

# Vold og depresjon hos norske småbarnsmødre

*Anja Schanke Sundet*



Levert som hovedoppgave ved

Psykologisk institutt

Universitet i Oslo

Våren 2009

**Forfatter:** Anja Schanke Sundet

**Tittel:** Vold og depresjon hos norske småbarnsmødre.

**Veileder:** Hovedveileder: Professor Anne Inger Helmen Borge, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Biveileder: Seniorforsker Siri Thoresen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

**Bakgrunn:** Vold mot kvinner har vært mye forsket på de siste årene men fortsatt er det stor spredning i både forekomsttallene, risiko for multiviktimisering og sammenhengen mellom vold og depresjon. Få forekomststudier har inkludert psykisk vold som en egen voldskategori, noe som er uheldig da studier viser at psykisk vold har en selvstendig effekt på psykisk helse. Dette kan også ha ført til at multiviktimisering og risiko forbundet med vold har blitt underestimert.

**Formålet med studien:** Studien har tre forskningsspørsmål. Det første målet er å undersøke hvor mange kvinner som har vært utsatt for psykisk, fysisk og seksuell vold i barndom og voksen alder, samt risiko for å bli utsatt for flersidige (polyviktimisering) og gjentakende (reviktimisering) voldshendelser i en ikke-klinisk populasjon. Det andre målet er å undersøke om det er en sammenheng mellom vold og depresjon og hvordan dette eventuelt henger sammen med type (fysisk, seksuell eller psykisk) vold og omfanget av volden. Det siste målet er å undersøke om et godt parforhold kan ha en beskyttende effekt på forholdet mellom vold og depresjon.

**Metode:** Datamaterialet til denne oppgaven er hentet fra Den norske mor og barn undersøkelsen (MoBa) som er en spørreskjemaundersøkelse ledet av Folkehelseinstituttet. Utvalget består av 40125 kvinner i alderen 14- 47 år. Depresjonssymptomer ble kartlagt med Symptom Check List (SCL-8), kvaliteten på parforholdet ble kartlagt med Relationship Satisfaction Scale (RSS) og spørsmålene om vold var utarbeidet av MoBa forskerne.

**Resultater:** Resultatene viser at vold ikke er sjeldent forekommende, idet nesten 1/3 av mødrene har vært utsatt for minst en type vold. Psykisk vold er dobbelt så hyppig forekommende som fysisk og seksuell vold, både i barndom og i voksenalder. Det er en statistisk signifikant risiko for at personer som opplever vold utsettes for flere voldsformer i samme tidsperiode (polyviktimisering) og på flere tidspunkt i livet fra barndom til voksen alder (reviktimisering). Psykisk vold ga like stor risiko for depresjon som fysisk og seksuell vold, og risikoen for depresjon øker med antall voldshendelser inntil et visst nivå. Forholdet mellom vold og depresjon var delvis mediert gjennom partnertilfredshet.

**Konklusjon:** Studien understreker betydning av å inkludere flere typer vold i studier som omhandler virkning av vold på psykisk helse.

## Forord

Den første og største takken går til Siri Thoresen. Du har stilt opp 100 % hele veien, og hjulpet til med alt fra dataanalyser til skriveprosessen. Jeg har lært veldig mye på denne tiden, og da særlig av deg. Din effektivitet er helt utrolig og vil være en inspirasjon i lang tid fremover. En stor takk rettes også til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Jeg er veldig takknemlig for at jeg har fått lov til å skrive hovedoppgaven i deres lokaler og samtidig få tilgang på deres ressurser, blant annet har det vært et privilegium å ha tilgang på et så flott bibliotek! I denne forbindelse må jeg også takke medstudent Helene Øverås som jeg har delt kontorplass med. Selv om en slik skriveprosessen medfører hard jobbing og lange dager, så har det alltid vært hyggelig stemning inne på ”vårt kontor”.

Anne-Inger Helmen Borge har vært en veldig god veileder, og hjulpet meg under hele prosessen. Takk for et godt samarbeid, og nyttige tilbakemeldinger. I tillegg har jeg fått god statistikkhjelp av Jon Martin Sundet, som har en egen evne til å forklare vanskelige ting på en lett måte.

Det er også helt nødvendig å takke min familie og gode venner for oppmuntring og omsorg. Spesielt de av dere som har lest gjennom oppgaven og kommet med konstruktive innspill. Jeg gleder meg veldig til å kunne være mer sammen med dere i tiden fremover.

Til slutt men absolutt ikke minst, vil jeg gi en varm takk til min samboer Pål-Erling Anonsen. Selv om vi har skrevet våre hovedoppgaver parallelt dette halvåret, og til tider vært svært så selvsentrerte og opptatt med vårt, har du vært like kjærlig som alltid og en fryd å være sammen med ☺. Takk for din støtte.

Anja Schanke Sundet

## **Innledning**

Det mangfoldige voldsbegrepet.....	6
Hvordan studere vold?.....	9
Forekomst av vold mot kvinner og barn.....	10
Fysisk vold .....	11
Seksuell vold .....	12
Psykisk vold .....	12
Mørketall i forekomst av vold.....	13
Multiviktimisering:.....	13
Vold og psykisk helse.....	16
Parforholdet som beskyttende faktor .....	18
Bakgrunn og formål med studien.....	19

## **Metode**

Den norske mor og barn undersøkelsen (MoBa).....	22
Utvalget.....	22
Prosedyre.....	23
Måleinstrumenter.....	23
Demografiske variabler.....	23
Voldsopplevelser.....	24
Partnertilfredshet.....	24
Depresjon hos mødrene.....	25
Statistiske analyser.....	26
Mediatormodellen.....	26

## **Resultater**

Del I: Forekomst av vold og risiko for multiviktimisering:.....	29
Hvor mange av småbarnsmødrene har vært utsatt for vold?.....	29
Har kvinner utsatt for vold økt risiko for å bli utsatt for andre typer vold i samme tidsperiode(polyviktisering)?.....	29
Har kvinner utsatt for vold i barndommen økt risiko for å bli utsatt for vold i voksenalder (reviktisering)?.....	30
Del II: Sammenhengen mellom voldseksponering og depresjon:.....	31
Har kvinner utsatt for vold mer depresjonssymptomer enn kvinner som ikke er utsatt for vold?.....	31

Varierer sammenhengen mellom vold og depresjon ut i fra type voldseksponering?.....	31
Øker risiko for depresjon med antall voldseksponeringer?.....	33
Del III: Parforholdet som en beskyttende faktor:.....	35
Kan et godt partnerforhold medierer effekten av vold på depresjon?.....	35
<b>Diskusjon</b>	
Del I: Forekomst av vold og risiko for multiviktimisering:.....	38
Del II: Sammenhengen mellom voldseksponering og depresjon.....	41
Del III: Parforholdet som en beskyttende faktor.....	43
Styrker og svakheter ved studien.....	43
Implikasjoner av studien og videre forskningsbehov.....	45
Etterord.....	45
<b>Referanser.....</b>	<b>47</b>
<b>Appendiks A.....</b>	<b>54</b>

## **Innledning**

I den kjente indiske analogien om de blinde mennene og elefanten, ble hver og en av de blinde mennene bedt om å kjenne på hver sin kroppsdel av dyret, for deretter å beskrive hva slags dyr dette var. De blinde mennenes beskrivelse av elefanten var veldig ulik og avhengig av hvilken del av dyret de var i berøring med. Ingen klarte å beskrive ”hele bildet”, elefanten som den virkelig var, med ører, ben, hale, snabel og kropp. Denne analogien stemmer på feltet vold mot kvinner: Selv om vold mot kvinner har vært mye forsket på, så er det fremdeles et behov for å få frem ”hele bildet”.

### Det mangfoldige voldsbegrepet

Hva vi legger i begrepet vold har gjennomgått en radikal endring gjennom historien. Noen vil hevde at voldsbegrepet, slik vi kjenner det i dag, er et relativt nytt begrep (Ole Kristian Hjemdal, personlig kommunikasjon, mars 2009). Endringen i voldsbegrepet har særlig å gjøre med to forhold: For det første har samfunnets og individets toleransegrense for vold blitt redusert, slik det også kommer til uttrykk i både norske og internasjonale lover og konvensjoner. For det andre avdekkes nye former for vold. Tidligere var vold primært definert ut i fra synlige *fysiske skader* og aggressive *handlinger*. I dag er vold i tiltagende grad blitt begrepsfestet også ut fra sine *virkninger*, og voldsutøverens *intensjoner* (Balvig, 2000). Dette illustreres i Isdal (2000) sin definisjon av vold:

*«Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som, gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den andre personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil»*

(s 36).

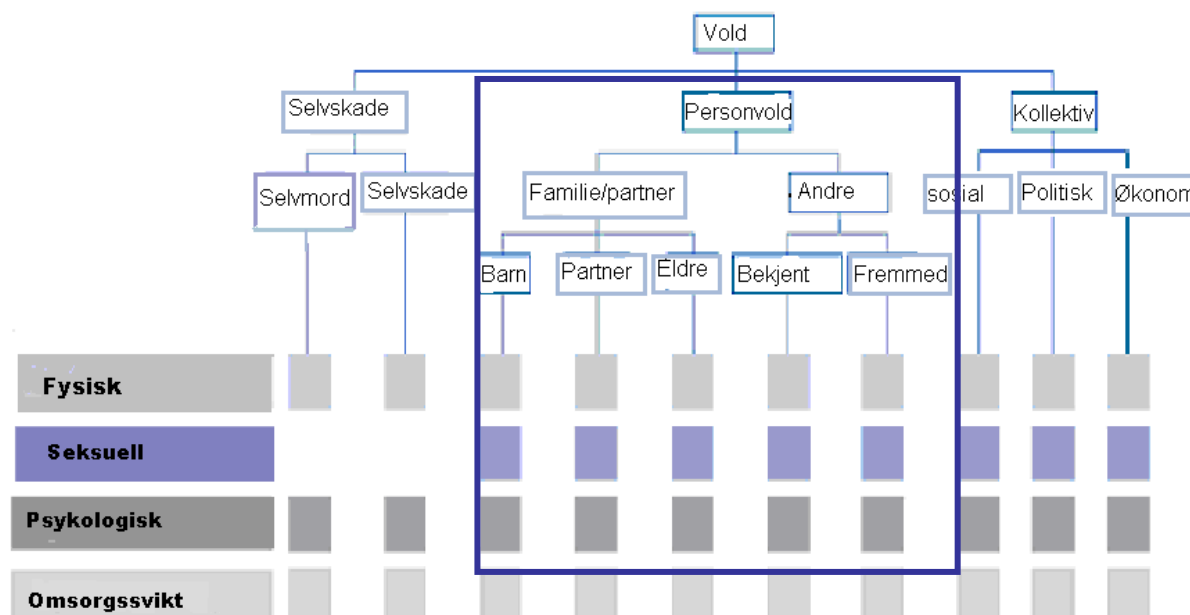
Verdens Helseorganisasjon (WHO: World report on violence and health, 2002) sin definisjon av vold har også et overordnet funksjonsorientert perspektiv på volden:

*”The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation”*

(s 5).

Denne definisjonen legger særlig vekt på den *intensjonelle* bruken av fysisk makt. Det innebærer et skille mellom fysiske handlinger hvor intensjonen er å skade personen, og fysiske handlinger hvor intensjonen ikke nødvendigvis er å skade, men for eksempel et ledd i barneoppdragelsen. I tillegg til at voldsbegrepet har beveget seg fra å omhandle konkrete handlinger til en mer utvidet og abstrakt forståelse så har voldsbegrepet også, som allerede nevnt utviklet seg i bredden. I dag snakker man om flere typer vold. Som illustrert i WHO's voldstypologi er det i dag en rekke ulike grupper og typer vold som alle inkluderes i voldsbegrepet.

### WHO's voldstypologi



Figur 1. De horisontale tekstboksene beskriver hvem som er påvirket og de vertikale tekstboksene beskriver hvordan de er påvirket. Skissen er oversatt til norsk av Hjemdal (2009) og brukes med hans tillatelse.

WHO presiserer at alle de forskjellige formene for vold (som vist i figur 1) er inkludert i den overnevnte voldsdefinisjonen:

*"(...) 'the use of physical force or power' should be understood to include neglect and all types of physical, sexual and psychological abuse, as well as suicide and other self-abusive acts" (2002, s 5).*

Isdal (2000) har i likhet med WHO inkludert flere former for vold i sin definisjon av voldsbegrepet, men har også definert fysisk, seksuell og psykisk vold mer spesifikt. Fysisk vold: *"Fysisk vold er bruken av enhver form for fysisk makt som gjennom at den smerter, skader, skremmer og krenker, påvirker et annet menneske til å slutte å gjøre noe den vil eller gjøre noe mot sin vilje"* (s 43). Denne definisjonen inkluderer et vidt spekter av handlinger, og som allerede nevnt er det voldens funksjon som definerer den som en voldshandling. Seksuell vold: *"Seksuell vold er alle handlinger rettet inn mot en annen persons seksualitet, som gjennom at de smerter, skader, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil"* (s 45). Seksuell vold inkluderer på denne måten er rekke handlinger fra overgrepstvoldtektekter til seksuelle krenkelser. Psykisk vold: *"Psykisk vold er alle måter å skade, skremme eller krenke på som ikke er direkte fysisk i sin natur, eller måter å styre eller dominere andre på ved hjelp av en bakenforliggende makt eller trussel"* (s 49). Videre deler Isdal den psykiske volden i 7 undergrupper; direkte trusler, indirekte trusler, degraderende og ydmykende atferd, kontroll, utagerende sjalusi, isolering og emosjonell vold. Psykisk vold har også tidligere blitt operasjonalisert av Marshall (1999) som kategoriserte psykisk vold i to undergrupper: a) *tydelige handlinger*, som blant annet inkluderer verbal dominering i samtaler, ignorering, og kontrollering, og b) *mer subtile handlinger*, som inkluderer å få personen til å føle at hun/han har problemer og ikke kan ta vare på seg selv, få vedkommende til å føle seg skyldig, holde ting fra personen, hindre personen i å følge sine interesser og gjøre som det vil og isolere personen fra venner og familie. Den psykiske vold er mer subtil enn den fysiske og seksuelle volden, og kan være vanskelig å adressere som en voldshandling, noe som illustreres i utsagnet til denne kvinnen:

*"Jeg så tidligere på vold som bare å bli banket. Det har nok vært en bevisstgjøring for meg at det finnes mange ulike typer vold...det verste har vært å måtte veie alle orda...jeg måtte tenke fra alle mulige vinkler om det jeg sa var noe han kunne misforstå på noe vis"* (hentet fra Engnes og Hjemdal, s 31, under publisering).

Voldsbegrepet og hvordan vi forstår vold er fremdeles i endring. Måten vi forstår og definerer vold er viktig både for akademisk og politisk diskusjoner, og i tillegg er verdspørsmål involvert. For snevre definisjoner av seksuelle overgrep er blitt tolket som et uttrykk for å minimalisere omfanget av seksuelle overgrep, mens for vide definisjoner av seksuelle overgrep har blitt sett på som et utslag av moralsk panikk (Bakketeig, 1999).



I denne oppgaven vil fokus være på volden innenfor den mørkeblå klammen som vist i figur 1. Det vil si personvold (begått av noen i familien, i partnerforholdet eller av en annen) og tre former for vold henholdsvis; fysisk, seksuell og psykisk vold. Vold i form av omsorgssvikt, vold mot seg selv (selvskading) og kollektiv vold vil ikke bli videre diskutert.

