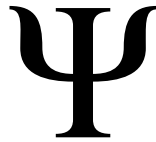




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***PTSD hos mødre utsatt for intim partnervold og konsekvenser for omsorgsevne:
en litteraturgjennomgang***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Cathrine Hatleskog Fandrem

Høst 2009

Veileder: Johannes Langeveld

Forord

Jeg ønsker å takke Johannes Langeveld for engasjerende veiledning og mange gode ideer.

Sammendrag

Det har i den siste tiden vært et økt fokus mot voldseksponerte barn. Forskning viser at eksponering for intim partnervold kan ha en skadelig effekt på barns fungering. Det er tenkt at intim partnervold kan føre til psykiske lidelser hos kvinner, blant annet posttraumatisk stress lidelse (PTSD), og at dette kan ha konsekvenser for omsorgsevnen på en måte som kan være skadelig for voldseksponerte barn. Målet med denne litteraturgjennomgangen er å undersøke om det finnes en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD hos kvinner, og videre hvordan voldsrelatert PTSD kan skade mødres omsorgsevne. Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen viser at det finnes en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD, og at det finnes en høy komorbiditet til depresjon. Videre tyder resultatene på at voldsrelatert PTSD kan skade mødres omsorgsevne på ulike måter, blant annet gjennom emosjonsregulering, tilknytning og at mødres PTSD påvirker barns psykiske helse. Disse resultatene antyder at det er viktig med et fokus på voldsutsatte mødres omsorgsevne i forbindelse med voldseksponerte barn. Videre er det tydelig at det er behov for mer forskning på dette området.

Abstract

Over the last decades an increased attention has been directed toward children's exposure to intimate partner violence. Research has documented the adverse effects of children's exposure to intimate partner violence on children's emotional and behavioral functioning. It has been proposed that a battered mother's psychological health is likely to influence her caregiving in a way that affect her violence exposed children. This study examines the hypothesis that intimate partner violence is associated with posttraumatic stress (PTSD) in women, and that mothers' caregiving are influenced by violence related PTSD. The results from this review revealed an association between intimate partner violence and PTSD in women, and a high co-morbidity to depression. An association was found between violence related PTSD in mothers and adverse effects on caregiving, through the processes of e.g. emotional regulation and attachment. Given the association between mothers' PTSD and detrimental effects on caregiving, interventions should focus on treating mothers' PTSD in helping violence exposed children. It is however clear that future research is of great importance.

Innholdsfortegnelse

Forord	II
Sammendrag	III
Abstract	IV
Innledning	1
Voldsutsatte mødres omsorgsevne og voldseksponerte barn.....	1
Bakgrunn og siktemål.....	2
Begrepsavklaring og definisjoner.....	4
Vold.....	4
Intim partnervold.....	6
Posttraumatisk stress lidelse (PTSD).....	7
Komorbiditet.....	9
Kompleks PTSD (DESNOS).....	10
Barns utviklingsmessige behov.....	11
Emosjonell utvikling og emosjonsregulering.....	12
Sosiale relasjoner og tilknytning.....	12
Omsorgsevne.....	15
Forekomst.....	16

Intim partnervold.....	16
Barns eksponering for vold.....	17
Avgrensning og problemstilling.....	18
Metode.....	20
Inklusjonskriterier.....	20
Eksklusjonskriterier.....	21
Prosedyre for søk.....	22
Resultat.....	24
Problemstilling (1): Finnes det en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD hos kvinner?.....	24
Intim partnervold og PTSD.....	32
Komorbiditet til depresjon.....	34
Kompleks PTSD (DESNOS).....	35
Problemstilling (2): Hvordan kan voldsrelatert PTSD hos mødre påvirke omsorgsevne?	35
Emosjonsregulering.....	35
Mentale representasjoner.....	38
Barns tilknytning og mødres atypiske atferd.....	42
Mødres PTSD og barns mentale representasjoner.....	47

Foreldretilfredshet.....	48
Mødres PTSD som påvirkning på barns psykiske helse etter voldsrelaterte traumer.....	49
Diskusjon.....	52
Problemstilling (1): Finnes det en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD hos kvinner?.....	52
Årsaker til spredning i resultatene.....	52
Forskjeller i utvalg.....	52
Ulike definisjoner av intim partnervold.....	54
Risikofaktorer og beskyttende faktorer.....	56
Kausalitet og validitet.....	56
Tverrsnittundersøkelser.....	56
Validitet av PTSD diagnoser.....	57
Kombiditet versus kompleks PTSD (DESNOS).....	58
Kombiditet til andre psykiske lidelser.....	59
Problemstilling (2): Hvordan kan voldsrelatert PTSD hos mødre påvirke omsorgsevne?.....	60
Svakheter ved forskningen.....	61
Lite forskning på voldsutsatte mødres omsorgsevne.....	61
Lite systematisering i forskningen.....	61

Tverrsnittundersøkelser.....	62
Manglende kontrollgruppe.....	62
Komorbiditet til depresjon versus kompleks PTSD (DESNOS).....	62
Mødres omsorgsevne etter at volden har opphørt.....	63
Implikasjoner og videre forskning.....	64
Konklusjon.....	66
Referanser.....	68

Innledning

Voldsutsatte mødres omsorgsevne og voldseksponerte barn

I løpet av de siste tiårene har et større fokus blitt rettet mot barn som er eksponert for vold i hjemmet. Det å være eksponert for vold inkluderer å se eller høre voldelige hendelser, direkte involvering (for eksempel å gå imellom eller å ringe politiet), eller å oppleve det som følger i kjølvannet av volden (for eksempel å observere blåmerker, skader eller psykiske lidelser hos mor) (Fantuzzo & Mohr, 1999). Det har blitt hevdet at det å være eksponert for vold mellom foreldre kan være minst like skadelig for barnet som det å være utsatt for vold selv (Isdal, 2002b).

