvinner med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilie avhengig av type vold. Felles for alle typer vold var assosiasjon med alkohol- og rus i opprinnelsesfamilien. Jeg fant også gjennomgående en trend for alle typer vold at kvinner med voldserfaring i opprinnelsesfamilien hadde økt risiko for flere flyttinger før 16 års alder enn kvinner uten vold i opprinnelsesfamilien. Dette funnet var signifikant for seksuell vold.

Felitti beskriver med sin ACE studie (Adversive Childhood Experiences) og at voldsutsatthet både som vitne og selv utsatt er en alvorlig helsemessig trussel, og at økende antall negative erfaringer i barndom gir både økte fysiske og psykiske helseplager, (Edwards et al, 2011).

Flytting i barndom er ikke eksplisitt referert i hans studier, men kan tenkes å være en tilleggsfaktor som referer til usikkerhet og ustabilitet i barndom hvor voldsutsatthet allerede er beskrevet. Både alkohol- og rusmisbruk hos omsorgspersoner og svak økonomi i opprinnelsesfamilie er kjente risikofaktorer for senere helseplager og også beskrevet i ACE-studien. Dette er tilsvarende de funn jeg fant i min studie vedrørende oppvekstfaktorer hos partnervoldsutsatte kvinner som også erfarte vold i egen opprinnelsesfamilie. Med andre ord: Vold er ikke en enkeltstående risikofaktor for redusert psykisk helse, men oppstår ofte i kontekst av interagerende faktorer. Multiple kontekstuelle enheter er med på å forme risiko for voldserfaringer i tillegg til faktorer både ved utøver og utsatt.

Utsatt for vold og vitne til vold i opprinnelsesfamilien, et kunstig skille?

Forskningslitteratur på voldsutsatthet for barn i opprinnelsesfamilie henviser ofte til barn utsatt for fysisk, psykisk eller seksuell mishandling eller barn som vitne til vold mellom omsorgspersoner (Adams, 2006, Wood et al, 2011; Margolin & Gordis, 2000). Men er disse to formene for voldserfaring i barndom oftest separate og uavhengige erfaringer? Videre antydes det ulik belastning av ulik grad av utsatthet knyttet til vitneerfaring eller offererfaring, en dose-respons assosiasjon med hypotese om økt erfaring/alvorlighet gir økt konsekvens for helseutfall. Flere studier støtter denne hypotesen. Moylan et al. fant at samtidig barnemishandling og vitne til vold økte risiko for internaliserende utfall som angst og depresjon. Videre at dobbel erfaring, mhp vitne til vold mellom omsorgspersoner og selv å bli utsatt for vold, øker risiko for ungdommers atferdsvansker (Moylan et al., 2010). Det å kun ha erfaring med en av delene viste til redusert risiko for atferdsproblemer enn når begge erfaringene var tilstede. Jirapramukpitak, Harpha & Prince fant at disse to formene for barndomserfaringer med vold som oftest var komorbide. Også i denne studiens utvalg av 1057 ungdommer med ulik erfaring av voldsutsatthet i opprinnelsesfamilien ble helseplager assosiert med grad av utsatthet. Ungdom som rapporterte at de hadde vært vitne til vold hadde større sannsynlighet for også å rapportere at de selv var utsatt for vold. De ungdommene som ikke hadde vært vitne eller selv utsatt for vold hadde størst risiko for å rapportere om pågående partnervold mellom omsorgspersoner (Jirapramukpitak et al, 2011). I mitt utvalg fant jeg en betydelig overlapp mellom kvinner som rapporterte både vitneerfaring og utsatterfaring i opprinnelsesfamilien. Det var en svært liten gruppe som

rapporterte at de kun var vitne til vold mellom foreldre, mens en noe større gruppe rapporterte at de kun hadde vært utsatt for fysisk, psykisk eller seksuell vold fra foreldre (se figur 5). Dette funnet er i overensstemmelse med funn fra Jirapramukpitak et al. 2011. På bakgrunn av disse funnene fant jeg at det ikke var statistisk grunnlag for videre analyser om forskjeller mellom grupper som hadde vært vitne til vold og å selv ha vært utsatt for vold som barn når det gjaldt skyld, skam og ansvar, og psykiske helseplager.

Ernst et al. fant at voksne som tok kontakt med akuttavdeling på bakgrunn av partnervold rapporterte høy grad av komorbiditet mellom det å være vitne til vold og selv utsatt som barn. De rapporterte at dersom man hadde vært vitne til partnervold hadde man ni ganger forhøyet risiko for også å ha vært utsatt for vold enn partnervoldsutsatte voksne som ikke hadde tidligere voldserfaring i opprinnelsesfamilie (Ernst et al., 2007). En stor andel av kvinnene utsatt for partnervold rapporterte om tidligere voldserfaring fra opprinnelsesfamilien. Vold i opprinnelsesfamilien som risikofaktor for senere voldserfaring i voksen alder er som nevnt studert av Vincent Felitti i hans Adverse Childhood Experience studier hvor både det å være vitne til vold mellom omsorgspersoner og det å selv være utsatt for fysisk og seksuell vold i opprinnelsesfamilien ga økt risiko for å bli utsatt for partnervold i voksen alder (Whitfield, Anda, Dube & Felitti, 2003), (psykisk vold er ikke undersøkt). Risiko økte både med frekvens av volden samt antall voldserfaringer. Felitti et al. sine funn støttes også av Heyman & Slep som fant at kvinner som både hadde vært utsatt for fysisk vold i opprinnelsesfamilien og vitne til vold mellom omsorgspersoner hadde signifikant økt risiko for voksen familievold sammenlignet med kvinner som kun hadde en av belastningene i barndom (Heyman & Slep, 2002).