Utvalget til denne studien er kvinner som har deltatt i Den norske mor og barn undersøkelsen (MoBa), og denne oppgaven vil studere forekomst av vold i dette utvalget i voksen alder og i barndommen. Videre er oppgaven avgrenset mot vold mot menn. I oppgaven vil vold brukes som en fellesbetegnelse for psykisk, fysisk og seksuell vold. Når de enkelte voldstypene blir diskutert vil dette spesifiseres.

### Hvordan studere vold

Det finnes primært to kilder til forekomsten av vold, henholdsvis *registrerte voldstilfeller* og *selvrapporterte voldstilfeller*. Selvrapporterte voldstilfeller kan ytterligere inndeles ut fra hvorvidt det er respondenten selv som definerer hva som er vold, eller om forskerne spør etter konkrete handlinger.

Studier har vist at spørsmål som bruker ladede begreper som; *"voldtekt"*, *"mishandling"* og *"overgrep"* reduserer antall personer som bekrefter at de har opplevd dette, mens spørsmål som spør etter konkrete handlinger (*"har du blitt slått eller sparket, eller har du hatt ufrivillig seksuell omgang med noen"*) øker antall personer som sier "ja" (Harned, 2004; Thombs, et al., 2006). En mulig forklaring på dette fenomenet er at selv om personen ble presset til en seksuell handling, opplevde personen ikke at hendelsen var alvorlig nok til å kategorisere det som en voldtekt. Stigmatiseringen som kan være forbundet med å kategorisere seg som et "voldsoffer" er muligens også en tilleggsbelastning.

Hvor man setter aldersgrensen mellom barn og voksen vil også påvirke prevalenstillene. Studier som definerer barndom fra 0- 18 år vil ofte få høyere prevalenstill enn studier som definerer barndom fra 0- 15 år. Dette skyldes at i tillegg til at flere ungdommer inkluderes i barnekategorien som også kan påvirker prevalenstillene, påvirkes tallene av at ungdommer har en statistisk sett forhøyet risiko for å bli utsatt for vold og mishandling. En studie på risikoadferd fant at ungdommer i alderen 12-17 hadde mellom 2 til 3 ganger høyere risiko for å bli utsatt for vold og overgrep enn personer i aldersgruppen 18-24 (Hashimi & og Finkelhor, 1999). Mye av volden ungdommene opplever er også av en annen karakter enn vold i barndommen, i det også dreier seg om vold eller overgrep utført av jevnaldrende.

Majoriteten av spørreskjemastudier om vold benytter seg av retrospektive metoder, hvor informanten blir bedt om å rapportere hendelser tilbake i tid. Det har vært rettet en del kritikk mot bruken av denne metoden, særlig når voksne personer blir bedt om å rapportere hendelser i barndommen. Men dersom man skulle studere forekomsten av vold i barndommen med prospektive metoder, ville dette medføre en rekke andre utfordringer. For det første, ville man måtte følge en gruppe barn fra før volden inntraff, noe som er svært tids- og ressurskrevende. For det andre ville slik forskning støte på vanskeligheter når det gjelder å innhente valide data, spesielt knyttet til hvem som skal ha ansvaret for en slik rapportering. Studier viser nemlig til uoverensstemmelser mellom barnets rapportering og foreldrenes rapportering på vegne av barnet. Det er i tillegg metodiske og etiske problemer knyttet til å intervju små barn om vold, noe Hardt og Rutter (2004) peker på i en oversiktartikkel om validiteten ved retrospektive metoder. Konklusjonen fra Hardt og Rutter er at selv om retrospektive metoder har sine svakheter, er det en tilstrekkelig valid metode som fortsatt fortjener en plass innenfor psykologisk forskning.

#### Forekomst av vold mot kvinner og barn

Tall basert på Statistisk sentral byrå (SSB) sine levekårsundersøkelser viser at den årlige forekomsten av kvinner og menn som blir utsatt for fysisk vold eller trusler om dette, har vært stabil de siste 15 årene og ligger mellom 5 og 5.5 prosent (Stene, 2003). I følge undersøkelser fra Danmark og Sverige lå tilsvarende andel rundt 4 prosent (BRÅ, 2001). Forekomststudier av omfanget av vold mot spesifikt kvinner har ikke fått like unisone resultater. Av forekomststudier refereres her til 5 nasjonale undersøkelser om vold mot kvinner. Disse fem forekomststudiene vil bli brukt som sammenligningsgrunnlag for resultatene i denne oppgaven. Som det fremkommer av tabell 1, er det stor variasjon mellom undersøkelsene både når det gjelder antall personer i undersøkelsen, fokusgruppe, og hva slags voldskategorier som er studert. Disse studiene er såpass forskjellige fra hverandre at det er vanskelig å sammenligne de med hverandre, men det gir likevel en liten oversikt over forekomst av vold mot kvinner og barn.

Tabell 1. Oversikt over tidligere nasjonale undersøkelser om forekomst av vold mot kvinner.

Land og årstall	Antall kvinner	Alder	Svarprosent	Vold totalt	Psykisk voldbarndom	Fysisk vold barndom	Seksuell vold barndom	Psykisk vold voksen	Fysisk vold voksen	Seksuell vold voksen
Finland 1998 <sup>1</sup>	4955	18-74	70.3%	63 %	-	21 %	16 %	-	30 %	52% 1
USA 2000 <sup>2</sup>	8.000	18<	72 %	56 %	-	40 %	9 %	-	30 %	10 %
Sverige 2000 <sup>3</sup>	6926	18-64	70.1%	50 %	-	-	-	-	25 %	34 %
Norge 2005 <sup>4</sup>	2143	20-54	63.3%	30 %	-	-	-	10 %	22 %	10 %
Norge 2007 <sup>5</sup>	7033	18-21	77 %	30 %	-	25 %	22 %	-	-	-

1. Finland (1998), "Faith, hope, battering- A survey of men`s violence against women in Finland", forfattere er Heiskanen & Piispa. Denne undersøkelsen ble utført i høsten 1997, og er den første forekomstundersøkelsen av menns vold mot kvinner i Finland.
2. USA (2000), "The National Violence Against Women Survey" (NVAW), forfatterene er Tjaden og Thoennes. Undersøkelsen ble utført fra november 1995 til mai 1996.
3. Sverige (2001); "Slagen dam. Menns vold mot kvinnor i jamstallda Sverige- en omfangsundersøkning", forfattere er Lundgren, Heimer, Westerstrand og Kalliokoski. Forekomststudien ble gjennomført høsten 1998, og er den første store nasjonale undersøkelsen om menns vold mot kvinner i Sverige.
4. Norge (2005), NIBR-rapporten; "Vold i parforhold- ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge", forfattere er Haaland, Clausen og Schei. Denne rapporten presenterer resultater fra en landsomfattende undersøkelse gjennomført av Statistisk sentralbyrå ved årsskiftet 2003/2004.
5. Norge (2007), NOVA- rapporten; "vold og overgrep mot barn og unge – en selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole", forfattere er Mossige og Stefanson. Denne rapporten ble skrevet på bakgrunn av Barne – og likestillingsdepartementet. Dette er den første forekomststudien som undersøker forekomsten av fysisk vold mot barn fra foreldre og barn som vitne til vold.

### *Fysisk vold*

Forekomsten av kvinner som har vært utsatt for fysisk vold i voksen alder varierer mellom 22 til 30 prosent i de skandinaviske og amerikanske studiene (Haaland, Clausen, Schei, 2005; Heiskanen og Piispa, 1998; Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski, 2001; Tjaden & Thoennes, 2000). Denne spredningen er relativt smal i forhold til at spredningen er betydelig større i det andre voldskategoriene. Andelen barn som har vært utsatt for fysisk vold varierer fra 21 til 25 prosent i norske og skandinaviske studier (Heiskanen & Piispa; Mossige & Stefansen, 2007) og opp mot 40 prosent i det amerikanske studiet (Tjaden & Thoennes). Det fremkommer ikke i denne tabellen, men NIBR- rapporten fant av at 4 prosent av de spurte kvinnene hadde opplevd vold eller trusler om det i løpet av graviditeten (Haaland et al.). I en oversiktsstudie over forekomsten av fysisk vold mot gravide viser Stenson (2005) at prevalenstillene varierer mellom 0. 9 til 20 prosent. Campbell (2002) fant at det var en forekomst av partnervold i 3 til 13 prosent av alle svangerskap.

### *Seksuell vold*

Forekomsten av kvinner som har vært utsatt for seksuelle krenkelser i voksen alder varierer fra 10 til 34 prosent i det skandinaviske og amerikanske studiet (Haaland, et al., 2005; Lundgren et al., 2001; Tjaden & Thoennes, 2000), opp mot 52 prosent i det finske studiet (Heiskanen & Piispa, 1998). Denne store spredningen i prevalenstillene har sammenheng med at noen studier operasjonaliserer seksuell vold som voldtekt, mens for andre innebærer det seksuelle krenkelser. Dette er som nevnt tidligere en viktig metodisk forskjell når man studerer forekomsten av vold. Norske og finske studier har funnet at forekomsten av seksuelle krenkelser mot barn varierer mellom 16 til 22 prosent (Heiskanen & Piiska; Mossige & Stefansen, 2007), mens NVAW fant en forekomst på 9 prosent i sin studie (Tjaden & Thoennes). To tidligere norske forekomststudier på seksuelle overgrep fant at prevalensen varierte mellom mens et tidligere norsk studie har funnet at forekomsten av seksuell vold var nede på 2.6 til 16 prosent (Sætre, Holter & Jebsen, 1986; Tambs, 1994) og en oversiktsartikkel fra 21 land fant at prevalenstillene for barn og unge som ble utsatt for seksuelle krenkelser varierte fra 7 til 36 prosent (Finkelhor, 1994). Tall basert på både innsidens og prevalenstill i Amerika viser til at det har vært en nedgang i seksuell vold i løpet av de to siste tiårene (Mash, 2007). For forklaringer om de potensielle årsaker til denne nedgangen, se Finkelhor & Jones (2004).

### *Psykisk vold*

NIBR- rapporten fant at andelen kvinner som hadde opplevd makt og kontroll i tillegg til vold fra partner var 10 prosent (Haaland et al., 2005), mens majoriteten av de overnevnte forekomststudiene har ikke har inkludert psykisk vold som en egen kategori i sine spørreskjemaer. Derimot har majoriteten av de overnevnte studiene inkludert trusler om vold, men det er ikke fokuset for denne oppgaven og blir derfor ikke tatt med her. Som nevnt innledningsvis er voldsbegrepet i endring noe som kan forklare hvorfor noen inkluderer psykisk vold, og andre inkluderer trusler om vold.

Det er som vist ovenfor stor variasjon i forekomstillene. Dette gjør det vanskelig å komme frem til et *entydig estimat* eller et "sant tall" på forekomsten av vold mot kvinner. Ulike definisjoner og spørsmålsformuleringer vanskeliggjør sammenlikning av studier i tillegg til at utvalg og undersøkelsesmetoder varierer.

### *Mørketall i forekomst av vold*

Det er grunn til å tro at det er store mørketall i forekomsten av vold mot kvinner og barn. Lien & Nørgaard (2006) hevder at det bare finnes grove anslag av omfanget av menns vold mot kvinner og barn i Norge. En mulig hypotese for at kvinner ikke forteller at de har vært utsatt for vold kan være de sosiale implikasjonene dette kan ha. Leisenring (2006) argumenterer for at det er sterke kulturelle føringer som legger skylden på kvinnen for at hun fortsetter å være i et voldelig forhold, og at hun tilskrives skylden ved ikke å forlate den voldelige partneren. Berns og Schmeingruber (2007) fant at de kvinnene som ikke selv hadde blitt utsatt for vold beskrev voldsutsatte kvinner som svakere, og at de mangler personlige kvaliteter som kunne ha forhindret volden. Som en konsekvens av dette blir offeret stigmatisert (Goffman, 1963). Stigmatiseringen kan bidra til å gjøre det vanskelig å innrømme for andre at man utsettes for vold og faktisk er et offer i en ulikeverdig relasjon. Samtidig har gjerningspersonen som ikke vil ta ansvar for egen voldelig atferd alt å vinne på at sannheten om volden forblir en hemmelighet, og vil gjøre det han/hun kan for å bidra til hemmeligholdelse, taushet og glemsel (Herman, 2001). På sikt er det imidlertid åpenhet både fra voldsofferet og voldsutøver side som kan føre til endring i voldsatferden.

### Multiviktimisering

En rekke undersøkelser viser at vold ofte rammer samme person flere ganger, og dette betegnes ofte som *multiviktimisering* (Hope, Bryan, Trickett & Osborn, 2001; Finkelhor, Ormod & Turner, 2007a; Finkelhor, Ormod & Turner, 2007b; Weisel, 2005). I oppgaven brukes dette begrepet på samme måte og referer til gjentakende voldseksposeringer. Begrepet *multiviktimisering* kan være misvisende, og det understrekes her at selv om kvinnen er utsatt for vold er hun ikke nødvendigvis viktimisert. Man *er* ikke et offer på grunn av vold, men et offer *for* vold. To underkategoriseringer av multiviktimisering tas også med her for å differensiere mellom tidsaspekter ved voldseksposeringen.

Den første kategoriseringen referer til eksponering av flere typer vold innenfor samme tidsperiode og kalles for *polyviktimisering* ("poly-victimization": Finkelhor et. al., (2007a). Mange personer som utsettes for vold opplever ikke dette som kun *èn* enkelthendelse, men mer som et mønster av gjentakende voldseksposeringer, som ikke er begrenset til bare en type vold (Clausen & Grittenden, 1991).

Dette er tydeliggjort innenfor forskning på mobbing, barnemishandling og vold i nære relasjoner (Haaland et al., 2005; Hope et al., 2001; Outlaw, Ruback, & Vritt, 2002; Nishina & Juvonen, 2005; Pape & Stefansen, 2004; Rossman & Rosenberg, 1998; Saunders, 2003).

Den andre kategoriseringen av multiviktimisering kalles *reviktimisering*, og brukes i tilfeller hvor personer som har blitt utsatt for vold på et tidspunkt i livet utsettes for ny voldsepisode ved et senere tidspunkt i livet ("re-viktimization": Finkelhor et al., 2007b).

Reviktimiseringsbegrepet brukes både når samme krenkelse gjentar seg (for eksempel seksuelle overgrep i barndommen og i voksenalder), og når det er snakk om ulike typer krenkelser (for eksempel seksuell vold i barndommen og fysisk vold i voksenalder). Dette begrepet har primært vært brukt i forhold til gjentakelse av seksuell vold, betydelig mindre forskning er gjort på reviktimisering av fysisk vold og svært lite er gjort på reviktimisering av psykisk vold (Mossige & Stefansen, 2007). Av de tidligere nevnte forekomststudiene som undersøkte risiko for reviktimisering så fant Heiskanen og Piispa (1998) at det var over så dobbelt så stor sannsynlighet for å bli utsatt for vold (seksuell eller fysisk) i voksenalder, dersom en hadde vært utsatt for vold (seksuell og fysisk) i barndommen. Tjaden & Thoennes (2000), fant det samme som Heiskanen & Piispa; kvinner som hadde vært utsatt for fysisk vold i barndom hadde dobbelt så stor risiko for å bli utsatt for fysisk vold i voksenalder, og kvinner som hadde vært usatt for seksuell vold i barndom hadde dobbelt så stor risiko for seksuell vold i voksenalder. Det var altså en to ganger forhøyet risiko for vold i voksenalder dersom en hadde vært utsatt for vold i barndommen. Tjaden og Thoennes undersøkte ikke risiko for multiviktimisering på tvers av voldstypene. NOVA-rapporten fant at ungdommer som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep før 13 år, hadde 14. ganger så stor risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep etter 13 år, sammenlignet med personer som ikke hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. I sammenligning hadde personer som var utsatt for fysiske overgrep 2.5 ganger så stor risiko for reviktimisering av seksuelle overgrep. Når reviktimisering i form av fysisk vold ble analysert var det tidligere fysisk vold som var den sterkeste risikofaktoren. Ungdommene som hadde opplevd fysisk vold før 13 år hadde opptil 11. ganger så stor risiko for å bli utsatt for fysisk vold etter 13 år. Ungdommer som hadde vært utsatt for seksuelle krenkelser før 13 år hadde gjennomsnittlig 5. ganger så stor risiko for å bli utsatt for fysisk vold etter 13 år. Hovedfunnene fra NOVA-rapporten var altså at det var en risiko for reviktimisering, og at risikoen var størst for gjentakelse av samme voldstype. Andre studier på reviktimisering viser også at det er en stor risiko for reviktimisering av

seksuell vold (Arata, 1999; Arata & Lindman, 2002; Desai, Arias, Thompson, & Basile, 2002; Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett & Putnam, 2003).