En av årsakene til at det å være eksponert for vold kan være skadelig for barn handler om at volden kan ha skadelige konsekvenser for mor, noe som gjør henne mindre i stand til å ta seg av barna og ivareta deres behov (Samuelson & Cashman, 2008). Det kan tenkes at en voldsutsatt mor kan være skadet på en måte som også rammer hennes omsorg overfor barna. Da vil det være nødvendig med et fokus på mor og hennes psykiske lidelser for å hjelpe voldseksponerte barn. Det å få slutt på volden er det første og viktigste målet for å kunne hjelpe voldseksponerte barn og deres voldsutsatte mødre. Videre kan man spørre hva som skjer etter at mor og barn eventuelt har flyttet for seg selv og bort fra voldsutøver. Det kan tenkes at volden kan ha konsekvenser selv etter at den har opphørt. Det kan tenkes at psykiske lidelser hos mor er en konsekvens av volden som kan være ved, og som kan ha konsekvenser for mors omsorgsevne over tid. For å kunne tilby voldseksponerte barn best mulig hjelp er det viktig å undersøke hvordan volden kan påvirke mors omsorgsevne. Dersom det viser seg at volden kan påvirke barna ved at mors omsorgsevne blir skadet, er det tenkelig at

behandling av mors psykiske lidelser bør være et sentralt tiltak i arbeidet med voldseksponerte barn.

Bakgrunn og siktemål

En gjennomgang av forskningen viser at eksponering for intim partnervold kan ha en skadelig effekt på barns fungering (Edelson, 1999; Fantuzzo & Mohr, 1999). Studier som benytter Child Behavior Checklist (CBCL) og lignende har funnet at barn som er eksponert for vold i hjemmet har mer aggressiv og antisosial atferd (problemer med eksternalisert atferd), mer inhibert og engstelig atferd (problemer med internalisert atferd), og viser lavere sosial kompetanse enn andre barn (Edelson, 1999; Fantuzzo & Mohr, 1999). Barn som er eksponert for vold i hjemmet har vist seg å ha mer problemer i forhold til angst, selvtillit, depresjon, sinne og temperament enn barn som ikke er eksponert for vold i hjemmet (Edelson, 1999; Fantuzzo & Mohr, 1999). Forskningen tyder også på at barn som er eksponert for vold, selv lærer å bruke vold (Edelson, 1999). Det ser videre ut til at det å være eksponert for vold kan få konsekvenser for barns kognitive utvikling (Edelson, 1999). Barn som er eksponert for vold i hjemmet har dårligere konsentrasjon, vanskeligheter med skolearbeid og signifikant lavere skårer på verbale, motoriske og kognitive mål (Fantuzzo & Mohr, 1999). Forskning viser samtidig at barn fra voldelige familier ofte har med seg volden og voldsrollen til deres egne intime forhold i voksen alder (Edelson, 1999).

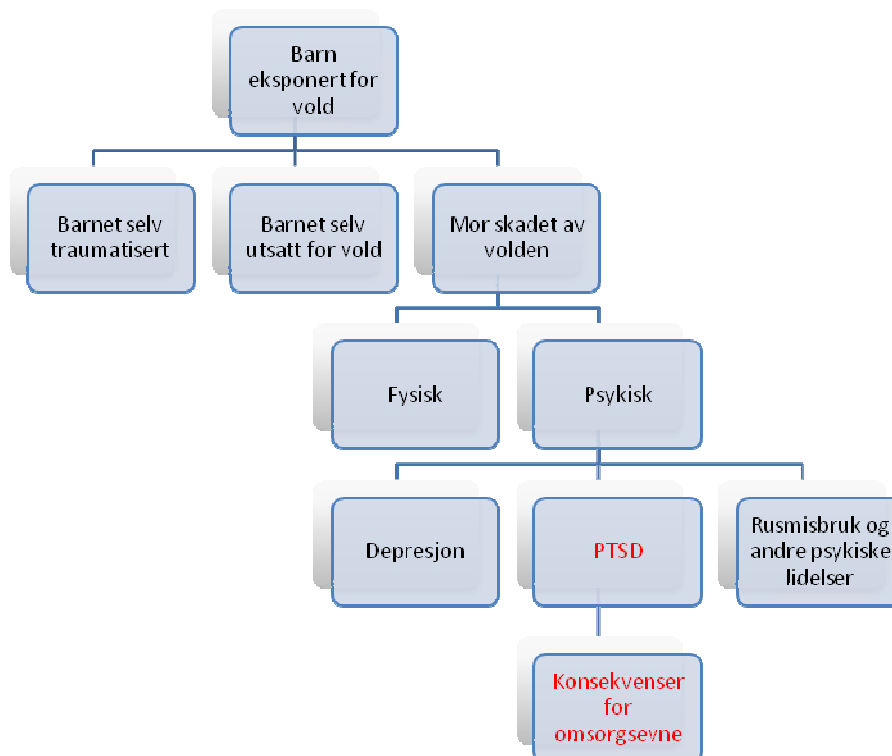
Det finnes ulike forklaringer på hvorfor barn av voldsutsatte mødre utvikler psykologiske og atferdsmessige vansker. Barn kan bli traumatiserte av å være eksponert for vold (Samuelson & Cashman, 2008). Barn som har vært vitne til vold mellom foreldrene har større sannsynlighet for å utvikle posttraumatisk stress lidelse (PTSD) i forhold til barn som ikke har vært vitne til vold mellom foreldre (Margolin & Gordis,

2000). En undersøkelse av Graham-Bermann, DeVoe, Mattis, Lynch, og Thomas (2006) blant 218 voldseksponerte barn mellom 5 og 13 år, viser at mellom 17 % og 33 % av barna ble diagnostisert med PTSD. I en undersøkelse av Graham-Bermann og Levendosky (1998) ble det funnet at 13 % av 64 voldseksponerte barn tilfredsstilte kriteriene for PTSD diagnose, mens 52 % hadde påtrengende minner, 19 % hadde symptomer på unngåelse og 42 % hadde symptomer på autonom hyperaktivitet.