Likevel finnes viktige studier som kun ser på vitneerfaringer til partnervold. Konsekvenser etter denne type voldserfaring antyder avhengighet av barnets utviklingsnivå. Eldre barn og ungdommer viste større negative effekter enn barn inntil 5 år. Ingen signifikante forskjeller i gruppen av barn før 5 års alder, mens betydelig forskjeller i aldersgruppen 6-18 år ifht atferdsvansker. Barnas utviklingsnivå bør tas i betraktning ifht intervensjoner (McFarlane, Groff, O'Brien & Watson, 2003). Dette funnet støttes av English et al. som fant at det å være vitne til vold ikke direkte påvirket små barns psykiske helse. Derimot beskrives en indirekte effekt på bakgrunn av omsorgsgivers fungering og generell familiefungering (English et al., 2003). Hvem som utøver volden, biologiske eller ikke-biologiske omsorgspersoner var ikke av betydning for senere atferdssymptomer hos barnet som var vitne til volden. Det var selve voldsutøvelsen som var den viktige faktoren (Israel & Stover, 2009).

Smith et al. (2011) presenterte at felles både for vitneerfaring og for utsatt for vold i opprinnelsesfamilien var en økt risiko for senere partnervoldserfaring. Dette funnet ble ikke støttet av Ernst et al. (2007) som derimot fant at det å være vitne til vold ikke ga økt risiko for å bli utsatt for partnervold i voksen alder, men derimot en økt risiko for selv å utøve vold mot barn eller partner. Tilsvarende fant Renner & Slack (2006) en høyere risiko for senere partnervoldserfaring hos kvinner som selv hadde vært utsatt for vold, enn hos kvinner som hadde vært vitne til vold (Renner & Slack, i Wood et al. 2011). Med andre ord: Forskningen spriker noe ifht utviklingsstier og relasjoner mellom tidlige voldserfaring og senere partnervoldserfaringer. Samtidig som det er godt dokumentert at vold i opprinnelsesfamilien øker risiko for ny vold. Felitti et al. har gitt god støtte til dose-respons assosiasjoner ifht økte helseplager. Traumer fungerer som en kumulativ stressfaktor. Styrken på forholdet mellom erfaringen og utfallet øker i en dose-respons måte ettersom antall negative erfaringer ble rapportert (Edwards, Anda, Felitti & Dube, 2011), noe som også bekreftes i min studie ved økt symptomtrykk mellom gruppene med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilien.

Flertallet av kvinnene i denne studien erfarte komorbide tilstander av voldseksponering i barndom. Dette funnet gjenfinnes i flere studier, i tillegg til ulike nivåer av eksponering for begge typer voldsutsatthet. Det er derfor viktig å være klar over at det finnes store overlapp i voldserfaringer hos barn i møte med psykisk helsevern, og at det i familier med IPV vanligvis (95 % sannsynlighet) assosieres med en eller annen form for barnemishandling, omsorgssvikt eller annen form for alvorlig familiedysfunksjon (Dube et al. 2002).

Voldsutsatte kvinners barn som vitne til vold

Flere studier har rapportert at ca 50 % av barn som lever i familier med partnervold blir vitne til volden (Levendovsky & Graham-Bermann, 2002, Bourassa, 2007; Letourneau, Fedick & Willms, 2007; Lèvesque, Clément & Chamberland, 2007) I min studie finner jeg betydelig høyere rater, opp mot 90 %, men dette er avhengig av type vold. Dette stemmer overens andre studier som fant at 90 % av barn som vokser opp i familier med partnervold blir enten vitne til eller selv deltar i voldelige handlinger (Graham-Berman et al., 2009; Graham-Bermann & Perkins, 2010). For seksuell vold finner jeg at ca 30 % av barna blir vitne til volden. Prevalens for partnervold er generelt høyere og varighet er lengre blant par som har barn i forhold til par uten barn (Bair-Merritt, Holmes, Holmes, Feinstein & Feudtner, 2008).

Mulige hypoteser for studien var at kvinner med voldserfaring a) ville søke å unngå at egne barn hadde tilsvarende erfaringer (iflg sosial læringsteori forsterkes atferd på bakgrunn av

gunstige effekter av atferden, og utslokkes på samme måte) b) hadde redusert evne til å ivareta egne barns voldsutsatthet (en psykologisk sårbarhet på bakgrunn av egen voldserfaring). Barn som lever i familier med partnervold blir påvirket selv om mødre forsøker å kompensere for volden i interaksjoner med barnet (Chambliss, 2008; Graham-Bermann & Perkins, 2010; Lèvesque et al., 2007; Taillieu & Brownridge, 2010; Vatnar & Bjørkly, 2010).

I min studie fant jeg ikke støtte for noen av hypotesene. Partnervoldsutsatte kvinner med voldserfaring i opprinnelsesfamilien rapporterte ikke signifikant forskjellig fra kvinner uten tidligere voldserfaring i forhold til om kvinnens egne barn ble vitne til partnervold. Hvilke faktorer spiller da inn ifht om egne barn blir vitne til partnervold når ikke kvinnenes voldserfaring fra opprinnelsesfamilie signifikant påvirker dette?