Finkelhor et al. (2007b) peker på en svært viktig begrensning i tidligere forskning på reviktimisering. Han forfekter at tidligere studier har tendert til å fokusere for entydig på gjentakelse av kun den *samme* voldstypen, og da særlig seksuell vold. Han argumenterer at det også foreligger en risiko for at barn utsatt for én type vold (for eksempel seksuell vold) kan gjøre de mer utsatte for andre typer vold (for eksempel fysisk og psykisk vold) senere i livet. Å definere reviktimisering for smalt, som gjentakelsen av kun én voldstype (seksuell vold i barndom og voksenalder), kan altså føre til underestimering av den reelle risikoen knyttet til å bli utsatt for gjentakende vold. Det vil si at den faktiske forekomsten av reviktimisering trolig vil være høyere dersom flere typer vold blir inkludert i slike målinger.

En teori som forsøker å forklare multiviktimisering er ”Betrayal Trauma Theory” (BTT: Freyd, 1994; 2001) som vektlegger tilknytningen og avhengigheten den voldsutsatte har til voldsutøveren. Tilknytningen den voldsutsatte har til voldsutøveren kan hindre den voldsutsatte i å reagere slik han/hun vanligvis ville gjort på vold, fare eller svik. Dersom et barn blir utsatt for vold fra en omsorgsperson kan tilbaketrekkelse og konfrontasjon være u hensiktsmessige reaksjoner fordi dette bare kan resultere i mer vold og omsorgsvikt. Da blir barnet nødt til å håndtere den vanskelige situasjonen på en annen måte som for eksempel ved å overstyre kroppens faresignaler og. Teorien sier videre at en slik nedregulering over tid kan påvirke et barns forståelse av sosiale forhold og faresignaler. Denne måten å håndtere faresituasjoner og svik i nære relasjoner på kan generaliseres til også å gjelde andre mellommenneskelige forhold, som igjen gjør den voldsutsatte mer risikoutsatt for gjentakende voldseksponeringer senere i livet. En studie som støtter BTT-teorien fant at unge voksne som hadde vært utsatt multiviktimisering skåret lavere på en test med siktemål å identifisere mellommenneskelige potensielt farlige situasjoner, sammenlignet med personer som bare hadde vært utsatt for én voldseksponering (DePrince, 2005). Andre teorier har også forklart gjentakende voldseksponeringer ut fra lignende sosiale lærings- og tilknytningsprosesser som i BTT-teorien (Finkelhor et al., 2007b; Perry, Hodges & Egan, 2001; Tseloni & pease, 2003). Traumelitteraturen har også vektlagt hvordan de emosjonelle virkningene av voldseksponering kan påvirke og undergrave individets evne til å beskytte seg (Scott, Wolfe, & Wekerle, 2003), og at noen barn internaliserer ”mentale skjema av seg selv som offer” (Perry et al., 2001). Andre har anlagt et miljøperspektiv hvor familie, nabolaget og miljøet

rundt personen bidrar til å øke risikoen for ulike voldseksponeringer hvor mekanismene særlig er knyttet til manglende ivaretagelse (Cicchetti & Lynch, 1993).

### Vold og psykisk helse

Tidligere i oppgaven ble det beskrevet at forekomsttallene for vold varierer avhengig av hvilket utvalg som blir undersøkt og hvordan studien gjennomføres. Studier med forskjellige tilnæringsmåter har også trukket svært ulike konklusjoner om de psykologiske ettervirkningene av voldseksponeringer (Haaland et al., 2005). Studier med bakgrunn i case-studier fra krisesentre, voldtektsmottak, politi og legevakt som omhandler gjentatt og omfattende voldsbruk av kvinner, beskrives ofte en psykologisk tilstand som preges av apati og handlingslammelse (Haaland et al.). Leonore Walker (1984) identifiserte et mønster hun senere karakteriserte som "*The Battered Woman Syndrome*", en tilstand preget av lært hjelpeløshet, generalisert angst, lav selvfølelse, sosial tilbaketrekning, og påtrengende minner om tidligere voldsepisoder.

Surveyundersøkelser har også identifisert en lang rekke psykiske problemer hos kvinner utsatt for vold, slik som angst, depresjon, mareritt, følelse av skam, nedsatt selvfølelse, somatiske og seksuelle problemer og andre symptomer på nedsatt funksjonsevne (Jasinski & Williams, 1998). Fokuset for denne oppgaven er depressive symptomer som følge av vold, andre psykiske og somatiske helseplager som følge av vold vil ikke bli videre diskutert.

NOVA-rapporten fant at ungdommene som hadde vært utsatt for seksuelle- og fysiske overgrep hadde omtrent dobbelt så stor risiko for depresjon sammenlignet med ungdommer som ikke hadde vært utsatt for overgrep. Videre inndelte NOVA-rapporten voldseksponering i milde og grove overgrep hvor de grove overgrepene ga høyest risiko for depresjon.

Oppsummeringsvis kan vi si at risiko for depresjon var tilnærmet lik for personer som hadde opplevd fysisk og seksuelle overgrep. NIBR-rapporten og viste at 30 prosent av kvinnene som hadde blitt utsatt for vold siste året rapporterte at hun i etterkant hadde følt seg deprimert, det samme ble funnet i den svenske studien, hvor 36 prosent av kvinnene rapporterte om depressive reaksjoner etter den siste voldseksponeringen (Lundgren et al., 2001). Lundgren og kollegaer fant ingen forekjeller mellom kvinner som var utsatt for fysisk og seksuell vold, men det var en forhøyet risiko for depresjon blant kvinner som hadde vært utsatt for trusler. Heiskanen og Piispa (1998) fant i sin undersøkelse at depresjonssymptomer etter en vold varierte ut i fra forholdet den utsatte hadde til overgriper. Dersom overgriperen var en person de kjente, for eksempel partneren, førte det til mer depresjonssymptomer enn i de tilfeller



hvor overgriperen er en fremmed. Det sistnevnte tilfellet førte i midlertid til mer frykt og redsel. Andre epidemiologiske studier har også gitt sterk evidens for at voldsopplevelser er assosiert med økt risiko for depresjon. Plichta (1996) sammenlignet voldsutsatte kvinner med ikke-voldstsatte og fant at 27 prosent av de som hadde vært utsatt for fysisk vold i barndommen og 33 prosent av kvinnene som hadde vært utsatt for seksuell vold i barndommen hadde vært diagnostisert med en depresjons- eller angstlidelse sammenlignet med 13 prosent for kvinner som ikke hadde vært utsatt for vold i barndommen. Plichta fant også er forhøyt risiko blant kvinner utsatt for vold i voksen alder, hvor 32 prosent av kvinnene som rapporterte å ha vært utsatt for partnervold, også hadde vært diagnostisert med en angst- eller depresjonslidelse. Til sammenligning var prosenten 14 prosent for de som ikke hadde vært utsatt for vold. En meta-analyse av Golding (1999) viste at gjorde en meta-analyse av amerikanske studier og fant en gjennomsnitts prevalens av depresjon blant voldsutsatte kvinner (primært fysisk vold) på 48 prosent.

Mesteparten av den overnevnte litteraturen har undersøkt forholdet mellom fysisk og seksuell vold og depresjon, færre har studert effekten av de mer subtile formene for vold, slik som psykisk vold (Mechanic, Weaver & Resick, 2008). I den senere tid har forskere imidlertid i større grad studert de negative helseeffektene av psykisk vold (Arias & Pape, 1999; Basile, Arias, Coker, Smith, McKeow & King, 2000; Desai, & Thompson, 2004; Dutton, Goodman & Bennett, 1999; Mechanic et al., 2008). Disse studiene finner at psykisk vold gir et selvstendig bidrag til negative helseeffekter selv etter at man kontrollerer for fysisk og seksuell vold (Arias & Pape; Mechanic et al.). Noen studier finner også at den psykisk volden er sterkere assosiert med negative helseeffekter enn fysisk vold (Dutton et al., 1999; Taft, Murphy, King, Dedeyn and Musser, 2005; Follingstad, Rutledge, Berg, Hause, & Polek, 1990).

Videre viser forskningen at skadevirkningene av multiviktimisering er vesentlig større enn hvis en bare utsettes for en type overgrep (Finkelhor et al.; Engen & Hjemdal, under publisering). Edwards, Holden, Felitti & Anda (2003) fant et sterkt "dose-respons-forhold" mellom antall negative barndomsopplevelser og helseproblemer i voksen alder, som betyr at økt antall negative barndomsopplevelser gir økt risiko for helseproblemer i voksenalder. Det eksisterer flere mulig forklaringer på at effekten av voldsopplevelser øker den negative effekten på mental helse (Finkelhor et al., 2007b). En forklaring på dette "dose-respons forholdet" er at i tillegg til effekten av den ene voldseksposeringen, kan kvinner også reagere

på tidligere voldsepisoder, som bidrar med sine egne negative effekter (Nishith, Mechanic & Resick, 2000). Påvirkningen av disse to episodene kan derved bli additive. Men, påvirkningen kan også være *interaktiv*, hvor effekten av tidligere voldshendelser forstørker styrken og kraften av de senere voldsepisoder, eventuelt at de senere voldsepisoder trigger og forstørker symptomer fra tidligere voldshendelser (Brierer 2004). Eksempel på en interaktiv voldseffekt kan være at overgrep i barndommen påvirker barnets evne til affektregulering som fører til en mer ekstrem emosjonell respons på senere overgrepsepisoder. En annen forklaring er at multiple voldsepisoder medfører at flere områder av personens liv blir berørt av traumet og derved i større grad påvirker normal fungering. Personens mestringsstrategi kan videre bli mer defensiv, preget av unnvikelsesatferd med konsekvenser for samhandlingsevne og relasjonstilknytning. Fordi skyldproblematikken er en viktig komponent ved traumer (Mannarina & Cohen, 1996), kan den negative selv-attribueringen bli forsterket ved multiple voldsepisoder. Andre teorier har vektlagt biologiske og genetiske mekanismer som kan bidra til å gjøre et individ mer sårbart for senere stress-reaksjoner med det vil ikke bli nærmere diskutert her.

Oppsummeringsvis kan man si at mentale helseproblemer, som depresjon, angst og post traumatisk stress forstyrrelse (PTSD) viser seg å være de vanligste mentale helsekonsekvensene av vold mot kvinner (Briere & Jordan, 2004; Campbell, 2002; Campbell, Sullivan & Davidson, 1995; Golding, 1999; Kendall-Tackett, 2003; Windom, 2000; Wolfe, 1999).

#### Parforholdet som en beskyttende faktor

Flere studier har vist at personer reagerer ulikt på i utgangspunktet like hendelser, som indikerer at det må være noe mer enn bare traume-og voldseksponeringen som bidrar til at personer utvikler langvarige psykiske reaksjoner etter et traume. Dette har ført til en økt interesse for betydningen av både risiko- og beskyttelsesfaktorer. En ofte studert beskyttelsesfaktor for kvinner utsatt for vold og traumatisk stress, er sosial støtte. Prospektive og retrospektive studier viser at individets forhold til foreldre, venner og partner er potensielle prediktorer for resiliens eller motstandsdyktighet i voksen alder (Collishaw, et al., 2007). En studie av Logsdon & Usui (2001) fant at den emosjonelle nærheten til partneren og opplevelse av støtten kvinnene mottok var signifikante prediktorer for selvoppfattelse og grad av depresjon.

Forholdet mellom partnerstøtte og depresjon er også funnet hos ikke- voldsutsatte kvinner. En nylig norsk doktoravhandling om depresjon og søvnproblemer i tiden etter fødselen, viste at misnøye med partneren var en av de sterkeste faktorene for utvikling av depresjon (Dørheim, 2009). Mangel på hjelp med barneomsorg og husarbeidet fra kjæreste/partner var også assosiert med depresjonens alvorlighetsgrad 2 måneder etter fødselen. Dertil ga det en økt risiko for depresjon 2 år etter fødselen (Campbell, Cohn, Flanagan, Popper, & Meyers, 1992).

Mange voldsutsatte kvinner har et vanskelig forhold til en partner og rapporterer også mindre tilfredshet enn ikke-voldsutsatte kvinner med partneren (Kendall-Tackett, 2003, Roberts, O'Connor, Dunn, Golding, & ALSPAC Study Team, 2004). Dette kan ha sammenheng med at både norske og internasjonale studier viser at partnervold er den vanligste formen for vold mot kvinner (Haaland et al., 2005.; Campbell, 2002; Tjaden & Thoennes, 2000). De vanskelige relasjonene voldsutsatte og misbrukte kvinner kan ha til sine partnere, bidrar til at de har større risiko for å oppleve samlivsbrudd der de kan få eneansvar for barn, ha delt foreldrerett eller være steforeldre sammenlignet med kvinner som ikke hadde vært utsatt for vold. Forholdet mellom sosial støtte og depresjon ser ut til å ha gjensidig påvirkning på hverandre; mangel på sosial støtte er en risiko for depresjon og depresjon ser ut til å påvirke kvaliteten på parforholdet (Kendall-Tackett, 2007). Men det vil være vanskelig å identifisere de ulike faktorer som her kan virke inn. Tross dette, er det viktig med forskning på mellomliggende variabler som omhandler buffer-og sårbarhetsfaktorer. Slik kunnskap bidrar til å øke forståelsen av det kan være mange årsaksforklaringer på et fenomen, samt at eksponering av en hendelse ikke behøver å føre til nedsatt psykisk og psykososial fungering. Ved å studere betydningen av risiko og beskyttelsesfaktorer kan man få økt kunnskap og informasjon som gjør det lettere å kunne avgjøre for hvem, når og hvordan man bør intervensere for å forebygge en lidelse eller for å kunne fremme bedring.