Samtidig er det mer sannsynlig at voldseksponerte barn selv er utsatt for vold (Samuelson & Cashman, 2008). En gjennomgang av forskningen viser at mellom 45 % og 70 % av barna som var eksponert for intim partnervold var ofre for vold selv (Samuelson & Cashman, 2008). I en meta-analyse av Appel og Holden (1998) ble det funnet at både mor og barn var utsatt for vold i mellom 20 % og 100 % av tilfellene i kliniske utvalg.

Det kan som nevnt også tenkes at det å være eksponert for vold ikke bare påvirker barna direkte, men også indirekte ved at mor som er utsatt for volden blir skadet – ikke bare fysisk, men også psykisk. Det kan tenkes at det å være utsatt for intim partnervold vil være forbundet med en rekke psykiske lidelser, særlig PTSD og depresjon. Det kan videre tenkes at voldsrelaterte psykiske lidelser, som PTSD, kan ha en negativ effekt på mødres omsorgsevne. Forskning på psykiske lidelser hos mødre og hvordan disse påvirker omsorgsevne har i hovedsak vært rettet mot depresjon hos mødre (Cohen, Hien, & Batchelder, 2008). Cohn, Campbell, Matias, og Hopkins (1990) fant i sin studie at depressive mødre manifesterte et høyere nivå av irritabilitet mot barna, og hadde flere negative foreldre-barn interaksjoner. Det finnes imidlertid mindre forskning som undersøker effekten av PTSD på mødres omsorgsevne. PTSD er i følge Samuelson og Cashman (2008) en av de mest alvorlige konsekvenser for voldsutsatte kvinner.

Fordi det finnes lite forskning på intim partnervold, PTSD og omsorgsevne vil det først bli gjort en litteraturgjennomgang av sammenhengen mellom intim partnervold og PTSD hos kvinner, og deretter en gjennomgang av forskningen på hvordan PTSD kan påvirke voldsutsatte mødres omsorgsevne. Fokus for oppgaven kan oppsummeres slik (Figur 1):



Figur 1: Oppsummering og fokus for oppgaven

Begrepsavklaring og definisjoner

Vold

Vold kan defineres på flere nivå. For det første kan en definisjon av vold aldri være helt nøytral eller objektiv. Når man definerer hva fenomenet vold innebærer, trekker man en grense for hva som bør regnes som normalt og tillatt, og hva som bør regnes som noe negativt og forbudt. De som anvender vide definisjoner av vold er blitt

kritisert for å konstruere og forstørre et sosialt problem, mens de som anvender mer snevre definisjoner kritiseres for å minimalisere problemer i forhold til vold (NOU, 2003). Et eksempel kan være hva som regnes som vold og hva som regnes som oppdragelse. Norge fikk i 1972 en lov som forbød all bruk av fysisk vold mot barn. I dag har 18 land i verden nedfelt dette i sitt lovverk, og Norge er dermed ett av få land som har forbudt all vold mot barn. De fleste andre land tillater dermed en viss voldsbruk overfor barn, som fysisk avstraffelse i oppdragelsen. Dette blir sannsynligvis ikke sett på som vold i disse landene. På denne måten ser man at definisjon av vold også er et verdispørsmål.

Ulike måter å definere vold på kan føre til vanskeligheter i forhold til generaliserbarhet og sammenligning av forskningsresultater. Dette kan igjen påvirke forskningens nytteverdi og kliniske betydning. Det å benytte en vid versus en mer snever definisjon av vold kan tenkes å påvirke resultater av for eksempel forekomst av vold i et samfunn. Hvordan vold defineres vil også kunne variere i forhold til profesjoner, for eksempel definisjon i et strafferettslig perspektiv versus et behandlingsperspektiv i helsevesenet.

Det finnes mange ulike definisjoner på vold. Noen definisjoner inkluderer kun fysiske handlinger (Kaminer, Grimsrud, Myer, Stein, & Williams, 2008; Seedat, Stein, & Forde, 2005), mens andre inkluderer andre typer handlinger som kontrollerende atferd og trusler (Fedovskiy, Higgins, & Paranjape, 2008). Isdal (2002a) ser vold som en funksjonell handling, og definerer vold på følgende måte: "Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil" (s. 36). I denne definisjonen er det tatt hensyn til at det ikke nødvendigvis

trenger å foreligge en *intensjon* om å skade andre. Et eksempel på dette kan være i tilfeller hvor foreldre benytter fysisk avstraffelse i barneoppdragelse, og som sannsynligvis tenker at dette ikke er for å skade barna, men tvert i mot gjøre dem til bedre personer. Isdal (2002a) deler volden inn i flere undergrupper, henholdsvis fysisk, seksuell, materiell, psykisk og latent vold. Felles for alle disse voldsformene er at det handler om *påvirkning gjennom påføring av noe vondt* (Isdal, 2002a).