Sosial læringsteori er en akseptert forklaring for intergenerasjonell overføring av partnervold, hvorav også barn som er vitne til vold lærer vold som normativt og med økende risiko for at partnervold kan skje foran egne barn (Cannon, Bonomi, Manderson & Rivara, 2009). I sin studie av intergenerasjonell effekt av å være vitne til vold fant de at nesten 50 % av barn med mødre som hadde vært vitne til partnervold i barndommen opplevde partnervold, mot 42 % av barn hvis mødre ikke hadde vært vitne til partnervold. Dette tilsvarer at barn av kvinner som hadde vært vitne til vold i barndom hadde 1,29 ganger forhøyet risiko for selv å bli vitne til partnervold enn barn av kvinner som ikke hadde vært vitne som barn (Canon et al., 2009). Likevel peker forfatterne på at en stor del av mødre som rapporterte pågående partnervold ikke selv hadde vært vitne til vold i egen opprinnelsesfamilie, og av disse rapporterte ca 40 % at egne barn ble vitne til vold. Dette antyder at det er flere faktorer enn læringsaspektet som interagerer ifht vitneutsatthet i barndom. Studien vektlegger også et manglende skille ifht om barna var direkte vitne til vold, hørte vold eller var klar over pågående vold mellom omsorgspersonene, da rapportene var gitt av mødre og ikke etter intervju med barna direkte.

Det atferdsmessige omsorgssystemet hos mødre som skal fremme beskyttelse og omsorgsfull foreldatferd utvikles ikke like godt hos alle kvinner. Noen kvinner føler seg hjelpeløse ifht å beskytte eget barn fra trussel og fare, andre uttrykker vanskeligheter med å trygge seg selv og barna. Disse mødre beskrives av George og Solomon (2008) med en abdiserende stil, de gir opp sin rolle som en som frembringer beskyttelse og omsorg (George & Solomon i Levendovsky, Bogat & Hutc-Bocks, 2011). Denne gruppen av mødre har ofte erfart tilknytningsrelaterte traumer tidligere i livet, eksempelvis misbruk eller familievold (Levendovsky et al, 2011). I et tilknytningsperspektiv viser Levendovsky hvordan den

voldsutsattes kapasitet til å fremme god tilknytning for barnet kompromitteres (Levendovsky, Leahy, Bogat, Davidson & von Eye, 2006) og barnets oppvekstvilkår påvirkes. Dette samsvarer med familieteori og spillhypotese som viser at mors stress på bakgrunn av tidligere og nåværende vold reduserer hennes evne til å respondere sensitivt til barnet. Levenodvsky (2001) fant en marginal signifikant relasjon mellom mors barndomshistorie med overgrep og redusert moderlig psykologisk fungering (foreldrekompetanse). Dette funnet kan indikere at kvinner som allerede er traumatisert som barn bærer med seg en psykologisk sårbarhet som kan gi støtte til hypotese om redusert evne til å ivareta/beskytte egne barn, også i lys av sosial læringsteori.

Voldsutsatthet har en kompleks årsakssammenheng og forstås best i et interaksjonelt perspektiv (Whitfield, Anda, Dube & Felitti, 2003). Vatnar fant at situasjonelle faktorer knyttet tilegenskaper ved parforholdet og karakteristika ved aptrnervolden, mer enn faktorer ved mor hadde betydning for om barn ble vitne til partnervold eller ikke (Vatnar & Bjørkly, 2011). Dette understøttes av min studies manglende funn om påvirkning fra mors erfaringsgrunnlag med vold fra egen opprinnelsesfamilie. Frekvensen av nåtidig partnervold økte risiko for at barn ble vitne til fysisk og psykisk partnervold. Videre var lengre varighet av parforhold assosiert med økt risiko for at barn blir vitne til fysisk vold og seksuell vold (Vatnar & Bjørkly, 2011). Vatnar fant at mors økende alder var assosiert med redusert risiko for at barn ble vitne til fysisk partnervold. Hun fant også at i følge mødrenes rapport var de yngste barna mer eksponert for vold enn de eldre (Vatnar 2011).

Disse funnene gir støtte til assosiasjon mellom interaksjonelle aspekter ved partnervold og barns risiko for å bli vitne til vold mellom foreldre/steforeldre (Vatnar, 2009; Briere & Jordan, 2004; Bell & Naugle, 2008, Winstok, 2007).

Begrensninger ved studien

Utvalget i studien er hjelpsøkende kvinner etter partnervold i Norge, og lar seg ikke nødvendigvis generalisere til partnervoldsutsatte kvinner i andre deler av verden på bakgrunn av kulturelle og sosiale forskjeller. Kvinnene representerer heller ikke alle kvinner utsatt for partnervold i Norge på bakgrunn av at utvalget er rekruttert blant hjelpsøkende kvinner. Det er mange kvinner som lever med vold i partnerforhold som av ulike årsaker ikke søker hjelpeapparatet. Institusjonene kvinnene er rekruttert fra er valgt på bakgrunn av Justisdepartementets voldsmålinger og har også begrensninger i hvilke deler av hjelpeapparatet som er inkludert i disse målingene. Intervjuene er gjennomført av kun en intervjuer og kan dermed ha økt risiko for systematiske målingsfeil. Imidlertid har

variensanalyser ikke gitt indikasjon på systematiske målefeil. Reliabiliteten i studien kan også ha blitt sykket ved bruk av bare en intervjuer.