#### Bakgrunn og formål med studien

Forskningen er entydig i sin konklusjon når det gjelder vold mot kvinner; volden er utbredt, og alle typer vold er assosiert med psykiske lidelser, særlig angst og depresjon. Samtidig som volden er utbredt har den også en tendens til å være multiviktimiserende, det vil si at den kan både bestå av ulike typer vold på samme tid og gjenta seg hos samme voldsutsatte kvinne over tid. Men som tidligere nevnt, færre forekomststudier har inkludert psykisk voldsom en egen voldskategori. Dette er i tilfelle uheldig da studier på psykisk vold viser at at en slik voldstype har en selvstendig effekt på psykisk helse, og at en del kvinner vurderer denne

voldstypen som særlig belastende sammenlignet med de andre voldstypene. Dette kan også ha ført til at multiviktimisering har blitt underestimert eller at deler av det totale bildet har manglet. En annen del av et slikt bilde er også betydningen av risiko- og beskyttelsesfaktorer for den enkelte, og hvordan disse påvirker utfallet på psykisk helse hos voldsutsatte. Derfor er denne studien opptatt av mer enn å undersøke kun forekomst av vold mot kvinner. Da MoBa-undersøkelsen har inkludert psykisk vold som en egen voldskategori i rapporteringen gir dette en god anledning til å studere multiviktimisering i et bredere perspektiv. Dette vil kunne si noe om hvordan psykisk vold er en del av multiviktimiseringsbildet og voldsprofilen hos de voldsutsatte kvinnene. Sammenhengen mellom voldseksposering og depresjon undersøkes basert på samme årsak; inkludering av psykisk vold som en egen voldskategori øker bredden i de enkelte voldstypenes bidrag til risiko for depresjon når de studeres i et og samme utvalg. Dette vil kunne si noe om både hva slags type vold som er sterkest forbundet med risiko for depresjon, og hvorvidt det er mengde vold mer enn type vold som bidrar til økt risiko for depresjon. Til slutt, da utvalget i MoBa-undersøkelsen består av kvinner fulgt opp fra graviditet til det fødte barnet er tre år, gir dette en god mulighet til å studere tilfredshet i partnerforholdet. Som nevnt i innledningen viser det seg at slike risiko- og beskyttelsesfaktorer kan ha effekt på sammenhengen mellom voldseksposering og psykisk helse. Det er åpenbart flere risiko- og beskyttelsesfaktorer involvert i en slik sammenheng, men undersøkelsen under begrenser seg til partnertilfredshet.

Formålet med denne studien er tredelt. I del I undersøkes forekomsten av vold i MoBa-utvalget og risiko for poly- og reviktimisering blir kartlagt. Del II undersøker om det er en sammenheng mellom vold og depresjon. Det vil her bli kartlagt hvordan de tre typene for vold påvirker risiko for depresjon, og om risiko for depresjon øker med antall voldseksposeringer. Del III undersøker det hvorvidt et godt parforhold kan ha en beskyttende effekt på forholdet mellom vold og depresjon.

Del I til III kan fremstilles med følgende forskningsspørsmål:

Del I: Forekomst av vold og risiko for multiviktimisering.

- Hvor mange av småbarnsmødrene har vært utsatt for vold?
- Har kvinner utsatt for vold økt risiko for å bli utsatt for andre typer vold i samme tidsperiode (polyviktimisering)?
- Har kvinner utsatt for vold i barndommen økt risiko for å bli utsatt for vold i voksenalder (reviktimisering)?

Del II: Sammenhengen mellom voldseksponering og depresjon.

- Har kvinner utsatt for vold mer depresjonssymptomer enn kvinner som ikke er utsatt for vold?
- Varierer sammenhengen mellom vold og depresjon ut i fra type voldseksponering?
- Øker risiko for depresjon med antall voldseksponeringer?

Del III: Parforholdet som en beskyttende faktor.

- Kan et godt partnerforhold medierer effekten av vold på depresjon?.

Del III illustreres med en egen utdypende modell og forkaring i metodedelen.

## Metode

### Den norske mor og barn undersøkelsen

Hovedoppgaven er basert på datamaterialet fra Den norske mor og barn (MoBa)-undersøkelsen, og er inkludert som en del av delstudie 307 med tittelen ”*Exposure to traumatic events: effect on mothers mental health and life satisfaction, and on mental health and adjustment in the child*”, ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Det selvstendige bidraget til denne hovedoppgaven har blant annet vært å utvikle egne forskningsspørsmål innenfor dette temaet. MoBa er en nasjonal fødselskohort som startet i 1999. Målet med MoBa er å finne årsaker til sykdommer hos mor og barn. 100.000 barn er rekruttert som følges prospektivt over mange år. Enheten i MoBa er det enkelte svangerskap, og gravide kvinner rekrutteres ved at de får en forespørsel i posten om de vil delta i studien med vedlagt samtykke som de skal returnere. Forespørselen sendes før de skal møte til rutinemessig ultralydsundersøkelse. I MoBa undersøkelsen inngår det nå 6 spørreskjemaer til mor og ett til far, hvor de blir bedt om å svare på spørsmål om seg selv og barnet. Det blir tilsendt tre spørreskjemaer til mor under svangerskapet og tre etter svangerskapet når barnet er henholdsvis 6 måneder, halvannet år og ved skolestart. Dersom kvinnen ønsker å bli med på undersøkelsen blir det også tatt biologiske prøver av henne, mannen og av barnets navlesnor. MoBa er koblet opp mot nasjonale helseregistre og kohorten vil kunne følges opp lenge, og derved fortsette arbeidet med å studere sammenhengen mellom ulike sykdomsutfall. Deltagelse er frivillig og man kan trekke seg fra prosjektet når som helst uten å gi noen begrunnelse. Prosjektet er godkjent av Regional Etisk Komité (REK) for medisinsk forskningsetikk og datatilsynet.

En detaljert protokoll for undersøkelsen finnes på Folkehelseinstituttets nettsider ([www.fhi.no/morogbarn](http://www.fhi.no/morogbarn)), og en beskrivelse av kohorten finnes i artikkelen av Magnus og kollegaer (2006).

### Utvalget i studien

Utvalget i denne studien består av kvinner som har deltatt i MoBa- studien. Totalt hadde 80.625 kvinner deltatt i MoBa- undersøkelsen og besvart minst ett av spørreskjema 1-6. For å unngå at den samme kvinnen ble inkludert i analysen flere ganger som følge av at de fikk flere barn, ble kun dataene fra deres første deltagelse brukt. Kvinnene måtte ha besvart spørreskjemaene fra 1-5 for å bli inkludert i denne studien. Det endelige utvalget består av

40.125 kvinner. Gjennomsnittsalder under graviditeten er 29.6 år, (spredning 14- 47 år, SD = 4.5). Tabell 2. viser demografiske karakteristikk ved utvalget.

**Tabell 2.** Karakteristikk ved utvalget (N = 40125).

Variabler	Antall	(%)
<i>Sivilstatus</i>		
Gift/samboer	38724	96.9
Skilt/enke/enslig	1239	3.1
<i>Morsmål</i>		
Norsk/samisk	36981	95.3
Morsmål annet en norsk/samisk	1817	4.7
<i>Utdanning</i>		
Under eller lik 12 år	14230	37.3
Over 12 år	23883	62.7

Som det fremgår er utvalget preget av et overveiende stort antall gifte og samboende, en overvekt av etnisk norske personer og personer med høyt utdanningsnivå.

#### Prosedyre

Data til studien ble hentet fra spørreskjema 1, som kvinnen besvarte i 15. svangerskapsuke (T1), spørreskjema 3 som kvinnen besvarte i 30. svangerskapsuke (T3), spørreskjema 4 som kvinnen besvarte da barnet var 6 mnd (T4,) og spørreskjema 5 som kvinnen besvarte da barnet var 18 mnd (T5).

#### Måleinstrumenter

##### *Demografiske variabler*

Demografiske variabler ble innhentet i spørreskjema 1. Spørsmål om kvinnens sivilstand ble stilt på følgende måte i spørsmål 49: *Hvilken sivilstand har du nå? (1) Gift, (2) samboer, (3) enslig, (4) skilt/separert, (5) enke eller (6) annet.* Sivilstanden ble senere dikotomisert i to grupper; gift/samboer og skilt/enke/enslig. Spørsmål om kvinnens utdanning ble stilt i spørsmål 50 ved at hun oppga sin høyeste påbegynte eller fullførte utdanning: *Hvilken utdanning har du og barnets far? (1) 9-årig grunnskole, (2) 1-2-årig videregående, (3) videregående yrkesfaglig, (4) 3-årig videregående allmennfaglig, gymnas, (5) distrikthøgskole, universitet inntil 4 år (cand. mag., sykepleier, lærer, ingeniør),(6) universitet, høyskole, mer enn 4 år (hovedfag, embetseksamen), (7) annen utdanning.* Denne

variabelen ble senere dikotomisert i to grupper; utdanning under eller lik 12 år, og utdanning over 12 år.

Spørsmål om kvinnes morsmål ble stilt i spørsmål 75 og spørsmål 76 og stilt på følgende måte: *Har du og et annet morsmål en norsk? Hvis ja, hvilket morsmål; (1) samisk, (2) urdu, (3) engelsk (4) annet.* Morsmål ble senere dikotomisert; norsk/samisk, eller morsmål annet en norsk samisk.

#### *Voldshendelser*

Spørsmål om tidligere voldshendelser ble innhentet i spørreskjema 3, spørsmål 132. Kvinnene ble bedt om å svare på følgende spørsmål om tidligere voldserfaringer: *Har du noen gang opplevd noe av det følgende? (1) At noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å kue, fornede eller ydmyke deg; (2) At noen har truet med å skade deg eller noen som står deg nær? (3) Å bli utsatt for fysiske overgrep? (4) Å bli presset til seksuelle handlinger,* se appendiks A. spørsmål (3) ble ikke analysert i denne oppgaven. Hvis kvinnen som fylte ut spørreskjemaet bekrefter en eller flere av følgende utsagn ble hun bedt om å rapportere om hendelsen fant sted i barndommen (< 18 år), i voksen alder (> 18 år) eller i løpet av de siste 12 månedene. Da kvinnen besvarte dette spørreskjema var hun i 30. svangerskapsuke, som betyr at hun hadde vært gravid i 7 av de siste 12 månedene, og dataanalysene viste at prosentandelen av kvinnene som hadde vært utsatt for vold i denne perioden var liten (tallene varierte fra 0.2 % - 3.0 %). På grunn av det var såpass få kvinner som hadde vært utsatt for vold i denne perioden, vil ikke dette bli tatt med videre i analysen. Hvorvidt disse tallene er en overrapportering av vold under graviditeten (som følge av at kategorien inkluderer 5 måneder før graviditeten), eller om disse tallene er en underrapportering av vold under graviditeten (som følge av at graviditeten varer lengre enn denne kategorien tilsier), vil ikke bli videre diskutert.

I resultatdelen vil voldsspørsmål nr 1. bli brukt som operasjonalisering på *psykisk vold*, voldsspørsmål nr 2 brukes som operasjonalisering på *fysisk vold*, og voldsspørsmål 3 er operasjonalisering på *seksuell vold*.

#### *Partnertilfredshet*

Spørsmål om partnertilfredshet ble innhentet ved spørreskjema 4, spørsmål 94.

Partnertilfredshet ble målt med Relationship Satisfaction Scale (RSS), som er en kortversjon av Mehrabians Marital Satisfaction Scale (MSS) (Blum & Mehrabian, 1999). RSS består av



10 spørsmål om kvaliteten på forholdet til partneren. Den norske versjonen av RSS er en noe modifisert utgave hvor 7 av spørsmålene er tatt fra RSS, og MoBa gruppen har lagt til 3 egne spørsmål. Ordlyden er endret fra ”marriage” og ”spouse” til ”forhold” og ”partner”. Kvinnen blir bedt om rangere hvor enig eller uenig hun er i disse påstandene på en 6 punkts skala fra svært enig til svært uenig. De 10 påstandene er: (1) *Det er et nært samhold mellom meg og min partner*, (2) *min partner og jeg har problemer i parforholdet*, (3) *jeg er svært lykkelig i mitt parforhold*, (4) *min partner er generelt forståelsesfull*, (5) *jeg tenker ofte på å avslutte vårt forhold*, (6) *jeg er fornøyd med forholdet til min partner*, (7) *vi er ofte uenige om viktige avgjørelser*, (8) *jeg har vært heldig med valg av partner*, (9) *vi er enige om hvordan barn bør oppdras*, (10) *jeg tror min partner er fornøyd med forholdet*, se appendiks A. To av de opprinnelige 10 spørsmålene (spørsmål nummer 7 og spørsmål nummer 9), var lite korrelert med resten av spørsmålene og ble utelatt, slik at partnertilfredshetskalen ble redusert til 8 spørsmål (spørsmål 7 og 9, er begge spørsmål om grad av enighet med partnere, og basert på den lave korrelasjonen med resten av spørsmålene, kan det se ut som at enighet og partnertilfredshet er to forskjellige ting). De 8 spørsmålene i skalaen viste god indre konsistens  $\alpha = 0.93$  estimert med Cronbachs alpha. Missing på enkelt spørsmål ble erstattet ved bruk av E. M- prosedyre.

#### *Depresjon hos mødrene*

Spørsmål om mødrenes depresjon ble innhentet i spørreskjema 5, spørsmål. Mødrenes psykiske helse ble kartlagt med Symptom Check List- 8 spørsmål (SCL-8) (Tambs & Moum, 1993) en kortversjon av Hopkins Symptom Check List (HSCL-25) (Derogatis, 1983). Dette spørreskjemaet identifiserer selvrappporterte symptomer på angst og depresjon. SCL-8 har fire spørsmål som måler angst og fire spørsmål som måler depresjon. I denne oppgaven ble bare depresjonsspørsmålene analysert. De fire depresjonsspørsmålene i SCL-8 er: (1) *følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden*; (2) *nedtrykt, tungsindig*; (3) *mye bekymret eller urolig*, og (4) *en følelse av at alt er et slit*, se appendiks A. Kvinnene blir bedt om å rangere svarene på en fempunkts symptom index, hvor 0 = ikke i det hele tatt til 4 = veldig mye. Skalaen viste god indre konsisten  $\alpha = 0.76$ , estimert med Cronbachs alpha. SCL-8 ble dikotomisert ved den anbefalte grenseverdien som er gjennomsnittelig skårer  $> 1.75$  (Winokur, Winokur, Rickles & Cox (1984) med SPSS for Windows versjon 16. Grenseverdien brukes for å undersøke klinisk signifikante plager. Missing på enkelt spørsmål ble erstattet ved bruk av E. M- prosedyre.

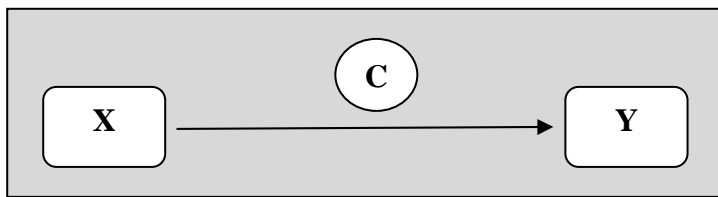
### Statistiske analyser

Analysene ble utført med SPSS for Windows versjon 16. Frekvensanalyser ble brukt for å undersøke forekomsten av vold blant kvinnene, deskriptive analyser ble brukt for å undersøke forekomsten av depresjon og partnertilfredshet. Odds ratio med 95 prosent konfidensinterval ble brukt for å studere risiko for polyviktisering i barndom og voksenalder, og risiko for reviktisering fra barndommen til voksenalder. For å studere risiko for depresjon på bakgrunn av voldserfaring ble det foretatt en logistisk regresjon med (gjennomsnittelig depresjon  $> 1.75$ ) som avhengig variabel og type voldshendelser som uavhengig variabel. For å kontrollere for multiviktisering ble det gjort nye analyser hvor hver kategori kun inkluderte de som hadde vært utsatt for en type av de tre former for voldshendelser (psykisk, fysisk eller seksuelt). Det medførte at alle kvinnene som hadde blitt utsatt for mer en voldshendelse ble ekskludert. For å undersøke om risikoen for depresjon økte med antall voldshendelser ble det foretatt en logistisk regresjon, med gjennomsnittelig depresjon  $> 1.75$  som avhengig variabel og antall voldserfaringer som uavhengig variabel. Av de totalt 6 mulige voldseksponeringene (3 typer vold x 2 tidsperioder) ble det laget en kategorisk variabel for antall rapporterte voldshendelser fra 0 -6; 0 = ikke eksponert for noen typer vold; 1 = utsatt for en voldshendelse; 2 = utsatt for to voldshendelser; 3 = utsatt for tre voldshendelser; 4 = utsatt for fire voldshendelser; 5 = utsatt for fem voldshendelser; 6 = utsatt for seks voldshendelser. For alle analysene ble kvinner som ikke er utsatt for noen typer vold brukt som referanseverdi.