Intim partnervold

I denne oppgaven benyttes begrepet *intim partnervold* om den volden som rammer kvinner i et partnerforhold. *Vold i nære relasjoner* er et annet begrep som ofte benyttes i denne sammenheng. Dette er imidlertid et videre begrep, og spesifiserer ikke at vold forekommer mellom partnere i et intimt forhold. Vold i nære relasjoner kan for eksempel også dreie seg om vold fra sønn til mor, eller mellom søsken. Intim partnervold blir dermed en form for vold i nære relasjoner. Familievold, relasjonsvold og kvinnemishandling er også lignende begrep. Disse begrepene gir alle assosiasjoner til en form for vold som forekommer innenfor rammene av noe som i utgangspunktet skal være et sted hvor man søker trygghet, glede og kjærlighet. Samtidig gir det assosiasjoner om en type vold som ofte er av en gjentakende karakter. Isdals (2002a) påstand om at vold i familien er en tilstand heller enn en handling blir dermed treffende. Personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner kan oppleve volden som kronisk tilstedeværende, fordi faren for ny vold alltid vil være en mulighet (Isdal, 2002b). Dette gjelder dermed også for intim partnervold.

Intim partnervold blir definert som fysisk eller seksuell vold, trussel om fysisk eller seksuell vold, eller psykisk vold fra en nåværende eller tidligere ektefelle eller partner, det vil si person som er eller har vært i et intimt forhold til offer (Saltzman,

2004). Fysisk mishandling kan involvere spark, slag og holding ("grabbing") (Chandra, Satyanarayana, & Carey, 2009). Psykisk mishandling kan inkludere undertrykking ("belittling"), fornærmelser og nedlatenhet, ydmyking, utroskap og neglisjering (Chandra et al., 2009). Seksuell vold er definert til å inkludere gjennomført eller forsøk på seksuelle handlinger uten offerets samtykke eller som involverer et offer som ikke er i stand til å samtykke eller nekte, eller seksuell mishandling uten fysisk kontakt (for eksempel voyeurisme, seksuell trakassering) (Saltzman, 2004).

Dutton (2009) skriver om at tvang og kontroll spiller en sentral rolle i forhold til intim partnervold. I følge Dutton har intim partnervold tidligere blitt definert som *et mønster av tvangsmessig kontroll* (Pence & Paymar, 1993), noe hun mener fremdeles er en relevant konseptualisering (Dutton, 2009).

Posttraumatisk stress lidelse (PTSD)

Posttraumatisk stress lidelse (PTSD) er et resultat av at tiden ikke har klart å lege alle sår (van der Kolk & McFarlane, 1996). Minner om traumet blir ikke integrert og akseptert som en del av ens fortid, men eksisterer i stedet isolert fra tidligere skjema og blir på denne måten dissosiert (van der Kolk & McFarlane, 1996). Ved PTSD blir fortiden gjenopplevd med sansemessig og emosjonell intensitet som fører til at offeret får følelsen av å oppleve traumet på nytt (van der Kolk & McFarlane, 1996).

I følge ICD-10 oppstår PTSD som en: "... forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse eller situasjon (av enten kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil fremkalle sterkt ubehag hos de fleste [...]" (WHO, 1992, s. 146). Typiske symptomer er i følge ICD-10 gjenopplevelse av traumet i påtrengende minner, drømmer eller mareritt, samtidig som at individet opplever en nummenhet og følelsesmessig avflating, distansering fra andre, nedsatt

reaksjoner på omgivelsene, anhedoni og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet (WHO, 1992). Stimuli som minner om traumet kan føre til akutte utbrudd av panikk eller aggresjon (WHO, 1992). Videre forekommer det vanligvis autonom hyperaktivitet og vaksomhet, lettskremthet og søvnløshet (WHO, 1992). Dette siste punktet bidrar ofte til diagnosen, men er i følge ICD-10 ikke den viktigste diagnostiske faktoren (WHO, 1992).

Mens ICD-10 legger størst vekt på de to første kjernesymptomene, gjenopplevelse av traumet og unngåelse av stimuli og situasjoner som kan vekke minner om traumet, legger DSM-IV i tillegg vekt på autonom hyperaktivitet i diagnostisering (DSM-IV, 1994).

I følge van der Kolk & McFarlane (1996) påvirker PTSD individers informasjonsprosessering på seks kritiske måter: (1) personen opplever vedvarende påtrengende minner (intrusjoner) som er relatert til traumet, og som interfererer med oppmerksomheten. Det kan i forbindelse med slike intrusjoner forekomme forvirring mellom fortid og nåtid. (2) Noen ganger eksponerer personen seg på en tvangspreget måte til situasjoner som vekker minner om traumet. Slik atferd er ikke inkludert i de diagnostiske kriteriene, verken i ICD-10 eller DSM-IV. Eksempler på slik atferd kan være voldsutsatte kvinner som tiltrekkes mishandlende menn eller seksuelt mishandlede barn som blir prostituerte senere i livet (van der Kolk & McFarlane, 1996). (3) Personen forsøker aktivt å unngå spesifikke stimuli som kan utløse traumerelaterte følelser, og det erfares en generell nummenhet. Dette viser seg ofte ved en manglende evne til å erfare glede og en generell tilbaketrekking fra hverdagen (van der Kolk & McFarlane, 1996). (4) Personen mister evnen til å modulere fysiologisk respons til stress generelt, som fører til nedsatt kapasitet til å benytte kroppslige signaler som ledetråd for handling.