Resultatene av studien er basert på retrospektive selvrappoter om skam, skyld og ansvarsfølelse for partnervolden, i tillegg til symptomtrykk. Kvinnenes rapporter om oppvekstvilkår er likedan. En slik retrospektiv gjenkalling kan inneholde feilkilder og være påvirket av senere erfaringer. Vatnar viser til at retrospektive rapporter om partnervold har vært assosiert med underrapportering av vold (Schwartz, 2005 i Vatnar, 2009). Skyld, skam og ansvarsfølelse og psykiske symptomer kan også være metodologisk vanskelig å avgrense til hver enkelt voldskategori for kvinner med flere typer voldserfaring. Rapport om egne barns utsatthet for partnervolderfaring er retrospektivt rapportert av kvinnen. Ingen barn er direkte intervjuet om egen voldsutsatthet. I studien har kvinnene rapportert generelle psykiske helseplager ved utvalgte deler av SCL-90. Disse er ikke spesifisert i ulike symptomatologi og diagnoseorientering, og studien kan ikke bidra til videre kunnskap om ulike opplevelser av selvrefererende emosjoner knyttet til ulike symptomatologi.

I intervjuene er kvinnene spurt om voldskategorier knyttet til den nåværende partnervolden de har erfart og søkt hjelp for. Dette gjelder også for spørsmål om barndomserfaringer med vold fra opprinnelsesfamilie. På denne bakgrunn er det ikke grunnlag for å rapportere om eksempelvis prevalens av seksuelle overgrep i barndom generelt, men kun for den gruppen som hadde seksuelle overgrep i nåværende parforhold. Denne metodologiske begrensningen gjenspeiles ved at det i utvalget har vært en høy grad av samtidige erfaringer av ulike typer vold, og at de kvinner som har ulike typer voldserfaring i partnerrelasjon enn i barndom ikke fanges opp i rapportering av barndomserfaringer.

Resultater og tidligere forskning indikerer en stor generasjonseffekt av voldserfaring i barndom. Denne studien har kun inkludert kvinner som er utsatt for partnervold, og det er viktig å anerkjenne at ikke alle barn som erfarer vold og overgrep i egen opprinnelsesfamilie har senere voldserfaringer i voksenalder. Studien har hatt partnervoldsutsatte kvinner som utvalg og har mødres rapportering om egne barns utsatthet for vitneerfaringer som variabel, og undersøker ikke barns egne utsagn. Resultatene er således ikke generaliserbare som målinger av hvorvidt vold i opprinnelsesfamilien predikerer senere voldsutsatthet.

Studien er en tverrsnittsstudie og har begrensninger vedrørende måling av årsakssammenheng mellom variablene. I studien er likevel tidsbegrepet av betydning for symptomforståelsen i et utviklingsperspektiv. Utvalget er relativt lite og det må utøves forsiktighet ifht representativitet og statistisk styrke ved funnene. Det kan foreligge gruppeforskjeller som ikke blir signifikante grunnet utvalgets størrelse.

Videre forskning og kliniske implikasjoner

Større studier med hovedvekt på kvinners selvopplevelse etter partnervoldserfaringer vil gi nødvendig forståelse av sammenheng med psykisk helse etter voldsutsatthet. Med et større utvalg vil det også kunne avdekkes mulige forskjeller mellom ulike type voldserfaringer fra opprinnelsesfamilien som igjen kan påvirke behovet for ulike behandlingstilbud. Ved å inkludere voldsutsatte kvinner som av ulike årsaker ikke har hatt kontakt med hjelpeapparatet vil en kunne få et mer representativt utvalg som i større grad kan generaliseres til voldsutsatte i sin helhet. Man vil også kunne få innsikt i hvilke faktorer som medierer og modererer hjelpsøkende atferd.

Samlet forskning viser en økt risiko for reviktimisering i voksen alder for kvinner utsatt for fysisk, psykisk eller seksuell vold i barndom. I hovedoppgaven fant jeg at over halvparten av kvinnene hadde voldserfaring fra egen opprinnelsesfamilie. Margolin beskriver at 70 % av barn utsatt for vold og overgrep ikke erfarer vold i senere relasjoner i voksenalder (Margolin, 2005). Dette fordrer at vi også stiller spørsmål om hva som gjør at noen barn klarer seg bedre eller verre enn andre etter voldserfaringer. Forskning må identifisere både sårbarhetsfaktorer og resiliensfaktorer for å forstå voldens effekter på ulike utviklingsstadier. Vold i seg selv er en generell risiko for barndomsvansker, men spesifikke faktorer ved barnet eller ved familien kan gjøre noen barn mer sensitive for voldens effekter. Longitudinelle studier vil kunne åpne opp for å følge populasjoner over tid for å kartlegge årsaksforklaringer, mediatorer og moderatorer for hvordan voldsutsatthet påvirker senere helseplager og fungering.

Studien underbygger viktigheten av å differensiere mellom voldskategorier også i et behandlingsperspektiv. For kvinner med seksuell voldserfaring fra egen opprinnelsesfamilie bør det fremmes intervensjoner som bearbeider skyldfølelse. Ernst et al. 2007 viser at arbeid med barn som har vært vitne til vold vedr. skyld- og ansvarsattribusjon av volden viser signifikante forbedringer i tillegg til sikringsatferd i tilfelle nye voldsepisoder.

Avslutningsvis viser studien at et betydelig antall barn av partnervoldsutsatte kvinner blir vitne til vold. Dette stemmer overens med Fatuzzo et al som fant at 90 % av barn av voldsutsatte blir vitne eller selv utsatt for vold. Videre vet vi at det å være vitne til vold øker risiko for selv å oppleve partnervold i voksen alder 4-6 ganger (Bensley et al. 2003 i Wood et al. 2011). På bakgrunn av kunnskap om voldens konsekvenser både for voksne i parrelasjoner og barn som selv erfarer eller blir vitne til vold mellom foreldre(steforeldre) vil det være av klinisk betydning med både primære og sekundære intervensjoner i møte med voldsutsatte. I tillegg er det av betydning at helsepersonell har kunnskap om generasjonseffekter og aktivt

screenere for voldsutsatthet både blant voksne i parforhold og blant barn i helsesituasjoner. Informasjonsarbeid og preventive intervensjoner er av betydning for å bidra til å dempe den skadelige og sykliske effekten av vold i barndommen.