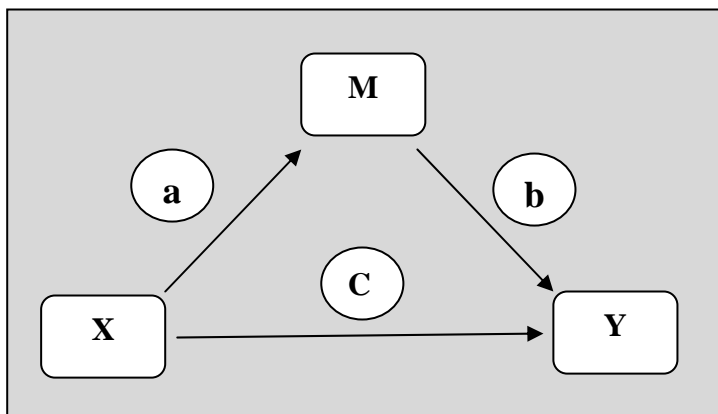
#### *Mediatormodellen*

Det ble foretatt en multippel lineær regresjonsanalyse med depresjon som kontinuerlig avhengig variabel, og partnertilfredshet og vold som uavhengige variabler for å undersøke effekten av vold på depresjon. På grunn av at det ble forandringer i korrelasjonsmønsteret mellom vold og depresjon, ved at den direkte effekten av vold ble redusert når det ble kontrollert for partnertilfredshet, ble det foretatt mer nyanserte analyser for å undersøke om partnertilfredshet hadde en medierende effekt. Medieringsmodellen ble brukt for å få tak i medieringshypotesen (om partnertilfredshet kan redusere effekten av vold på depresjon). Til grunn for mediasjonsmodellen ligger en antagelse om at X-variabelen ( $X = \text{vold}$ ) påvirker variasjon i Y-variabelen ( $Y = \text{depresjon}$ ) og at en *mediator* ( $M = \text{partnertilfredshet}$ ) kan *mediere* effekten av X (vold) på Y (depresjon) (Kraemer, Stice, Kazdin, Offord & Kupfer, 2001).

Den umedierte modellen ser slik ut:



Den medierte modellen ser slik ut:



Disse fire stegene til Baron og Kenny (1986) og Judd og Kenny (1981) sørger for de nødvendige analysene som kreves for å teste en mediasjon og er hentet fra (<http://davidakenny.net/cm/mediate>).

**Steg 1.** Det første steget består i å utføre en regresjonsanalyse med X som prediktorvariabel, og Y som kriterievariabel, for å estimere og teste c). Dette steget viser at det er en effekt av X på Y som kan medieres.

**Steg 2:** Det andre steget består i å utføre en regresjonsanalyse med X som prediktorvariabel og M som kriterievariabel, for å estimere og teste a). Denne analysen viste at det er en korrelasjon mellom X og M.

**Steg 3:** Det tredje steget består i å utføre en regresjonsanalyse med både X og M som prediktorvariabler, og Y som kriterievariabel for å estimere og teste b). Det er ikke nok å bare korrelere M med Y, fordi M og Y kan være korrelert fordi begge blir forårsaket av X, derfor er det viktig og kontrollerer for X, for å studere effekten av M på Y. Denne analysen viser om M har en effekt på Y, etter å ha kontrollert for X.

**Steg 4:** Det fjerde steget består i å undersøke om X fremdeles har en effekt på Y, etter å ha kontrollert for M. Dersom X ikke lengre påvirker Y etter å ha kontrollert for M er det en komplett mediering, hvor  $c' = 0$ . Dersom effekten av X på Y reduseres i absolutt størrelse men fortsatt er forskjellig fra 0 etter å ha kontrollert for M er det en partiell mediering.

Mediatormodellen er en kausal modell, hvor det ligger en antagelse til grunn hvor X og M forårsaker Y, og ikke vise versa (Kraemer et al., 2001). Fordi mediatormodellen er en kausal modell ble X, M og Y variablene plukket fra 3 forskjellige spørreskjemaer, i kronologisk orden. X variabelen (vold) ble hentet fra spørreskjema 3, M variablene (partnertilfredshet og selvbilde) ble hentet fra spørreskjema 4 og Y variabelen (depresjon) ble hentet fra spørreskjema 5.

For å regne ut om den medierende effekten av partnertilfredshet var signifikant, ble Sobels test brukt. Kalkulatoren til sobelstesten ble hentet fra den samme hjemmesiden som nevnt ovenfor.

## Resultater

### Del I: Forekomst av vold og risiko for multiviktimisering

#### *Hvor mange av småbarnsmødrene har vært utsatt for vold?*

I underkant av 1/3 (28.8 %) av 39675 kvinner hadde vært utsatt for minst en av de tre voldshendelsene (psykisk, fysisk eller seksuell vold) enten i barndommen eller i voksenalder (Tabell 3). Av de tre voldsformene var psykisk volden hyppigst forekommende volden i både barndom (11.6 %) og i voksenalder (11.9 %). Psykisk vold var dobbelt så hyppig forekommende som både fysisk vold i barndom (5.1 %) og i voksenalder (5.3 %), og seksuell vold i barndom (6.6 %) og i voksenalder (5.1 %).

**Tabell 3.** Forekomsten av psykisk, fysisk og seksuell vold i barndom, og i voksen alder. N = 39675-39759\*

	Utsatt for vold		ikke utsatt for vold	
	(%)	n	(%)	n
<i>Barndom &lt; 18 år</i>				
Psykisk vold	11.6	4618	88.4	35117
Fysisk vold	5.1	2042	94.9	37667
Seksuell vold f	6.6	2609	93.4	37094
<i>Voksenalder &gt; 18 år</i>				
Psykisk vold	11.9	4778	88.1	349
Fysisk vold	5.3	2090	94.7	37619
Seksuell vold	5.1	2021	94.9	37682
Utsatt for minst en type vold i barndom eller i voksenalder	28.8	11442	71.2	28233

\* Små variasjoner i N på grunn av manglende verdier på enkelte variabler.

#### *Har kvinner utsatt for vold økt risiko for å bli utsatt for andre typer vold i samme tidsperiode (polyviktisering)?*

Det fremkommer av tabell 4 at det var en statistisk signifikant risiko for at kvinner som hadde blitt utsatt for en type vold også ble utsatt for andre typer vold i samme tidsperiode. Risikoen for å ha blitt utsatt for fysisk vold i barndommen var 18 ganger større blant kvinner som allerede hadde vært utsatt for seksuell vold (OR = 18.06, 95 % CI = 17.14- 21.10). Risikoen for å ha blitt utsatt for fysisk vold var 11 ganger større blant kvinner som allerede var utsatt for psykisk vold (OR = 11.61, 95 % CI = 10.57- 12.75). Risikoen for å ha blitt utsatt for seksuell vold var 7 ganger større, dersom en allerede hadde vært utsatt for psykisk vold (OR = 7.70, 95 % CI = 7.01- 8.46).

**Tabell 4.** Risiko for polyviktisering i barndommen, odds ratio med 95 prosent konfidensintervall

Type vold	Fysisk vold OR (CI 95 %)	Seksuell vold OR (CI 95 %)	Psykisk vold OR (CI 95 %)
Psykisk vold	11.36 (10.36- 12.47)		
Fysisk vold		18.06 (16.24- 20.01)	
Seksuell vold			7.70 (7.01- 8.46)

Alle odds ratioene er signifikante på  $p < 0.05$  nivå faktisk betydelig bedre, fordi verdien i konfidensintervallene er langt høyere enn 1.00).

Risikoen for å bli utsatt for flere ulike typer vold i voksen alder viste det samme mønsteret som risikoen i barndommen, se tabell 5; Risikoen for å ha blitt utsatt for seksuell vold var 19 ganger større dersom en allerede var utsatt for fysisk vold (OR = 19.00, 95 % CI = 17.14- 21.10); Risikoen for å ha blitt utsatt for fysisk vold var 11 ganger større dersom en allerede hadde blitt utsatt for psykisk vold (OR = 11.61, 95 % CI = 10.57- 12.75); Risikoen for å ha blitt utsatt for seksuell vold var 5 ganger større dersom en allerede var blitt utsatt for psykisk vold (OR = 5.50, 95 % CI = 5.04- 6.01).

**Tabell 5.** Risiko for polyviktisering i voksenalder, odds ratio med 95 prosent konfidensintervall

Type vold	Fysisk vold OR (CI 95 %)	Seksuell vold OR (CI 95 %)	Psykisk vold OR (CI 95 %)
Psykisk vold	11.61 (10.57- 12.75)		
Fysisk vold		19.00 (17.14- 21.10)	
Seksuell vold			5.50 (5.04- 6.01)

Alle odds ratioene er signifikante på  $p < 0.05$  nivå (faktisk betydelig bedre, fordi verdien i konfidensintervallene er langt høyere enn 1.00).

*Har kvinner utsatt for vold i barndommen økt risiko for å bli utsatt for vold i voksenalder (reviktisering)?*

Som det fremgår av tabell 6. har kvinner som har vært utsatt for vold i barndommen, mellom 2-3 ganger så stor risiko for å bli utsatt for vold i voksenalder sammenlignet med kvinner som ikke hadde blitt utsatt for vold i barndommen. Risikoen for reviktisering var omtrent like stor på tvers av voldseksponeeringene i barndommen. Risiko for reviktisering var minst for psykisk vold i barndommen og gjentakende psykisk vold i voksenalder (OR = 2.00, 95 % CI = 1.84- 2.16), og størst for seksuell vold i barndom og fysisk vold i voksenalder (OR = 2.91, 95 % CI = 2.54- 3.36). Men som det fremkommer av tallene var det liten forskjell i risiko for reviktisering. Alle de tre formene for vold i barndommen ga omtrent like stor risiko for å bli utsatt for en voldshandling i voksenalder.

**Tabell 6.** Risiko for å bli utsatt for vold i voksenalder blant kvinner som ble utsatt for vold i barndommen, odds ratio med konfidensintervall 95 prosent.

	Utsatt for vold i voksenalder		
	Psykisk vold OR (CI 95 %)	Fysisk vold OR (CI 95 %)	Seksuell vold OR (CI 95 %)
<b>Utsatt for vold i barndom</b>			
Psykisk vold	2.00 (1.84- 2.16)	2.01 (1.78- 2.25)	2.50 (2.25- 2.79)
Fysisk vold	2.57 (2.31- 2.85)	2.62 (17.14 – 21.10)	2.91 (2.54- 3.36)
Seksuell vold	2.32 (2.10- 2.56)	2.90 (2.56- 3.30)	2.06 (1.79- 2.37)

*Alle odds ratioene er signifikante på  $p < 0.05$ -nivå.*

## Del II: Sammenhengen mellom voldseksponering og depresjon

*Har kvinner utsatt for vold mer depresjonssymptomer enn kvinner som ikke er utsatt for vold?*

Gjennomsnittlig råskåre på depresjonsskalaen målt med SCL-8 var 1.4 (SD = 0.5). Av hele utvalget var det 11.9 prosent som skåret over grenseverdien ( $>1.75$ ). Kvinner utsatt for minst en voldshendelse hadde i 2.5 ganger så stor risiko (OR = 2.53, 95 % CI = 2.38- 2.69),  $p < 0.05$ ) for å ha gjennomsnittelig depresjonsskåre over grenseverdien, sammenlignet med kvinner som ikke var utsatt for vold.

*Varyerer sammenhengen mellom vold og depresjon ut i fra type voldseksponering?*

Risikoen for gjennomsnittelig depresjonsskåre over grenseverdien, var omtrent like stor uavhengig av type vold og tidspunkt for når vold inntraff. Både psykisk, fysisk, og seksuell vold, i barndom og i voksenalder, ga en signifikant forhøyet risiko  $p < 0.05$ -nivå, for å skåre over grenseverdien på depresjonsskalaen, se tabell 7 (ikke kontrollert for multiviktimisering). Risikoen for å skåre over grenseverdien på depresjonsskalaen var størst blant kvinner som hadde vært utsatt for fysisk vold i barndommen (OR = 2.63, 95 % CI = 2.36- 2.92), og minst for kvinner som hadde vært utsatt for fysisk vold i voksenalder (OR = 2.01, 95 % CI = 1.92- 2.45), men som det fremkommer av disse tallene var risikoen for depresjon veldig lik uavhengig av voldseksponeringen.

**Tabell 7.** Gjennomsnittelig skåre > 1.75 på SCL-8, hos voldsutsatte kvinner versus ikke voldsutsatte kvinner, når det er henholdsvis ikke-kontrollert og kontrollert for flersidige multiviktisering (N= x-x)\*\*

	Ikke- kontrollert for multiviktisering					Kontrollert for multiviktisering								
	1. eksponert		2. ikke eksponert		(1 vs 2)	p	3. Eksponert		4. ikke eksponert		(3 vs 4)	p		
	%	(n)	%	(n)			OR	95% CI	%	(n)			%	(n)
<i>Vold i barndommen</i>														
Psykisk vold	23.1	(1054)	10.4	(3602)	2.60	(2.40-2.80)	*	17.5	(329)	8.7	(2346)	2.23	(1.97-2.53)	*
Fysisk vold	24.8	(502)	11.2	(4148)	2.63	(2.36-2.92)	*	15.9	(39)	8.7	(2346)	2.00	(1.41- 2.82)	*
Seksuell vold	21.4	(552)	11.2	(4110)	2.15	(1.95- 2.38)	*	13.7	(103)	8.7	(2346)	1.68	(1.36-2.07)	*
<i>Vold i voksenalder</i>														
Psykisk vold	20.0	(942)	10.8	(3715)	2.01	(1.92-2.45)	*	12.1	(163)	8.7	(2346 )	1.45	(1.22-1.71)	*
Fysisk vold	20.4	(422)	11.4	(4228)	2.00	(1.79- 2.23)	*	12.2	(32)	8.7	(2346)	1.47	(1.01-2.13)	*
Seksuell vold >18 år	22.4	(449)	11.3	(4213)	2.26	(1.03-2.52)	*	16.2	(80)	8.7	(2346)	2.04	(1.60-2.60)	*

\*  $p < 0.05$

\*\* Små variasjoner i N på grunn av varierende manglende verdier på enkeltvariabler.



Som tabell 3, 4, og 5 viste var det stor sannsynlighet for at en kvinne som var eksponert for en type vold også hadde blitt utsatt for andre typer vold, noe som gjør det sannsynlig at bidraget til de ulike voldshendelsene ikke er uavhengig av hverandre. For å kontrollere for effekten av multiviktimisering ble det laget "rene" voldskategorier som *kun* inkluderte kvinner som hadde vært utsatt *èn voldseksponering*, og ingen andre, se tabell 7 (kontrollert for multiviktimisering). Risikoen for å skåre over grenseverdien på depresjonsskåren var nå størst blant kvinner som hadde vært utsatt for psykisk vold i barndom (OR = 2.23, 95 % CI = 1.97-2.53) og minst for kvinner som kun hadde vært utsatt for psykisk vold i voksenalder (OR = 1.45, 95 % CI = 1.22- 1.71). Men, selv etter å ha kontrollert for multiviktimisering var det liten forskjell mellom voldstypene.