Dette vises blant annet ved autonom hyperaktivitet, rastløshet og lettskremthet (van der Kolk & McFarlane, 1996). Denne økte aktivering fører til at personen er i en slags beredskap som om personen alltid er på vakt. Personen kan samtidig ha vanskeligheter med å skille mellom farlige og ufarlige stimuli. For å kompensere for denne økte aktivering kan personen vekselvis *lukke ned* (*shut down*) (van der Kolk & McFarlane, 1996). (5) Personen lider av generelle problemer med oppmerksomhet, distraherbarhet, og stimulusdiskriminering, som ved at de har vansker med å sortere mellom relevant og irrelevant informasjon. (6) Personen opplever endringer i psykologiske forsvarsmekanismer og i personlig identitet, noe som kan endre hvilken ny informasjon som velges som relevant (van der Kolk & McFarlane, 1996).

Komorbiditet

Det er funnet en høy komorbiditet mellom PTSD og andre lidelser som depresjon, angst, rusmisbruk, somatisering og en rekke Akse II lidelser (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). Creamer, Burgess, og McFarlane (2001) undersøkte 10 600 individer og fant at rundt 80 % av utvalget med PTSD hadde minst en annen diagnose; mest vanlig depresjon (major depressive disorder [MDD]) og alkoholmisbruk. Nesten 50 % av kvinner og nesten 60 % av menn med PTSD hadde to eller flere lidelser (Creamer et al., 2001). I de fleste tilfeller var PTSD den primære lidelsen blant de komorbide lidelsene, også i forhold til personlighetsforstyrrelser (Creamer et al., 2001). Studien konkluderte med at det er sjelden at PTSD forekommer alene, og at traumatiserte individer viser flere ulike konstellasjoner av depresjon, angst og somatisering (Creamer et al., 2001). Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, og Nelson (1995) fant at om lag 84 % av personer med PTSD også hadde en annen diagnose.

Kompleks PTSD (DESNOS)

Det blir trukket et skille mellom (1) PTSD som konsekvens av interpersonlige voldsrelaterte traumer (for eksempel intim partnervold), og (2) PTSD som konsekvens av andre typer traumer (for eksempel bilulykke, naturkatastrofer og lignende), når det gjelder spørsmålet om PTSD og omsorgsevne (Schechter et al., 2008). Syndromet kompleks PTSD (Herman, 1992) eller *disorder of extreme stress not otherwise specified* (DESNOS) (DSM-IV, 1994) har blitt foreslått som en alternativ og mer representativ måte å klassifisere individer med kumulative interpersonlige traumeerfaringer (van der Kolk et al., 2005). I følge Herman (1992) favner ikke de diagnostiske kriteriene for PTSD om de mer vedvarende og gjentakende traumene. Herman identifiserte tre diagnostiske kategorier som ofte kjennetegner symptombildet etter langvarig traumatisering, som ikke er omfattet av de klassiske diagnostiske kriteriene for PTSD, henholdsvis somatiske, dissosiative og affektive symptomer. DESNOS diagnosen inkluderer symptomer som kroniske vansker med emosjonell regulering, aggresjon mot en selv og andre, endringer i oppmerksomhet og bevissthet (dissosiering), somatisering, personlighetsmessig psykopatologi, endringer i meningssystem som fortvilelse og håpløshet, og tap av tidligere overbevisninger (van der Kolk & McFarlane, 1996; van der Kolk et al., 2005).

Studier av barn som har vært utsatt for fysisk og seksuelt misbruk, samt studier av kvinner som er eksponert for langvarig vold, rapporterer om en rekke psykologiske følgesymptomer som ikke dekkes av de diagnostiske kriteriene for PTSD etter DSM-IV (van der Kolk et al., 2005). Forskning på voldtektsofre, voldsutsatte kvinner og overlevende fra konsentrasjonsleirer har vist at det finnes signifikante langtidseffekter i forhold til oppmerksomhet, selvregulering og personlighetsstruktur (van der Kolk et al.,

2005). Psykiske problemer som ikke kommer inn under rammene for PTSD blir ofte sett på som komorbide lidelser, som om de har oppstått uavhengig av PTSD symptomene (van der Kolk et al., 2005). Van der Kolk et al. (2005) mener at det å omtale de psykiske problemene som tilsynelatende urelaterte komorbide forhold, kan føre til at traumerelaterte forstyrrelser kan forsvinne fra forskningen og at klinikere kan benytte behandlingsmetoder som er ineffektive. I van der Kolks et al. (2005) studie ble det funnet at traumer som forekommer over tid, som først forekommer i en tidlig alder, og som er av en interpersonlig karakter kan ha signifikante effekter på psykologisk fungering utover PTSD symptomatologi. Dette inkluderte blant annet problemer med affektregulering, aggresjon mot selv og andre, dissosiative symptomer, somatisering og personlighetspatologi (van der Kolk et al., 2005). I følge van der Kolk et al. (2005) forekommer disse symptomene som et tillegg til PTSD symptomer og ikke som separate, uavhengige symptomer (van der Kolk et al., 2005). Studien viste at desto yngre en var da traumene startet, desto mer sannsynlig var det at en fikk diagnostisert DESNOS symptomer i tillegg til PTSD, og desto lengre individer var eksponert for traumatiske hendelser, desto mer sannsynlig var det at en utviklet både PTSD og DESNOS (van der Kolk et al., 2005).

Barns utviklingsmessige behov

Utvikling handler om hvordan barn får sine fysiske, kognitive og personlighetsmessige egenskaper, og etablerer sine personlige relasjoner og sin plass i samfunnet. *Utviklingspsykologien* handler blant annet om barnets kognitive, emosjonelle og sosiale utvikling. Den intellektuelle, følelsesmessige og sosiale utviklingen er ikke uavhengige områder, men de ulike utviklingssystemene virker inn

på hverandre. For denne oppgaven er den emosjonelle og sosiale utvikling av størst relevans.