Konklusjon

Partnervold er en kompleks voldserfaring, og kan ikke sees som en homogen erfaring. Noen kvinner er utsatt for kun en type vold, mens andre kvinner erfarer flere typer vold innen samme parforhold. Tidligere voldsutsatthet, type partnervoldserfaring og andre karakteristika ved partnervolden bør derfor tas med i analysene når man undersøker effekter på voldsutsattes helse. Kvinner med fysisk og psykisk partnervoldserfaring som også har tilsvarende voldserfaring fra egen opprinnelsesfamilie rapporterte signifikant høyere symptomtrykk enn kvinner uten voldserfaring fra opprinnelsesfamilie. Dette gjaldt ikke for kvinner utsatt for seksuell voldserfaring. Derimot fant jeg at kvinner med seksuell partnervoldserfaring som også hadde seksuell voldserfaring fra opprinnelsesfamilie rapportert betydelig høyere risiko for skyldopplevelse enn kvinner uten denne tidlige erfaringen. Det blir derfor viktig å skille på følelsen av skam og skyld i hjelpapparatet og i den terapeutiske prosessen for ulike kategorier av vold. Barn av voldsutsatte kvinner blir i stor grad eksponert for pågående fysisk og psykisk partnervold. Tidligere forskning på konsekvenser for denne type eksponering viser en betydelig psykologisk kostnad med langvarige effekter. I dette utvalget var det stor overlapp mellom barn som vitne og barn som selv utsatt for vold i opprinnelsesfamilien, hvor under 9 % rapporterte å kun ha vært vitne til partnervold som barn. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner med og uten voldserfaring fra opprinnelsesfamilie ifht om egne barn ble utsatt for vold. Annen forskning finner at karakteristika ved volden er av betydning. Når forståelse av partnervold settes i et interaksjonelt rammeverk vil hvem som utsettes for partnervold, hvilken type vold kvinnen erfarer, hva som er skjedd forut for voldsepisoden, konteksten volden oppstår i og hva som skjer i etterkant ha betydning for hvordan volden oppleves, hvordan partnervolden persiperes og gis mening, hvordan volden mestres og konsekvensene av voldsutsatthet både på kort og lang sikt. Mine funn understøtter at det er av betydning at hjelpeapparatet anerkjenner barns høye risiko for eksponering av partnervold. I tillegg til å støtte og hjelpe voldsutsatte kvinner må psykisk helsevern også få kontakt med barna for nødvendige og forebyggende intervensjoner for å redusere både voldsutsatthet og langsiktige konsekvenser for barnas psykisk helse.

Referanseliste

- Adams, C. M. (2006). The consequences of witnessing family violence on children and implications for family counselors. *The family journal, 14*, 334-341.
- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C.M.Parkes, J. Stevenson-Hinde & P.Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London: Tavistock Publications.
- Alsaker, K., Moen, B. E., Nortvedt, M. W. & Baste, V. (2006). Low health-related quality of life among abused women. *Quality of Life Research, 15*, 959-965,
- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall CRC.
- Axelsen. E.D. (2009). *Symptomet som ressurs; psykisk problemer og psykoterapi*. Oslo, Pav Forlag AS.
- Bair-Merritt, M. H., Holmes, W. C., Holmes, J. H., Feinstein, J., & Feudtner, C. (2008). Does intimate partner violence epidemiology differ between homes with or without children? A population-based study of annual prevalence and associated risk factors. *Journal of family violence. 23*(5), 325-332.
- Beck, J. G., McNiff, J., Clapp, J.D., Olsen, S.A., Avery, M.L., Hagewood, J.H. (2011). Exploring negative emotion In women experiencing intimate partner violence: shame, guilt and PTSD. *Behaviour Therapy, 2011*, 1-11.
- Bell, K. M. & Naugle, A. E. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review, 28*, 1096-1107.
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. I Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (Red.) *Dissosiasjon og relasjonstraumer*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Berman, W. H., & Sperling, M. B. (1994). The structure and function of adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 1-28). New York: Guilford.
- Bevan, E. & Higgins, D. J., (2002). Is domestic violence learned ? The contribution of five forms of child maltreatment to men's violence and adjustment. *Journal of Family Violence, 17*, 223-245.
- Bogat, G.A., DeJonghe, E., Lenedovsky, A. A., Davison, W. S., & von Eye, A. (2003). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect, 30*, 109-125.