#### *Øker risiko for depresjon med antall voldseksponeringer?*

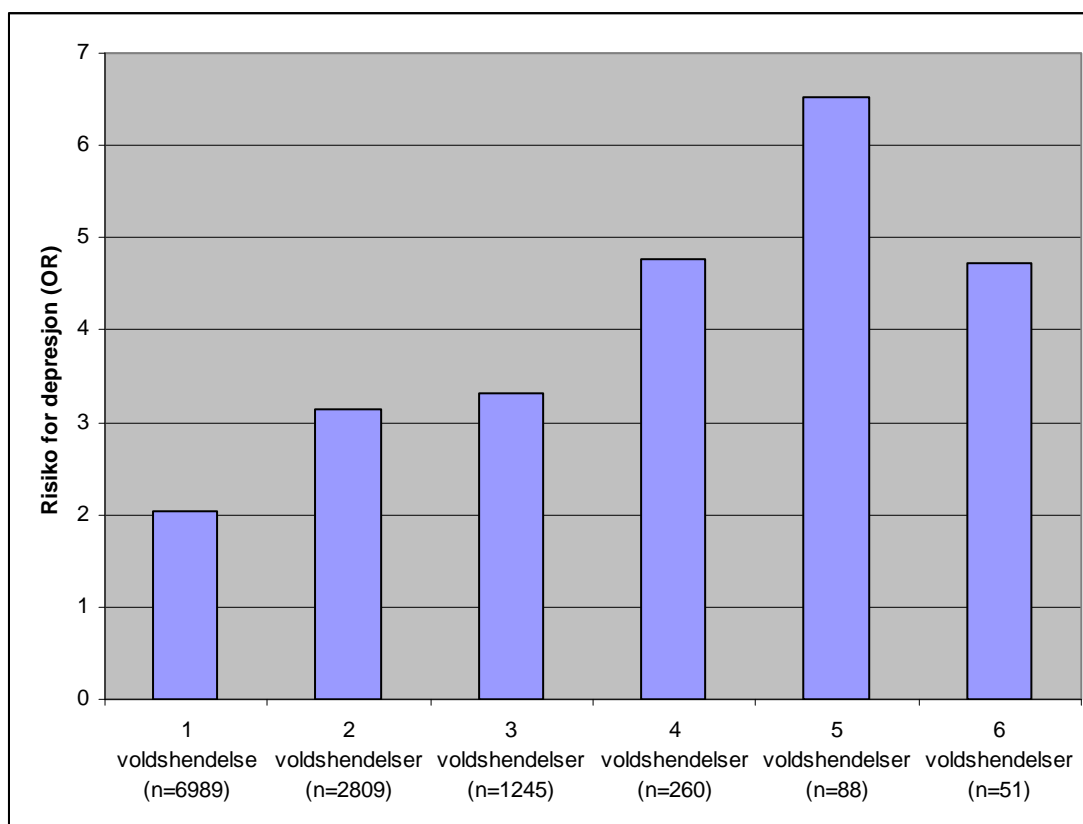
Resultatene av logistisk regresjon som vist i tabell 7.viste en klar dose- effekt av voldshendelser på depresjon. Kvinner utsatt for en voldshendelse hadde dobbelt så stor risiko for å skåre over grenseverdien på depresjonsskalaen (OR = 2.04, 95 % CI = 1.89-2.21) sammenlignet med kvinner som ikke har blitt utsatt for noen typer vold, mens kvinner utsatt for 2 voldshendelser hadde tre ganger så stor risiko for depresjon (OR = 3.15, 95 % CI = 2.86-3.48) sammenlignet med kvinner som ikke hadde vært utsatt for vold. Kvinner som hadde vært utsatt for 3 voldshendelser hadde også 3 ganger så stor risiko for depresjon (OR = 3.31, 95 % CI = 2.89 – 3.80) sammenlignet med kvinner som ikke hadde vært utsatt for noen typer vold. Kvinner som hadde vært utsatt for 4 voldshendelser hadde fire ganger så stor risiko for depresjon sammenlignet med kvinner som ikke hadde vært utsatt for noen typer vold (OR = 4.77, 95 % CI = 3.65- 6.22), og kvinner utsatt for 5 voldshendelser hadde seks ganger så stor risiko for depresjon sammenlignet med kvinner som ikke hadde vært utsatt for vold (OR =6.52, 95 % CI = 4.24-10.04).

**Tabell 8.** Risiko for depresjon (odds ratio (95 % CI) blant kvinner utsatt for 1 til og med 6 voldshendelser, hvor kvinner som ikke er utsatt for noen voldshendelser (0. voldshendelser) brukes som referanseverdi (N= 39904).

Antall voldshendelser	1. Eksponert		2. Ikke eksponert		(1 vs 2)		p
	n	(%)	n	(%)	OR	(CI 95 %)	
1. Voldshendelse	6989	17.5	28462	71.3	2.04	(1.89- 2.21)	*
2. Voldshendelser	2809	7.0	28462	71.3	3.15	(2.86 - 3.48)	*
3. Voldshendelser	1245	3.1	28462	71.3	3.31	(2.89 – 3.80)	*
4. Voldshendelser	260	0.7	28462	71.3	4.77	(3.65 – 6.22)	*
5. Voldshendelser	88	0.2	28462	71.3	6.52	(4.24 – 10.04)	*
6. Voldshendelser	51	0.1	28463	71.3	4.72	(2.62 – 8.60)	*

\*  $p < 0.005$

Det var en økende risiko mellom antall voldshendelser og depresjon, opp til 5 voldshendelser, deretter sank risikoen igjen (se figur 2 under). Kvinner utsatt for 6 voldshendelser hadde mindre risiko for depresjon (OR = 4.72, 95 % CI = 2.62- 8.60) enn kvinner utsatt for 4 voldshendelser (OR = 4.77, 95 % CI = 3.65 -6.33).



**Figur 2.** Risiko for depresjon (odds ratio (95 % CI) blant kvinner utsatt for 1 til og med 6 voldshendelser.

Det er verdt å merke seg at flest personer har vært utsatt for en voldshendelse og at antall personer gradvis synker i hver voldskategori. Det er få personer som har blitt utsatt for 5 og 6 voldshendelser ( $n = 88$  og  $n = 51$ ), og usikkerheten rundt disse tallene blir større fordi  $n$  blir mindre.

### Del III: Parforholdet som en beskyttende faktor

#### *Kan et godt parforhold medierer effekten av vold på depresjon?*

Deskriptive analyser viste at gjennomsnittelig skåre på partnertilfredshetsskalaen (RSS) blant kvinner utsatt for minst én voldshendelse var 5.18 ( $SD = 0.86$ ), og sammenlignet med en gjennomsnittelig skåre på 5.38 ( $SD = 0.69$ ) for kvinner som ikke hadde vært utsatt for vold. For å undersøke om partnertilfredshet hadde en medierende effekt ble det gjort en multippel lineær regresjonsanalyse. Vold ble dikotomisert (1 = utsatt for minst 1 type vold, 0 = ikke utsatt for vold), og brukt som prediktorvariabel sammen med partnertilfredshet. Depresjon ble brukt som kriterivariabel. Resultatene fra den multiple lineære regresjonsanalysen viste at både partnertilfredshet og vold hadde et selvstendig bidrag til variasjonen i depresjonsskåren, signifikansnivå  $p < 0.01$ , hvor vold var positivt korrelert med depresjon (0.20,  $S.E = 0.005$ ,  $p < 0.01$ ) og partnertilfredshet var negativt korrelert med depresjon (-0.18,  $S.E = 0.003$ ,  $p < 0.01$ ), se tabell 8. Når vold forandres fra 0-1 voldshendelser øker depresjonsskåren med 0.20 enheter på den faktiske depresjonsskalaen målt med SCL-8. Ved å legge inn partnertilfredshet i regresjonsanalysen redusertes regresjonskoeffisienten av vold på depresjon ( $B = 0.17$ ,  $S.E = 0.005$ ,  $p < 0.01$ ). Dette tyder på at partnertilfredshet medierer effekten av vold på depresjon.

**Tabell 9** Bidraget til vold og partnertilfredshet på variasjon i depresjonsskåren

	B	Std. Error	Sig
Vold	0.20	0.005	.000**
Partnertilfredshet	-0.18	0.003	.000**
Vold + partnertilfredshet	0.17	0.005	.000**

\* \* $p < 0.01$

For å studere om partnertilfredshet hadde en medierende effekt, ble de fire stegene til mediatorsmodellen fulgt som ble introdusert i metoddelen, dette ga følgende resultater.

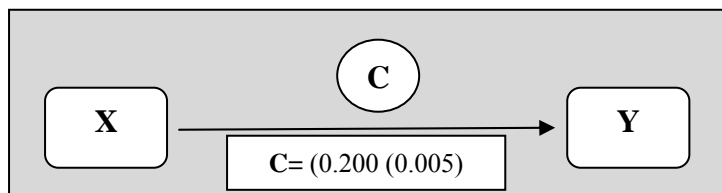
**Steg 1.** Regresjonsanalyse med X som prediktorvariabel og Y som kriterievariabel, for å estimere og teste c),  $c = 0.20$ , (S. E= 0.005)

**Steg 2:** Regresjonsanalyse med X som prediktorvariabel og M som kriterievariabel for å estimere og teste a),  $a = -0.20$ , (S. = 0.008)

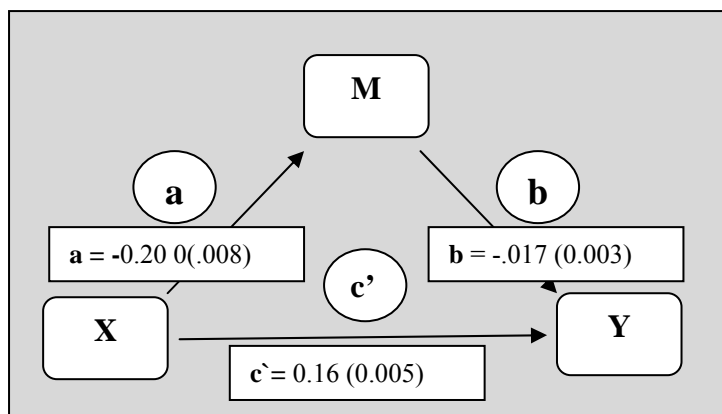
**Steg 3:** Regresjonsanalyse med både X og M som prediktorvariabel, for og kontrollerer for effekten av X, og undersøke effekten av M på Y for å estimere og teste b),  $b = -0.17$ , (S. E = 0.003)

**Steg 4:** Regresjonsanalyse med både X og M som prediktorvariabel for å kontrollere for effekten av M, og undersøke effekten av X på Y, for å estimere og teste pil c'),  $c' = 0.16$ , (S. E= .005)

Den umedierte modellen ser slik ut:



Den medierte modellen, med partnertilfredshet som mediator ser slik ut:



De presenterte tallene er ustandardiserte regresjonskoeffisienter, for det er de som legges inn i sobelstest kalkulatoren.

Kalkulatoren for sobels test ble hentet fra den samme hjemmesiden som nevnt ovenfor ved beskrivelse av mediatorsmodellen. Resultatene fra sobels test viste at det var en signifikant mediering hvor partnertilfredshet  $p < 0.01$  (sobel test = 22,87), reduserte effekten av vold på

depresjon. Den totale effekten av vold på depresjon ( $C = 0.20$ ,  $S.E = 0.005$ ) ble redusert i modellen med partnertilfredshet som mediator ( $c' = 0.16$ ,  $S. E = 0.005$ ).

Bare de første tre stegene ble møtt, som indikerte at det var en partiell mediering og ikke en komplett mediering.

## Diskusjon

Formålet med studien var tredelt. Det første delen bestod i å undersøke forekomsten av vold, og risiko for poly- og reviktimisering i en ikke-klinisk populasjon. Det andre målet var å undersøke om det var en sammenheng mellom vold og depresjon og hvordan dette eventuelt henger sammen med type (fysisk, seksuell eller psykisk) vold og omfang. Det siste målet var å undersøke om et godt parforhold kunne ha en beskyttende effekt på forholdet mellom vold og depresjon.

### Del I: Forekomst av vold og risiko for multiviktimisering

*Vold er ikke sjeldent forekommende, og den psykiske volden er den mest vanlige*

Det første hovedfunnet i studien er at det å bli utsatt for minst én form for vold gjennom livsløpet, ikke er sjeldent forekommende blant norske småbarnsmødre. Så mange som 1/3 av småbarnsmødrene svarer positivt på dette. Tidligere forekomststudier har også funnet høye prevalenstall som varierer mellom 30 til 63 prosent (Haaland et al., 2005; Heiskanen & Piispa, 1998; Lundgren et al., 2001; Mossige & Stefanson, 2007; Tjaden & Thoennes, 2000). Det foreligger ikke studier som er direkte sammenliknbare, fordi majoriteten av de tidligere nevnte forekomststudien ikke har inkludert psykisk vold som en egen voldskategori. At noen studier, men ikke alle, inkluderer psykisk vold, har trolig sammenheng med at voldsbegrepet som Hjemdal hevder, endrer seg over tid, og det gjenstår å se om psykisk vold i fremtidige studier vil inngå som en egen voldskategori.

Det andre hovedfunnet er at psykisk vold (11.9 %) er dobbelt så hyppig forekommende som fysisk og seksuell vold, både i barndom og i voksenalder. Som nevnt er det ingen av de tidligere forekomststudiene som har studert psykisk vold på samme måte som her, så det blir vanskelig å sammenligne dette funnet med andre studier, men heller la "tallet tale for seg". Når det gjelder forekomsten av fysisk og seksuell vold i både barndom og i voksenalder, er disse tallene betydelig lavere enn tallene fra de tidligere nevnte forekomststudiene. I MoBa-studien ble det funnet en forekomst av fysisk vold i voksenalder på 5.3 prosent som er mye lavere enn det man har funnet i andre studier, hvor prosenttallene i voksen alder varierer mellom 22 til 30 prosent (Haaland et al., 2005; Heiskanen & Piispa, 1998; Lundgren et al., 2001; Tjaden & Thoennes, 2000). Når det gjelder forekomsten av seksuell vold ligger majoriteten av de andre studiene på 10 til 52 prosent (Haaland et al.; Heiskanen & Piispa; Lundgren et al.; Tjaden & Thoennes) mot 5.1 prosent i denne studien. Med henhold til

prosenttallene fra barndom, varierer andelen av barn som har vært utsatt for fysisk vold fra 21-25 prosent i norske og skandinaviske studier, opp mot 40 prosent i amerikanske (Heiskanen & Piispa; Mossige & Stefansen; Tjaden & Thoennes). Igjen ses det at resultatene i denne studien er betydelig lavere (5.1%). Når det gjelder seksuell vold er tallene varierende i tidligere studier som vist til innledningsvis, hvor forekomsttallene i en oversiktartikkel fra 21 land viste en spredning fra 7 til 36 prosent (Finkelhor 1994). Til sammenligning har de tidligere nevnte finske og norske studiene har funnet en mindre spredning som varierer mellom 19 til 22 prosent (Heiskanen & Piispa; Mossige & Stefansen; Tjaden & Thoennes). I denne studien ser vi at tallene igjen er vesentlig lavere (6.6 %) enn de øvrige.