Emosjonell utvikling og emosjonsregulering

Emosjonell utvikling handler om emosjonell kunnskap og kompetanse, det vil si endringer i *forståelsen og bruk* av emosjonsuttrykk (Tetzchner, 2001). Emosjonene utgjør et organiserende system som er viktig i reguleringen av relasjoner til andre mennesker og til utvikling av selvforståelse (Tetzchner, 2001).

En viktig del av den emosjonelle utviklingen handler om *emosjonsregulering*; barnet lærer seg å regulere egne emosjoner i utfordrene situasjoner og unngå å gi uttrykk for følelser når sosiale forhold eller kulturelle normer krever det (Tetzchner, 2001). Emosjonsregulering handler om evnen til å regulere intensiteten på den emosjonelle opplevelsen og å kontrollere handlingsimpulser som følger av emosjonsopplevelsen (Tetzchner, 2001). Et barns evne til emosjonsregulering er lært gjennom interaksjon, og er avhengig av morens evne til å knytte bånd, og til å være en funksjonell modell for emosjonsregulering (Samuelson & Cashman, 2008). Det er tenkt at mor-barn relasjonen er en viktig mekanisme for hvordan et barn skal lære seg selvtrøst, å modulere sine egne emosjoner, og å forme sunne relasjoner med andre (Cassidy, 1994). Schechter et al. (2008) hevder at emosjonell regulering er en kritisk faktor for psykisk helse i tidlig barndom.

Sosiale relasjoner og tilknytning

Sosiale relasjoner er en annen viktig del av barns utvikling (Tetzchner, 2001). En normal utvikling innebærer at barnet tilegner seg sosiale og kulturelle ferdigheter, og at det lærer seg hvordan en relaterer seg til andre, og ulike måter å handle på (Tetzchner, 2001). Samtidig som barn tilegner seg kunnskap om verden rundt seg, lærer de også å

forstå seg selv (Tetzchner, 2001). I de fleste samfunn er det i familien barn etablerer sine første sosiale relasjoner, og i den sammenheng snakkes det gjerne om tilknytning.

Tilknytning refererer til et biologisk basert atferdssystem, som under truende betingelser eller situasjoner gjør det mulig for spedbarnet å søke trygghet gjennom nærhet til mor (Bowlby, 1969). I seks til syv månedersalderen begynner barnet å fortrekke en bestemt person, uavhengig av om denne personen har gitt barnet tilstrekkelig fysisk omsorg (Bowlby, 1969). Tilknytningsteori handler dermed om de prosessene som resulterer i et psykologisk bånd mellom barnet og dets nærmeste omsorgspersoner. På bakgrunn av fremmedsituasjonen ble tilknytning først delt inn i tre kategorier, som alle karakteriserer kvaliteten på den spesifikke relasjonen mellom tilknytningsperson og barn (Ainsworth, 1978). Disse tre kategoriene er *trygg tilknytning* (B), *utrygg og unnvikende tilknytning* (A), og *utrygg og ambivalent tilknytning* (C) (Ainsworth, 1978). Kategori (A) blir kalt unnvikende fordi spedbarnet aktivt unngår å søke omsorgspersonens oppmerksomhet og unngår nærhet til omsorgsgiver (Liotti, 2000). Kategori (B) kalles trygg tilknytning fordi spedbarnet, som protesterer ved atskillelse, kan lett trøstes av omsorgsperson etter atskillelse (Liotti, 2000). Kategori (C) kalles ambivalent fordi spedbarnet, som protesterer ved atskillelse, fortsetter å gi uttrykk for stress når omsorgsgiver forsøker å gi trøst ved gjenforening (Liotti, 2000).

I en meta-analyse gjennomført av van IJzendoorn og Kroonenberg (1988) ble det funnet at ca. 65 % hadde en trygg form for tilknytning, ca. 20 % hadde en utrygg og unnvikende tilknytningsform, mens 10 % til 15 % hadde en utrygg og ambivalent tilknytningsform.

Senere ble det lagt til en fjerde kategori, desorganisert tilknytning (D). Dette på bakgrunn av at ikke alle barna kunne klassifiseres i de tre andre kategoriene. Barn som

er desorganiserte i tilknytningen har tegn på konflikt og desorientert atferd i en grad som tyder på at barnet mangler en tilknytningsstrategi når det blir lei seg (Smith, 2002). Man ser ofte motstridende atferdsmønstre etter hverandre i tid, eller samtidig motstridende atferdsmønstre. Man kan også blant annet se tegn på at barnet er redd den voksne, fastfrysing av bevegelser eller stereotypier (Smith, 2002). Barn som er desorganiserte i tilknytningen kan vise atferd i overensstemmelse med noen av de tre andre kategoriene, men de har i tillegg tydelige eller flere av de nevnte kjennetegnene på kategori D (Smith, 2002). I normale middelklasse familier utvikler ca. 15 % av spedbarn desorganisert tilknytningsatferd (van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). I andre sosiale kontekster og i kliniske grupper kan denne prosentandelen være to og gjerne tre ganger høyere (som for eksempel i tilfeller av mishandling) (van IJzendoorn et al., 1999).

Bowlby (1969) foreslo at sikker tilknytningen er avhengig av spedbarns opplevelse av sine mødre, særlig i forhold til deres emosjonelle responsivitet og fysiske nærhet under stress, og fysisk tilgjengelighet under utforskning. For å kunne forme en sikker tilknytning, må mødre oppfatte barnets emosjonelle signaler, respondere på dem på en sensitiv måte, vise hengivenhet og akseptere spedbarnets atferd og følelser (Cohen et al., 1999).