- Bourassa, C. (2007). Co-occurrence of interparental violence and child physical abuse and its effect on the adolescent's behavior. *Journal of Family Violence, 22*, 691-701.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Briere, J. & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and symptomatic sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in general population sample of men and women. *Child abuse and neglect, 27*, 1205-1222.
- Briere, J. & Jordan, C. E. (2004). Violence against women: outcome complexity and implications for assessment and treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 1252-1276.
- Buchbinder, E., & Eisikovits, Z., (2003). Battered women's entrapment in shame: a phenomenological study. *American Journal of Orthopsychiatry, 73*, No. 4, 355-366.
- Camacho, K., Ehrensaft, M. & Cohen, P. (2012). Exposure to intimate partner violence, peer relations and risk for internalizing behaviors: a prospective longitudinal study. *Journal of interpersonal violence, 27*, 125-141.
- Campbell J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet, 359*, 1331-1336.
- Cannon, E. A., Bonomi, A. E., Anderson, M. L., & Rivara, F. P. (2009) The intergenerational transmission of witnessing intimate partner violence. *Archives of pediatric and Adolescent medicine, 163*, 706-708.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J. & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders, 82*, 217-225.
- Cochran J. K., Sellers, C. S., Wiesbrock V., & Wilson R. P. (2011). Repetitive Intimate Partner Victimization: An exploratory application of social learning Theory. *Deviant Behavior, 32*, 790-819.
- Daro, D. & Cohn, A. (1988). Child maltreatment evaluation efforts: What have we learned? In Hotelling, G. T., Finklehor, D., Kirkpatrick, J. T. and Straus, M. A. (eds.), *Coping with family violence: Research and policy perspectives*, Sage, Newbury Park, CA, pp. 275-287.
- Davins-Pujols, M., Pérez-Testor, C., Salamer-Barò, M., Castillo-Garayoa, J. A. (2012). Personality profiles in abused women receiving psychotherapy according to the existence of childhood abuse. *Journal of family violence, 27*, 87-96.
- Dube, S.R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J. & Williamson, D. F. (2002). Exposure to abuse, neglect and household dysfunction among adults who witnessed IPV as

- children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 2002, 17, 3-13.
- Edelson, J. I. (1999). The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence against women*, 5, 134-154.
- Edwards, V. J., Anda, R. F., Felitti, V. J. & Dube, S. R. (2011). Adverse Childhood Experiences and health-related quality of life as an adult. I Graham-Berman, S. A. & Levendovsky, A.A. (ed) *How intimate partner violence affects children: Developmental Research, casestudies and evidence-based intervention*. American Psychological Association, Washington, DC. USA.
- English, D.J., Marshall, D.B., & Stewart A.J. (2003) Effects of family violence on child behavior during early childhood. *Journal of family violence*, 18, 43-57.
- El-Sheikh, M., Harger, J., & Whitson, S.M. (2001). Exposure to interparental conflict and children's adjustment and physical health: The moderating role of vagal tone. *Child Development*, 72, 1617-1636.
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., & Johnson, J.G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 741-753.
- Eisikovits, Z. C. & Enosh, G. (1997). Awareness of guilt and shame in intimate violence. *Violence and Victims*, 12, 307-322.
- Erel, O. & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: en meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118, 108-132.
- Ernst, A. A., Weiss, S. J., Del Castillo, C., Aagaard, J., Marvez-Valls, E., DeAngelo, J., Combs, S., Feuchter, A., Hegyi, M., Clark, R., Coffman, B. (2007). Witnessing intimate partner violence as a child does not increase the likelihood of becoming an adult intimate partner violence victim. *Academic Emergency Medicine*, 14, 411-418.
- Ernst, A. A., Weiss, S. J., Hall, J., Clark, R., Coffman, B., Goldstein, L., Hobley, K., Dettmer, T., Lehrman, C., Merhege, M., Corum, B., Rihani, T. & Valdez, M. (2009). Adult intimate partner violence perpetrators are significantly more likely to have witnessed intimate partner violence as a child than nonperpetrators. *American Journal of Emergency Medicine*, 27, 641-640.
- Fantuzzo, J. & Fusco, R. (2007). Children's direct sensory exposure to substantiated domestic violence crimes. *Violence and victims*, 22, 158-171.
- Feiring, C., Taska, L. & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Developmental Psychology*, 38, 79-92.

- Fergusson, D. M., Boden, J. M. & Horwood, L. J. (2006). Examining the intergenerational transmission of violence in a New Zealand birth cohort. *Child Abuse and Neglect*, 30, 89-108.
- Foa, E. B., Cascardi, M., Zoellner, L. A. & Feeny, N. C. (2000) Psychological and environmental factors associated with partner violence. *Trauma, Violence and Abuse*, 1, 67-91.
- Follesø, G. S., (2003). Skam og skyld. I Anstorp, Hovland, Torp (Red.) *Fra skam til verdighet*. Oslo, Universitetsforlaget (p100-134).
- Geffner, R. A., Jaffe, P. G., & Sudermann, M. (2000). Children exposed to domestic violence. Current issues in research, intervention, prevention and policy development. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3, full.
- George, C. & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In J.Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 833-856.) New York: The Guilford Press.
- Gleason, W. J. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and victims*, 8, 53-68.
- Golding, J. M. (1999) Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Gordon, G. (2000). Definitional issues in violence against woman: Surveillance and research from a research perspective. *Violence against women* 6, 747-783.
- Graham-Bermann, S. A., Lynch, S., Banyard, V., De Voe, E. R., Halabu, H. (2007). Community-Based intervention for children exposed to intimate partner violence: an efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 199-209.
- Graham-Bermann, S. A. & Edleson, J. L. (2001). *Domestic violence in the lives of children. The future of research, intervention, and social policy*. American Psychological Association.
- Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H., & Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect*, 33, 648-660.
- Graham-Bermann, S.A. & Perkins, S. (2010). Effects of early exposure and lifetime exposure to intimate partner violence (IPV) on child adjustment. *Violence and Victims*, 25, 427-439.
- Grossman, K. E., Grossman, K., Winter, M. & Zimmermann, P. (2002). Attachment relationships and appraisal of partnership: From early experience of sensitive support to