Hvorfor er forekomsttallene i denne studien så lave sammenlignet med andre studier? Den viktigste forklaring er trolig at MoBa-studien utgjør et skjevt utvalg, som vi senere vil komme tilbake til. Dette kan innebære at voldsprevalensen i Norge er høyere enn det tallene i denne studien gir uttrykk for. En annen årsak kan være at kvinner med høy sosioøkonomisk status, som det trolig er mange av i dette utvalget, har en tendens til å underrapportere negative barndomsopplevelser mer enn kvinner med lav sosioøkonomisk status (Hardt & Rutter, 2004). Om personene reelt sett har underrapportert, kan man ikke få svar på. En annen årsak til at MoBa- studien finner andre forekomsttall enn tidligere studier kan også skyldes metodiske forskjeller mellom studiene. Som NOVA-rapporten også vektlegger er det så store forskjeller mellom tidligere studier i bruk av metode og operasjonalisering av voldsspørsmålene, og voldskategoriene at det er vanskelig å sammenligne på noen enkel måte.

De siste resultatene under del I omhandler omfang og risiko for poly- og reviktimisering. Her blir et viktig skille mellom å studere omfang av kvinner som faktisk har vært utsatt for flere voldshendelser i samme tidsrom, og risiko for å bli utsatt for polyviktimisering. Det er ikke så mange som faktisk har vært utsatt for flere voldskombinasjoner som vist i tabell 8, hvor 6989 personer hadde vært utsatt for 1 voldshendelse, og betydelig færre hadde vært utsatt for 2 voldshendelser (2809), og enda færre hadde vært utsatt for 3 til 6 voldseksposeringer. NOVA-rapporten viste også at det var få personer som faktisk hadde blitt utsatt for flere krenkelser i samme tidsrom. Selv om det på den ene siden ikke er så mange kvinner som har vært utsatt for flere typer vold, så er det likevel en betydelig forhøyet *risiko* for å bli utsatt for flere typer vold dersom en allerede har vært utsatt for vold. Risikoen for å bli presset til seksuelle handlinger var 18 ganger større for kvinner som også rapporterte å ha blitt utsatt for fysisk mishandling, både i barndommen og i voksenalder og risikoen var også høy for de andre

voldskategoriene, se tabell 4 og 5. Både NIBR- rapporten & Pape og Stefansen (2004) bekrefter også risikoen for polyviktisering og finner at risikoen for å bli utsatt for partnervold øker betraktelig dersom man har vært utsatt for annen vold. Tallene bekrefter altså at polyviktisering er et reelt fenomen og en betydelig risiko for kvinnene i MoBa-utvalget. Et ubesvart spørsmål er at vi ikke kan vite om kvinnene refererer til forskjellige hendelser, (hvor hun opplevde å bli presset til seksuelle handlinger ved en anledning og utsatt for fysisk vold ved en annen anledning), eller om hun referer til en og samme hendelse, (hvor hun ble presset til seksuelle handlinger og samtidig ble utsatt for fysisk mishandling). NVAW undersøkelsen studerte dette forholdet nærmere og fant av 41 prosent av kvinne som hadde vært utsatt for voldtekt også ble fysisk skadet under den siste voldtekten, som om den fysiske volden ikke ble rapportert som en selvstendig voldshandling. Det mest sannsynlige er at det refereres til ulike hendelser, i det underrapportering i voldsforskning vanligvis er et større problem.

Data bekrefter også at det er en økt risiko for gjentagende voldseksponering som voksen gitt at man har vært utsatt for vold som barn (reviktisering). Resultatene fra MoBa-undersøkelsen viser at kvinner som hadde vært utsatt for vold i barndommen hadde en dobbelt så stor risiko for å bli utsatt for vold i voksenalder. Heiskanen og Piispa (1998) og Tjaden og Thoennes (2000) fant også at kvinner som hadde vært utsatt for vold i barndommen hadde en dobbelt så stor risiko for å bli utsatt for vold i voksenalder. Det interessant at disse tallene er såpass like, særlig med tanke på at det var så store forskjeller i prevalenstillene. Tallene fra studien viste videre at risikoen for reviktisering *ikke* er større for gjentagelse av samme voldstype, men like stor ”på tvers” av voldstypene. Disse funnene stemmer ikke med funnene fra NOVA-rapporten, hvor risiko for reviktisering var mye større for gjentagelse av samme voldstype. En mulig forklaring på funnene fra denne rapporten og funnene fra NOVA-rapporten er variasjon mellom studiene i aldersgrensene. I denne studien ble risiko for reviktisering sammenlignet før og etter 18 år, mens NOVA- rapporten studert risiko for reviktisering før og etter 13 år. Hva NOVA-rapporten definerer som reviktisering er muligens hva denne oppgaven definerer som polyviktisering, altså gjentagende voldseksponeringer innenfor samme tidsperiode.

Ut i fra denne studien kan det se ut til at risiko for reviktisering uttrykker seg som en *generell risiko* for senere voldseksponeringer. Det vil si at det er like stor risiko å bli utsatt for andre typer vold i voksen alder som den spesifikke voldstypen man ble utsatt for som barn. I



likhet med Finkelhor et. al., (2007b) bekrefter denne studien viktigheten av å ikke definere reviktimisering for smalt, da studiet viser at det er en signifikant sammenheng for reviktimisering på tvers av voldstypene.

#### Del II: Sammenhengen mellom voldseksposering og depresjon.

Diskusjonen har så langt gitt inntrykk av et delt bilde når det gjelder kvinnenes voldsutsatthet: de har lavere forekomsttall enn i andre studier, men likevel er det en tydelig tendens til forekomst av poly- og reviktimisering i utvalget. Del II i undersøkelsen omhandler i hvilken grad voldseksposeringene berører kvinnenes psykiske helse, her undersøkt ved depresjonssymptomer. Studien finner at kvinner som har vært utsatt for vold har over dobbelt så stor risiko for depresjon sammenlignet med kvinner som ikke hadde vært utsatt for vold. I utvalget er det ca 20 prosent av de voldsutsatte kvinnene som fyller kriteriet for klinisk signifikante plager. NOVA- rapporten fant også at ungdommer utsatt for vold og overgrep hadde dobbelt så stor risiko for depresjon, og at denne risikoen var like stor blant ungdommer som hadde vært utsatt for fysisk vold og seksuell vold. Det blir litt problematisk å sammenligne med tallene fra MoBa-studien med de andre overnevnte studiene, da både NIBR-rapporten og Lundgren og kollegaer (2001) spurte direkte spørsmål om psykiske reaksjoner etter volden, mens i dette studiet ble de bedt om å rapportere subjektive plager i dag, uten at det forlår noen direkte link til tidligere voldseksposeringer. Denne studien har heller ikke kontrollert for tidligere depressive episoder eller andre forhold som vil kunne påvirke depresjonsskårene, dette åpner opp for spørsmålet hvorvidt kvinnen rapporterer om en voldsutløst depresjon eller en mer kronisk depresjon. Dette vil man ikke kunne få svar på i denne undersøkelsen, men det kan tenkes at det å bli utsatt for vold kan gjøre individet mer sårbart for stressreaksjoner senere i livet.

Et overraskende funn i denne analysen er at psykisk vold er like skadelig for den psykiske helse, målt ved depresjonssymptomer, som fysisk og seksuell vold. Resultatene bekrefter betydningen, som nevnt under formål med studien, av å ha en bred tilnærming til voldshendelser. Ved å bare studere en type vold, uten å undersøke og kontrollere for andre voldsformer, vil man kunne overestimere betydningen av den voldsform man har studert. En annen forklaring på at de ulike voldstypene har såpass lik assosiasjon til depresjon er at volden trolig opererer gjennom mange av de samme psykologiske mekanismene som vi tidligere har nevnt, og at derfor ikke spiller noen stor rolle *hva* man er utsatt for. Dette avspeiles i Isdal og WHO sine definisjoner av vold som inkluderer flere former for vold i sine

definisjoner. En nærliggende forklaring på at voldseksponeerte kvinner har forhøyet risiko for depresjon, kan skyldes de psykiske virkninger av overgrep, hvor skam, redusert selvbilde, opplevd skyld, generalisert angst og sosial tilbaketrekning gir grobunn for depressive reaksjoner. Finkelhor og kollegaer (2007b) argumenterer for at man må endre fokus: de siste 10-års forskning har i følge han for ensidig vektlagt seksuelle overgrep hos barn. Nå må en bredere tilnærming til. Denne studien er et eksempel på det siste.

Samtidig bekreftes en dose- effekt av vold på depresjon; risikoen for depresjon øker med antall voldseksponeeringer som også bekreftes i andre studier (Finkelhor et al., 2007a; Finkelhor et al, 2007b; Engen & Hjemdal, under publisering; Edwards, 2003). En tolkning av dette funnet kan være at kvinner som utsettes for vold gjentatte ganger utvikler en enda større skam og skyldproblematikk. De kan tenke i retning av: ”fordi jeg opplever det igjen må det være et bevis på at det er meg det er noe galt med”. Mannarina & Cohen (1996) understreker i sin teori at multiple voldsepisoder kan føre til negative selv-attribueringer, som i sin tur er mekanismer forbundet med symptomer på depresjon og angst. Forholdet mellom vold og depresjon ble imidlertid svekket etter fem voldshendelser. Det er to mulige tolkninger på denne nedgangen. Den første og mest sannsynlige forklaringen er at det er en statistisk forklaring. Svært få personer hadde vært utsatt for fem og seks voldshendelser ( $n = 88$ , og  $n = 51$ ) og standardfeilen blir stor når  $n$  blir liten. Det betyr at det blir større usikkerhet rundt resultatene og resultatene blir mindre pålitelige. En alternativ tolkning er at det faktisk er en substansiell forskjell, hvor det ikke spiller noen rolle om man har blitt utsatt for 5 eller 6 typer vold. Dersom man har vært utsatt for vold 50 ganger, så endrer man ikke nødvendigvis psykisk funksjon ved den 51. Muligens kan det forstås slik at kvinnene når en terskel. Dette betyr imidlertid ikke at krenkelser og avmakt ikke utgjør en betydelig påkjenning på psykisk helse.

I et folkehelseperspektiv er det viktig og ikke bare undersøke hvor mye vold som gir størst risiko for depresjon, men også hva som bidrar til økt forekomst depresjon i befolkningen (attribuerbar fraksjon). Det var 88 personer av totalt 39904 (0.2 av %) som var deprimert som følge av eksponering for 5 voldshendelser, til sammenligning var det 6989 av totalt 39904 (17.5 %) personer som var deprimert som følge av 1 voldshendelse. Med dette blir det tydelig at selv om 5 voldshendelser gir større risiko for depresjon enn 1 voldshendelse, så er det langt flere personer i befolkningen som er deprimerte på grunn av å ha vært utsatt for 1 voldshendelse.

I tillegg til at denne studien finner at vold er assosiert med høyere depresjonsskåre, er det også et viktig funn at majoriteten av de voldsutsatte kvinnene ikke hadde gjennomsnittelig skåre over grenseverdien på SCL-8. Man kan imidlertid ikke ut fra det slutte at de ikke er berørt av volden. Kjente konsekvenser av vold er at det også kan gi seg uttrykk i form av for eksempel rusmisbruk og kroppslige plager (Campbell, 2002; Logan et al, 2006).

### Del III: Partnertilfredshet som en beskyttende faktor.

Studien finner at et godt partner forhold har en medierende effekt i forhold til vold på depresjon. Dette samsvarer med andre studier (Collishaw et al., 2007; Logsdon & Usui, 2001). Selv om de statistiske analysene viser at et godt partnerforhold har en statistisk medierende effekt på sammenhengen mellom vold og depresjon, er det imidlertid umulig å si noe om *faktiske* kausale forholdet. Den kausale oppbyggingen av mediatorsmodellen har svakheter i en studie hvor tidsperspektivet og årsaksrekken ikke kan dokumenteres. For å redusere sannsynligheten for en reversert årsaksforklaring og for å unngå at kvinnens humør skulle farge hennes vurdering av kvaliteten på parforholdet, ble variablene hentet fra 3 forskjellige spørreskjemaer i kronologisk orden som omtalt i metoddelen. Ved å bruke mediatorsmodellen antydes det at partnerstøtte kommer inn mellom vold og depresjon (vold → parforhold → depresjon). Men det er også en mulighet for at det er en *reversert kausal mediering*, hvor pilene går motsatt vei (depresjon → parforhold → vold). Det ville innebære depresjonen bidrar til å farge kvaliteten på parforholdet og at kvinnen blir utsatt for vold av partner. I noen tilfeller kan en slik ”reversert årsaksforklaring” annulleres ved at det er teoretisk umulig, men det er ikke tilfellet i denne modellen. En annen innvending mot mediatorsmodellen er tredjevariabel problemet, men dette er et generelt problem i psykologisk forskning som ikke er spesifikt for denne studien. Målefeil er også et generelt problem i psykologisk forskning hvor man ikke kan være sikker på om man faktisk har målt det man har forsøkt å måle. En måte å kontrollere for effekten av målefeil er ved å bruke multiple indikatorer på mediatorsen for å ”tappe” en latent variabel. I denne oppgaven ble det brukt 8 spørsmål for å måle partnertilfredshet, hvor disse viste svært god indre konsistens ( $\alpha = 0.93$ )

Et viktig og ubesvart spørsmål er hvorvidt den støttende partneren faktisk *har* en beskyttende effekt, eller om det er i utgangspunktet *egenskaper* ved kvinnen som gjør at hun kommer i gode partnerforhold. Kvinnens forhold til partner kan også gjenspeile en generell sosial fungering, som betyr at det er en fare for å overestimere betydningen av partneren alene.

Sannsynligvis er det en *resiprokal kausalitet*, hvor vold, depresjon og partnertilfredshet har en gjensidig påvirkning på hverandre.

#### Styrker og svakheter ved studien

MoBa studien har lav svarprosent 42.7 prosent, noe som betyr at det er nødvendig å være forsiktig med prevalensbegrepet (Magnus et al., 2006). Den lave svarprosenten kan trolig gjenspeile at en *sosial seleksjon*; kvinner som utsettes for vold i nåværende tidspunkt eller som har alvorlige psykososiale problemer, inklusive psykiske helseproblemer, har mindre overskudd til å delta på en såpass omfattende undersøkelse som MoBa er. Denne hypotesen blir styrket når man ser på karakteristika ved utvalget som helhet (Magnus et al.). Det er derfor sannsynlig at forekomsttallene av vold i denne studien er lavere enn de faktiske norske prevalenstallene.

Intervjuer har generelt blitt vurdert som mer valid enn spørreskjemaer fordi de gjør det mulig å rette opp i potensielle misforståelser, selv om denne antagelsen nesten ikke er blitt testet (Hardt & Rutter). På den andre siden har store surveystudier som denne en fordel med anonymitet, som kan gjøre det lettere å svare på sensitive spørsmål. Når det gjelder bruk av retrospektive metoder som innebærer hukommelse for tidligere hendelser, konkluderer Hardt og Rutter (2004) med at retrospektive metoder er tilstrekkelige valide til og fortsatt fortjene en plass innen for psykologisk forskning, selv om studiene kan være beheftet med underrapportering. Det er her behov for videre forskning knyttet til feilkilder.

Mediatormodellen er tidligere omtalt. En annen innvending mot bruken av mediatormodellen i denne studien er at det er lett å feiltolke statistisk hypotesetesting. I denne studien ble mediatores signifikans målt ut i fra p- verdien til en statistisk test (sobels test) relatert til en nullhypotese. Dette medfører at p- verdien er en statistikk størrelse som er avhengig av blant annet utvalgsstørrelsen og andre designavgjørelser som påvirker statistisk styrke. En studie med lav statistisk styrke påvirker en sannsynlighet for at det ikke er noen mediasjon, mens en studie med høy statistisk styrke øker sannsynlig for at en mediasjon er til stede. Denne statistiske sårbarheten understreker betydningen av å ikke konkludere ut fra statistisk signifikante funn alene, men også undersøke den kliniske signifikans ved psykologiske hypoteser. Selv om store utvalg øker sannsynligheten for å få statistiske signifikante resultater, er det ikke alle metodeproblemer som løses med store utvalg. For en drøfting av

den observerte prevalensen av en risikofaktor bl.a. i epidemiologisk forskning, vises det til (Kraemer et al.).