Det er en vanlig antagelse at spedbarn som har trygg tilknytning er i stand til å regulere sine emosjoner og har en følelse av indre tillit og mestringstro (Cohen et al., 1999). Samtidig er barn med trygg tilknytning mer nysgjerrige og ivrige etter å utforske miljøet rundt seg, noe som blant annet bidrar til den kognitive utviklingen (Cohen et al., 1999). Dette er et eksempel på hvordan de ulike aspektene ved barns utvikling er flettet sammen og er avhengige av hverandre.

Omsorgsevne

Omsorgsevne er et begrep som er nært knyttet til barnets utviklingsmessige behov, og det er vanskelig å snakke om det ene uten å snakke om det andre.

Omsorgsevne handler om å svare på barnets utviklingsmessige behov. Dersom omsorgsperson feiler i å respondere på barnets behov, kan dette få utviklingsmessige konsekvenser for barnet, i form av for eksempel utrygg eller desorganisert tilknytning, eller konsekvenser for barnets kognitive, emosjonelle eller sosiale utvikling for øvrig.

Solomon og George (1996) har utviklet en modell for omsorg, hvor de hevder at det finnes et biologisk forankret atferdssystem for omsorg hos foreldre. De foreslår at omsorg er organisert som et målrettet atferdssystem som er gjensidig i forhold til tilknytningssystemet (Solomon & George, 1996). I følge Solomon og George består et atferdssystem av koordinert atferd som er ment å oppnå et spesifikt mål og som har en adaptiv funksjon. Omsorgssystemets mål er å holde barna i nærheten og i trygghet, mens den adaptive funksjonen er å beskytte barnet (Solomon & George, 1996). Omsorgssystemet er formet slik at det tilpasser beskyttelsen av barnet i forhold til utvikling og individuelle behov hos barnet (Solomon & George, 1996). Omsorgssystemet styres av indre representasjoner eller mentale modeller av omsorg som har sine røtter i tidligere erfaringer knyttet til omsorgspersoner og tilknytning (Solomon & George, 1996). Den voksnes mentale modell av omsorg vil allikevel kunne være forskjellig fra disse tidlige erfaringene, da senere erfaringer i ungdomsalder og voksenalder også er av betydning (Solomon & George, 1996). Det kan dermed tenkes at omsorgssystemet kan bli truet av erfaringer som traumer i mors oppvekst, ungdomstid eller voksne liv.

Solomon og George (1996) sammenligner omsorgssystemet med et barns

tilknytningssystem som *slår seg på* når et barn blir redd eller urolig og som *slår seg av* når barnet er i trygghet. Omsorgssystemet vil *slå seg på* når foreldrene blir urolige eller engstelige for at barnet ikke er i trygghet, og det vil *slå seg av* når de får bekreftelse på at barnet er beskyttet for fare.

Mennesket har flere slike atferdssystemer som alle er rettet inn mot å oppnå spesifikke mål (Solomon & George, 1996). En mor kan for eksempel i tillegg til å være en omsorgsperson være en arbeider, ektefelle, mor til andre barn eller barn til sine egne foreldre. En forelder må dermed balansere målet om å beskytte barnet sitt med andre mål (Solomon & George, 1996). Solomon og Georges (1996) omsorgsmodell fremhever hvor sterk motivasjonen hos mor er til å beskytte barnet sitt, og at et sammenbrudd i omsorgssystemet kan sette barnet i en situasjon uten omsorg og beskyttelse, og kan ses i sammenheng med utvikling av desorganisert tilknytning hos barnet (Solomon & George, 1996).

Forekomst

Intim partnervold er et problem av betydelig omfang i de fleste samfunn, og som utgjør et alvorlig samfunnsproblem. I mange av parforholdene hvor det forekommer vold er det også barn tilstedet. Mange av disse barna blir eksponert for vold i hjemmet, og slik kan volden ramme hele familien. Det vil i fortsettelsen bli presentert noen funn av forekomst av intim partnervold opplevd av kvinner og barns eksponering for volden.

Intim partnervold

Som nevnt kan ulike definisjoner av intim partnervold føre til forskjeller i beregningen av forekomst. I følge Tjaden og Thoennes (2000) varierer slike beregninger av gifte eller samboende kvinners utsatthet for intim partnervold i løpet av livet mellom

9 % og 30 %. Studier som undersøker forekomst av intim partnervold blant kvinner i det siste året kommer frem til mellom 8 % og 12 % (Tjaden & Thoennes, 2000). I en studie av Tjaden og Thoennes (2000) blant 7 278 kvinner fra "the National Violence Against Women Survey" (NVAWS), rapporterte 4,5 % av kvinnene om at de hadde blitt voldtatt av en nåværende eller tidligere samboende partner. Ca. 20 % av kvinnene rapporterte om fysiske overgrep, og ca. 4 % rapporterte om forfølgelse fra nåværende eller tidligere samboende partner (Tjaden & Thoennes, 2000). 1,4 % av kvinnene rapporterte om fysiske eller seksuell overgrep, eller forfølgelse fra en nåværende eller tidligere samboende partner, i løpet av de siste 12 månedene før undersøkelsen (Tjaden & Thoennes, 2000). Schafer, Caetano, og Clark (1998) fant at mellom ca. 5 % og 14 % av kvinner var utsatt for intim partnervold fra sin partner.

Det har vært svært få norske forekomstundersøkelser av intim partnervold. I en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (Pape & Stefansen, 2004), kommer det frem at av 2 304 kvinner var 6 % utsatt for voldstrusler (trusler om vold slik at man ble redd, trusler om å bli skadet og/eller drapstrusler) fra en partner og 9 % fra en tidligere partner. 6 % av kvinnene var utsatt for fysisk vold (vold som ga synlige merker eller fysisk skade, vold som medførte smerter dagen etter, eller det å ha blitt banket opp slik at man trengte legehjelp) fra partner, og 7 % fra tidligere partner (Pape & Stefansen, 2004). 2 % av kvinnene var utsatt for både voldstrusler og fysisk vold fra partner, og 5 % fra tidligere partner (Pape & Stefansen, 2004).