- later relationship representation. In L. Pulkinen & A. Caspi (Eds), *Paths to successful development* (p. 73-105). New York: Cambridge University Press.
- Henderson, A. J. Z., Bartholomew, K. & Dutton, D. G. (1997). He loves me; He loves me not; Attachment and separation solution of abused women. *Journal of family violence*, 12, 169-191.
- Heyman, R. & Slep, A. M. S. (2002). Do child abuse and interparental violence lead to adult family violence? *Journal of Marriage and Family*, 64, 865-870
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Howell, K. H. (2011). Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and Violent Behaviour*, 16, 562-569.
- Humphreys J. C., Lee, K. Neylan, T. & Maramba, C. R. (1999) Sleep patterns of sheltered battered women. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, 139-143.
- Israel, E. & Stover, C. (2009). Intimate partner violence: The role of the relationship between perpetrators and children who witness violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 1755-1764.
- Jirapramukpitak, T., Harpham, T. & Prince, M. (2011). Family violence and its adversity package: a community survey of family violence and adverse mental outcomes among young people. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 46, 825-831.
- Jaffe, P. G., Wolfe, D. A. & Wilson S. K. (1990). *Children of battered women*. Newbury Park, CA: Sage.
- Johnson, H. & Pottie Bunge, V. (2001). Prevalence and consequences of spousal assault in Canada. *Canadian Journal of Criminology*, 43, 27-45.
- Justis- og beredskapsdepartementet (2012). *Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2012*. Publikasjonskode: G-0365 B, Oslo.
- Kashani, J. H., & Allan, W. D. (1998). *The impact of family violence on children and adolescents*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kaslow, N.J., Thompson, M.P., Okun, A. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African American women. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70, 311-319.
- Kaura, S.A., & Lohman B.J. (2007). Dating violence victimization, relationship satisfaction, mental health problems and acceptability of violence: A comparison of men and women. *Journal of Family Violence*, 22, 367-381.

- Kim, A., Thibodeau, R. & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *137*, 68-96.
- Kivisto, A. J., Kivisto, K. L., Moore, T. M., Rhatigan, D. L. (2011). Antisociality and intimate partner violence: the facilitating role of shame. *Violence and Victims*, *26*, 758-773.
- Koss, M. P., Figueredo, A. J. & Prince, R. J. (2001). Cognitive mediation of rape's mental, physical and social health impact: Tests of four models in cross-sectional data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 926-941.
- Krug, E G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Levenovsky, A. A., Bogat, G. A. & Huth ó Bocks, A. C. (2011). The influence of domestic violence on the development of the attachment relationship between mother and young child. *Psychoanalytic Psychology*, *4*, 512-527.
- Levendovsky, A. A., & Graham-Bermann, S. A., (2001). Parenting in battered Women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of family violence*, *16*, 171-192.
- Levendovsky, A. A., Leahy, K. L., Bogat, G. A., Davidson, W. S. & Von Eye, A., (2006). Domestic violence, maternal parenting, maternal mental health, and infant externalizing behavior. *Journal of family Psychology*, *20*, 544-552.
- Lewis, M. (2000). Self-conscious emotions: Embarrassment, prides, shame and guilt. In M. Lewis & J.M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd, p 632-636). New York: The Guildford Press.
- Lieberman, A.F., & Knorr, K. (2007). The impact of trauma: a developmental framework for infancy and early childhood. *Psychiatric Annals*, *37*, 416-422.
- Margolin, G. (2005). Children's exposure to violence: Exploring developmental pathways to diverse outcomes. *Journal of interpersonal violence*, *20*, 72-81.
- Margolin, G., Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, *51*, 445-479.
- McCloskey, L.A. (2011). The impact of intimate partner violence on adolescent.. I Graham-Berman, S. A. & Levendovsky, A.A. (ed) *How intimate partner violence affects children: Developmental Research, casestudies and evidence-based intervention*. American Psychological Association, Washington, DC. USA.
- McDonald, R., Jouriles, E.N., Ramisetty-Mikler, S., Caetano, R., & Green, C.E. (2006). Estimateing the number og merican children living in partner-violent families. *Journal of family psychology*, *20*, 137-142.

- McFarlane, J. M., Groff, J. Y., O'Brien, J. A. & Watson, K. (2003). Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white and Hispanic children. *Pediatrics*, *112*, e202-e207.
- McGee, R., Wolfe, D. & Wilson, S. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents perspectives. *Developmental Psychopathology*, *9*, 131-149.
- McKay, M. M. (1994). The link between domestic violence and child abuse: Assessment and treatment considerations. *Child welfare*, *73*, 29-39.
- Migeot, M. & Lester, D. (1996). Psychological abuse in dating, locus of control, depression and suicidal preoccupation. *Psychological Report*, *79*, 682.
- Moe, V., Moe, R. G. & Smith, L. (2008). Utviklingsmessige og relasjonelle problemer hos sped- og småbarn. I H. Haavind & H. Øvereide (Eds.) *Barn og unge i psykoterapi: samspill og utviklingsforståelse*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Moor, A. (2007). When recounting the traumatic memories is not enough: treating persistent self-devaluation associated with rape and victim-blaming rape myths. *Women & Therapy*, *30*, 19-33.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrporteringsstudie blant avgangselever I videregående skole. Oslo: NOVA.
- Moylan C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C. & Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*, *25*, 53-63.
- NIBR-rapport 2005 : <http://www.nibr.no/filer/2005-3.pdf>
- Nisith, P., Mechanic, M.B. & Resick, P. A. (2000). Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 20-25.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. & Seligman, M. E. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 405-422.
- O'Neill, M. L. & Kerig, P. K. (2000). Attributions of self-blame and perceived control as moderators of adjustment in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, *15*, 1036-1050.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T.K., Hukkelberg, S. S., Holt, T. & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn ó blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *47*, 235-240.