Når det gjelder operasjonalisering av voldsbegrepene, er det tidligere omtalt at spørsmålsformuleringer som bruker ladede begreper (mishandling) gir færre positive svar enn spørsmål om konkrete handlinger (har du blitt slått?) (Harned, 2004; Thombs et al., 2006). I denne oppgaven ble fysisk vold operasjonalisert ved ladede begreper som inkluderer ord som fysiske overgrep og mishandling, mens spørsmålsformuleringene ved psykisk og seksuell vold var mer konkrete i sin art. Studien hadde som formål å studere flere typer vold og forholdet mellom de, selv om heller ikke dette studiet har favnet alle voldsnyansene. Trusler om vold, vitne til vold er ikke videre studert her, selv om dette også er viktige aspekter ved volden. Spørsmålene i MoBa-studien er heller ikke så detaljerte som ønskelig, det hadde for eksempel vært ønskelig med spørsmål om antall voldshendelser.

Styrken med studien ligger i at man har undersøkt flere typer voldseksposeringer i et stort utvalg på flere tidspunkt og at det foreligger kombinert data fra både barndom og voksen alder. Man har videre undersøkt voldshendelsers betydning for psykisk helse i et normalmateriale. Det er også en styrke ved studien at man har undersøkt betydningen av sosial støtte som en viktig prediktor for resiliens og motstandsdyktighet. Til slutt er studien egnet til å illustrere at negative hendelser ikke nødvendigvis fører til helseproblemer, her målt ved depressive symptomer, mens kliniske utvalg ofte omhandler mer sårbare personer.

#### Implikasjoner av studien og videre forskningsbehov

Med bakgrunn i at denne studien finner høy prevalens av flersidige voldshendelser, er det viktig at studier i fremtiden også har som formål å undersøke kompleksiteten ved vold og slik fremskaffe økt kunnskap om voldsprofiler. Det er særlig viktig å studere årsakene til poly- og reviktimisering for å lære mer om årsaken til slike voldsspiraler. De kliniske utfordringer er åpenbare; hvordan unngå at enkeltpersoner, her småbarnsmødre, opplever nedbrytende voldsspiraler og voldshendelser med konsekvens for egen psykisk helse og med risiko for helseproblemer også for barna. Målet er å begrense voldsopplevelsen til lavfrekvente *hendelser* og ikke *tilstander* de lever under.

### Etterord.

Jeg startet med analogien om de blinde mennene og elefanten, hvor ingen klarte å beskrive hele kroppen eller "hele bildet". Mitt ønske var å bidra til å få en mer sammensatt og helhetlig forståelse av vold mot kvinner. Denne oppgaven har gitt meg anledning til å reflektere over komplekse vitenskapelige spørsmål med stor samfunnsmessig og individuell betydning. Som fremtidig psykolog vil jeg ta med meg inn i klinisk praksis at dette er et problem som angår mange kvinner, hvor jeg vil gjøre det jeg kan for å være lydhør og åpenhet om et tema som fortsatt er tabuisert i vår kultur - der mennesker i så stor grad gjøres ansvarlige for sine liv.

## Referanseliste

- Arata, C. M. (1999). Sexual Revictimization and PTSD: An Exploratory Study. *Journal of Child Sexual Abuse, 8*, 49-65.
- Arata, C. M., & Lindman, L. (2002). Marriage, Child Abuse, and Sexual Revictimization. *Journal of Interpersonal Violence, 17*, 953-971.
- Arias, I., & Pape, K. T. (1999). Psychological abuse: Implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and Victims, 14*, 55-67.
- Bakketeig, E. (1999). *Rettsapparatet som sosialt system i saker om seksuelle overgrep mot barn*. Doktoravhandling. Det juridisk fakultet, Universitet i Oslo.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Balvig, F. (2000) Fra voldens nutidshistorie, I: R. Saur (red.) *Voldens ofre vårt ansvar*. HiO-notat nr. 9. Oslo: Kompetansesenter for voldsofferarbeid, Høgskolen i Oslo.
- Basile, K. C., Arias, I., Desai, S., & Thompson, M. P. (2004). The differential associations of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 413-421.
- Berns, N., & Schweingruber, D. (2007). "When You're Involved, It's Just Different": Making sense of domestic violence. *Violence Against Women, 13*, 240-261.
- Blum, J., & Mehrabian, A. (1999). Personality and temperament correlates of marital satisfaction. *Journal of Personality, 67*, 93- 125.
- Briere, J. (2004). *Psychological assessment of adult posttraumatic states: Phenomenology, diagnosis, and measurement* (2 end ed.) Washington, DC: American Psychological Associations.
- Briere, J., & Jordan, C. F. (2004). Violence Against Women, Outcome Complexity and Implications for Assessment and Treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 1252- 1276.
- BRÅ (2001). *Brottsligheten i olika länder*. Stockholm: Brottsforebyggande rådet.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet, 359*, 1331-1336.

- Campbell, S. B., Cohn, J. F., Flanagan, C., Popper, S., & Meyers, T. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology, 4*, 29-47.
- Campbell, J. C., Sullivan, C. M., & Davidson, W. S. (1995). Depression in women who use domestic violence shelters: A longitudinal analysis. *Psychology of Women Quarterly, 19*, 237-255.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological /transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children`s development. *Psychiatry, 56*, 96-118.
- Clausen, A. H., & Crittenden, P. M. (1991). Physical and psychological maltreatment: relations among types and maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 15*, 5-18.
- Collinshaw, A., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect, 31*, 211- 229.
- Coker, A. L., Smith, P. H., McKeow, R. E., & King, M. J. (2000). Frequency and Correlates of intimate Partner violence by type: Physical, Sexual, and psychological battering. *American Journal of public health, 90*, 553-559.
- DePrince, A. P. (2005). Social cognition and re-victimization risk. *Journal of Trauma and Dissociation, 6*, 125-141.
- Derogatis, L. R. (1983). SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual. 2<sup>nd</sup> edn. Baltimore, MD: Procedures Psychometric Research.
- Desai, S., Arias, I., Thompson, M. P., & Basile, K. C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women. *Violence and Victims, 17*, 639-653.
- Dutton, M. A., Goodman, L. A., & Bennett, L. (1999). Court-Involved Battered Women`s Response to Violence: The Role of Psychological, Physical, and Sexual Abuse. *Violence and Victims, 14*, 89-104.
- Dørheim, S. K. (2009). Depression and sleep in the postnatal period; A study in Nepal and Norway. Doktoravhandling, psykologisk insitiutt, Universitett i Bergen.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the aadverse childhood experience study. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1453-1460.



- Engnes, K., & Hjemdal, O. K. (2009). *Rutinemessige spørsmål om vold som en del av svangerskapsomsorgen: Rapport fra et forsøksprosjekt i fire Telemarks-kommuner*. Under publisering.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*, 409- 417.
- Finkelhor, D., & Jones, L. M. (2004). *Explanations for the decline in child sexual abuse cases*. NCJ 199298). Wahington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
- Finkelhor, D., Ormod, R. K., & Turner, H. A. (2007a). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & neglect, 31*, 7-26.
- Finkelhor, D., Ormod, R. K., & Turner, H. A. (2007b). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect, 31*, 479-502.
- Follingstad, D., Rutledge, L., Berg, B., Hause, E., & Polek, D. (1990). The role of emotional abuse in physically abusive relationships. *Journal of Family Violence, 5*, 107-120.
- Freyd, J.J. (1994). Betrayal-trauma: Traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. *Ethics & Behavior, 4*, 307-329.
- Freyd, J. J. (2001). Blind to betrayal: New perspectives on memory of trauma. *The Harvard Mental Health Letter, 15*, 4-6.
- Freyd, J. J., DePrince, A. P., & Gleaves, D. H. (2007). The state of betrayal trauma theory: Reply to McNally- conceptual issues and future directions. *Memory, 15*, 295-311.
- Goffman, I. (1963). *Stigma. Notes of the management of a spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin.
- Golding J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental health disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*, 99-132.
- Haaland, T., Clausen, S. E., & Schei, B. (2005). *Vold i parforhold- ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge* (NIBR-rapport, 3) Oslo: Norsk institutt for by-og regionsforskning.
- Harned, (2004). Does it matter what you call it? The relationship between labeling unwanted sexual experiences and distress. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*, 9-13.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 260- 273.

- Hashimi, P. Y., & Finkelhor, D. (1999). Violent victimization of youth versus adult in the National Crime Victimization Survey. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 799-820.
- Heiskanen, M. & Piispa, M. (1998). *Faith, Hope, Battering, A Survey of Men`s Violence Against Women in Finland*. Helsinki: Statistics Finland.
- Herman, J. L. (2001). *Trauma and recovery, from domestic abuse to political terror*. London: Pandora.
- Hope, T., Bryan, J., Trickett, A., & Osbornen, D. R. (2001). The phenomena of multiple victimization. The relationship between personal and property crime risk. *British Journal of Criminology, 41*, 595-617.
- Isdal, P. (2000) *Meningen med volden*. Norge, Kommuneforlaget.
- Jasinsky, J. & Williams, L. (1998). *Partnerviolence A Comprehensive Review of 20 years of Research*. Sage Publications.
- Judd, C. M., & Kenny, D. A. (1981). Process analysis: Estimating mediation in treatment evaluations. *Evaluation Review, 5*, 602-619.
- Kendall- Tackett, K. A. (2003). *Treating the Lifetime Health Effects of Childhood Victimization*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Kendall-Tackett, K. A. (2007). Violence against women and the perinatal period; The impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. *Trauma Violence, & Abuse, 8*, 344-353.
- Kremer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry, 158*, 848-856.
- Leisenring, A. (2006). Confronting victim discourses: The identity work of battered women. *Symbolic Interaction, 29* (3), 307-330.
- Lien, S., & Nørgaard, E. (2006). *Rapportering fra krisesentrene 2005*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Logan, T. K., Walker, R., Jordan, C. E., & Leukfeld, C. G. (2006). *Women and victimization; contributing factors, interventions, and implications*. Washington, DC. American Psychological Association.
- Logsdon, M. C., & Usui, W. (2001). Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse groups of women. *Western Journal of Nursing Research, 23*, 563- 574.

- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A. M. (2001). *Slagen dam. Mans vold mot kvinnor i jamstallda Sverige – en omfangsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- Magnus, P., Irgens, L. M., Haug, K., Nystad, W., Skjærven, R., Stoltenberg, C., and the MoBa study group. (2006). Cohort profile: The Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *International Journal of Epidemiology*, 1-5.
- Mannarina, A. P., & Cohen, J. A. (1996). Abuse-related attributions and perceptions, general attributions, and locus of control in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 162- 180.
- Marshall, L. (1999). Effects on men`s subtle and overt psychological abuse on low-income women. *Violence and Victims*, 14, 69-88.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2007). *Assessment of Childhood Disorders* (4ed). New York: The Guilford Press.
- Mechanic, M. B., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2000). Intimate partner violence and stalking behaviour: Exploration of patterns and correlates in a sample of acutely battered women. *Violence and Victims*, 15, 55-72 .
- Mechanic, M. V., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, 4, 634- 654.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge . En selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skole*. (NOVA-Rapport 20/07). Oslo: Norsk institutt for forskning, oppvekst, velferd og aldring.
- Nishina, A., & Juvonen, J. (2005). Daily reports of witnessing and experiencing peer harassment in middle school. *Child Development*, 76, 435-450.
- Nishith, 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.
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 14452-1471.
- Outlaw, M., Ruback, B., & Britt, C. (2002). Repeat and multiple victimizations: The role of individual and contextual factors. *Violence and Victims*, 17, 187-204.

- Pape, H. & Stefansen, K. (2004). Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep. Oslo; Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Rapport nr.1.
- Perry, D. G., Hodges, E. V. E., & Egan, S. K. (2001). Determinants of chronic victimization by peers: A review and new model of family influence. In J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 73-104). New York: Guilford Press.
- Plichta, S. (1996). Violence and abuse: Implications for women's health: I M- Falik., & K. Collins, (Eds.), *Women's health: The Commonwealth Fund Survey* (pp. 283-270). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Roberts, R., O'Connor, T. Dunn, J., Golding, J., & ALSPAC Study Team. (2004). The effect of child sexual abuse in later family life: Mental health, parenting and adjustment of offsprings. *Child Abuse & Neglect*, 28, 525-545.
- Rossman, B. B. R., & Rosenberg, M. (1998). *Multiple victimization of children: Conceptual, developmental, research, and treatment issues*. New York: Haworth Press.
- Saunders, B. E. (2003). Understanding children exposed to violence: Toward an integration of overlapping fields. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 356-376.
- Scott, K. L., Wolfe, D. A., & Wekerle, C. (2003). Maltreatment and trauma: Tracking the connections in adolescence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 211-230.
- Sætre, M., Holter, H., Jebsen, E. (1986). *Tvang til seksualitet: En undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo, Cappelen.
- Stene, R. J. (2003). Levekårsundersøkelsene 1983–2001: Vold og trusler i 20 år, *Samfunnsspeilet*, 17, 2–7.
- Stenson, K., Sidenvall, B., & Heimer, G. (2005). Midwives's experience to routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*, 21, 311–321.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., King, L. A., Dedeyn, J. M., & Musser, P. H. (2005). Posttraumatic Stress Disorder, Symptomatology among Partners of Men in Treatment for Relationship Abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 259–268.
- Tambs, K. (1994). *Undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Statens institutt for folkehelse.
- Tambs, K., & Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 364-367.

- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women* (NCJ 183781). Washington, DC: National Institute of Justice, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
- Thombs, B. T., Bernstein, D. P., Ziegelstein, R. C., Scher, C. D., Forde, D. R., Walker, E. A., & Stein, M. B. (2006). An evaluation of screening questions for childhood abuse in 2 community samples. *Archives of internal medicine*, *166*, 2020-2026.
- Tseloni, A., & Pease, K. (2003). Repeated personal victimization: “boosts” or “flags”? *British Journal of Criminology*, *43*, 196-212.
- Walker, L. (1984). *The Battered Woman*. New York, Springer
- Weisel, D. L. (2005). *Analyzing repeat victimization*. In The Office of Community Oriented Policing Services (Ed.), *Problem-oriented guides for police: Problem-solving tool series*. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- WHO. (2002). *World report on violence and health*. Geneva : World Health Organization.
- Windom, C. S. (2000). Understanding the consequences of childhood victimization. In R. M. Reece (Ed.), *Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, and legal practioners* (pp. 339-361). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Winokur, A., Winokur, D. R., Rickles, P., & Cox, D. S. (1984). Symptoms of emotional distress in a family planning service: Stability over a four-week period. *British Journal of Psychiatry*, *144*, 395- 399.
- Wolfe, D. A. (1999). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Mediation, David A. Kenny: <http://davidakenny.net/cm/mediate>, nedlastet 03.03.09

Folkehelseinstituttet: [www.fhi.no](http://www.fhi.no), nedlastet 26.01.2009.



*Spørreskjema 5 - 18 måneder etter fødsel.* Skjemaet sendes ut når barnet er 18 måneder, og er nokså likt spørreskjema 4 for å måle eventuelle endringer. Spørsmål 99 omhandler angst- og depresjonssymptomer (SCL-8). Spørsmål 3, 4, 5 og 6 er depresjonssymptomer.

<b>99. Har du i løpet av de 2 siste ukene vært plaget med noe av det følgende? (Sett ett kryss for hver linje.)</b>				
	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
1. Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>