- Patterson, G. R. & Dishion, T. J. (1988). *Multilevel family process models: Traits, within families: Mutual Influences* (p. 283-310). Oxford: Clarendon Press.
- Perkins, S. & Graham-Bermann, S. (2012). Violence exposure and the development of school-related functioning: Mental health, neurocognition and learning. *Aggression and Violent Behavior, 17*, 89-98.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburua, E. & Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety and suicide. *Journal of Womens Health, 15*, 599-611.
- Politiet.no;
https://www.politi.no/rad_fra_politiet/vold_i_nare_relasjoner/definisjon_pa_vold_i_nare_relasjoner/
- Prospero, M. (2008). The effect of coercion on aggression and mental health among reciprocally couples. *Journal of family violence, 23*, 195-202.
- Ratner, P.A. (1993). The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal of Public Health, 84*, 246-49.
- Retzinger, S. M. (1991). Shame, anger and conflict: Case study of emotional violence. *Journal of Family Violence, 61*, 37-59.
- Rossman, B. B. R., Rea, J. G., Graham-Bermann S., Butterfield, P. M. (2004). Young children exposed to adult domestic violence: Incidence, assessment and intervention. In Jaffe, Baker, Cunningham (Eds), *Protecting children from domestic violence: Strategies for community Interventions* (p 30-48). Guilford Press, NY, US.
- Shorey, R.C., Sherman, A. E., Kivisto, A.J., Elkins, S. R., Rhatigan, D. L. & Moore, T. M. (2010). Gender differences in depression and anxiety among victims of intimate partner violence: The moderating effect of shame proneness. *Journal of interpersonal violence, 10*, 1-17.
- Shurman, L. A. & Rodriguez, C. M. (2006). Cognitive-Affective Predictors of Women's Readiness to End Domestic Violence Relationships. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 1417-1439.
- Sippel, L. M. & Marshall, A. D. (2011). Posttraumatic stress disorder symptoms, intimate partner violence perpetration and the mediating role of shame processing bias. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 903-910.

- Smith, C. A., Ireland, T.O., Park, A., Elwyn, L., Thonberry T. P. (2011). Intergenerational Continuities and Discontinuities in Intermate Partner Violence: A Two-Generational Prospective Study. *Journal of Interpersonal Violence, 26*, 3720-3752.
- Sousa, C., Herrenkohl, T. I., Moylan, C. A., Tijima E. A., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C. & Russo, M. J. (2010) Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to domestic violence, parent-child attachments and antisocial behavior in adolescent. *Journal of interpersonal Violence, 26*, 111-136.
- Stark, E., & Flitcraft, A.H. (1988). Women and children at risk: A feminist perspective on child abuse. *Int. Journal of Health Services, 18*, 97-118.
- Statistisk Sentralbyrå, Levekårsundersøkelse, 1995. <http://www.ssb.no>
- Sternberg, K. J., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M. E. & Guterman, E. (2006). Type of violence, age and gender differences in the effects of family violence on children's behaviour problems: A mega-analysis. *Development review, 26*, 89-112.
- Straus, M. A. (1979) Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactic Scales. *Journal of Marriage and Family, 41*, 75-88.
- Straus, M. & Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Stuewig, J. & McCloskey, I. A. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: psychological routes to depression and delinquency. *Child maltreatment, 4*, 324-336.
- Tangney, J.P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: Development of the self-conscious affect and attribution inventory. *Journal of Personality and social Psychology, 59*, 102-111.
- Tagney, J. P. & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford.
- Tagney, J.P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 741-754.
- Tjaden P. & Thoennes N. (2000) Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. *Violence Against Women, 6*, 142-161.
- Tolman, R. M. & Rosen, D. (2001). Domestic violence in the lives of women receiving welfare: Mental health, substance dependence and economic well-being. *Violence against women 7*, 141-158.
- Ullman, S. E. & Brecklin, L. R. (2002). Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*, 117-130.

- Vatnar, S. K. B., Bjørkly, S. (2009). An interactional perspective of intimate partner violence: An in-dept semi-structured interview of a representative sample of help-seeking women. *Journal of family violence, 23*, 265-279.
- Vatnar, S. K. B., Bjørkly, S. (2010). Does it make any difference if she is a mother? An interactional perspective on intimate partner violence with a focus on motherhood and pregnancy. *Journal of interpersonal violence, 25*, 94-110.
- Vatnar, S. K. B., Bjørkly, S. (2011). Victim of and witness to violence: an interactional perspective on mothers' perceptions of children exposed to intimate partner violence. *Violence and victims, 26*, 830-852.
- Vitanza, S., Vogel, L. D. M. & Marshall, L. L. (1995). Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. *Violence and Victims, 10*, 23-24.
- Von Tetzchner, S. (2001). *Utviklingspsykologi, Barne- og ungdomsalderen*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Wallace, H. (2002). *Family Violence: Legal, medical and social perspectives* (3rd ed.) Boston: Allyn & Bacon.
- Whitfield, C.L., Anda, R.F., Dube, S. R., Felitti, V. J. (2003). Violent Childhood Experiences and the risk of intimate partner violence in adults. *Journal of interpersonal violence, 18*, 166-185.
- Winstok, Z. (2007). Toward an interactional perspective on intimate partner violence. *Aggression and Violent Behaviour, 12*, 348-363.
- Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A. & Jaffe, P.G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*, 171-187.
- Wood, S. L. & Sommers, M. S. (2011). Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 24*, 223-236.
- Zillman, D. (1979). *Hostility and aggression*. Hillsdale, N.J: Erlbaum