Barns eksponering for vold

Intim partnervold kan også ramme barn i familien. En norsk undersøkelse gjennomført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), viser at 7 % av ungdommene i utvalget ($n = 6\,537$) oppga minst ett tilfelle av vold mot

mor hvor far eller stefar mest sannsynlig var utøver (Mossige & Stefansen, 2007). Rundt 2 % av ungdommer hadde vokst opp med far eller stefars *grove* vold mot mor over en kortere eller lengre periode (Mossige & Stefansen, 2007). Grov vold inkluderte her det å se eller høre mor bli slått med knyttneve og/eller bli slått med gjenstand, få bank/juling, samt bli utsatt for noe annet voldelig (Mossige & Stefansen, 2007).

Fedovski et al. (2008) fant at 48 % av deltakerne som hadde vært utsatt for intim partnervold rapporterte at de hadde barn i hjemmet. I en undersøkelse av Fantuzzo, Boruch, Beriama, Atkins, og Marcus (1997) ble det funnet at mellom 20 % og 50 % av barna til 2 402 voldsutsatte mødre hadde vært eksponert for vold i hjemmet. En stor mengde (mellom 6 % og 27 %) av disse barna var involvert i voldsepisodene på en direkte måte, det vil si at de enten ringte etter hjelp, ble identifisert som den utløsende årsaken til at volden oppstod eller at de selv ble fysisk mishandlet av voldsutøver (Fantuzzo et al., 1997). Dette sier noe om at barn ofte er mer enn ”bare” vitner til volden som forekommer mellom foreldre.

Avgrensning og problemstilling

Utgangspunktet for oppgaven er voldseksponerte barn. Fokus for oppgaven vil være rettet mot voldsutsatte mødres omsorgsevne og hvordan dette kan være skadelig for barna. Dermed blir det ikke sett direkte på hvilke konsekvenser volden kan ha for barna, men indirekte ved at mors omsorgsevne blir skadet.

Det vil i denne oppgaven hovedsaklig fokuseres på PTSD, og det vil ikke bli gått i dybden på depresjon eller andre psykiske lidelser hos mor som er forbundet med det å være utsatt for intim partnervold. Forskningen antyder imidlertid at det finnes en høy komorbiditet mellom PTSD og psykiske lidelser som depresjon og alkoholmisbruk (Kessler et al., 1995). Det vil dermed være vanskelig å sette et klart skille mellom PTSD

og andre psykiske lidelser som for eksempel depresjon. Som en avgrensning vil det bli sett på komorbiditet mellom PTSD og depresjon, og ikke andre psykiske lidelser som rusmisbruk eller angst. Det vil i tillegg ses på hvorvidt forskningen på intim partnervold og PTSD undersøker for kompleks PTSD (DESNOS).

Det vil videre kun fokuseres på kvinner i denne oppgaven. Det meste av forskningen på intim partnervold og psykiske lidelser gjelder kvinner. Det samme gjelder forskning angående PTSD og omsorgsevne. Forskning på intim partnervold og kjønnsretning av volden viser imidlertid sprikende resultater (Stets & Straus, 1989). Det kan dermed tenkes at det også er viktig å undersøke intim partnervold blant menn, selv om dette ikke vil være tema her. For eksempel antyder resultatene fra en studie av Stets (1990) at kvinner utøver like mye, eller mer fysisk aggresjon mot intim partner, sammenlignet med menn. Tjaden og Thoennes (2000) fant imidlertid at gifte eller samboende kvinner rapporterte om signifikant mer intim partnervold som voldtekt, fysiske overgrep og forfølgelse (stalking), sammenlignet med gifte eller samboende menn. Kvinner rapporterte i tillegg om hyppigere og mer vedvarende intim partnervold, større frykt for fysisk skader, mer tid borte fra jobb, flere skader, og mer bruk av medisinsk eller psykologisk hjelp og hjelp fra rettsystemet som følge av volden (Tjaden & Thoennes, 2000). Det er også funnet at forskjellen i forekomst av fysiske overgrep opplevd av kvinner og menn øker desto mer alvorlig overgrepene er (Arias, 2000). Kvinner hadde for eksempel 2 til 3 ganger høyere sannsynlighet for å bli dyttet eller holdt ("grabbed"), mens de hadde 7 til 14 ganger høyere sannsynlighet for å være oppbanket, kvalt, eller at partner hadde truet om bruk eller brukt våpen, eller forsøkt å drukne dem, sammenlignet med menn (Arias, 2000). Det ser dermed ut til at menns vold mot kvinner ofte er av en mer alvorlig og vedvarende karakter, sammenlignet med

kvinneres vold mot menn, og at menns vold mot kvinner dermed kan ha større konsekvenser for kvinners fysiske og psykiske helse enn kvinners vold mot menn. Samtidig kan det hende at det finnes en stor underrapportering blant voldsutsatte menn, og at dette kan påvirke resultatene fra forekomstundersøkelser. Det er dermed ikke sikkert at forskningen gir et nøyaktig bilde av voldsretningen mellom menn og kvinner. Dette er et tema som imidlertid faller utenfor denne oppgaven.

Oppgavens utgangspunkt er en hypotese om at intim partnervold kan føre til PTSD hos kvinner, og at voldsrelatert PTSD kan påvirke mødres omsorgsevne. Dette er formulert i to problemstillinger:

1. Finnes det en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD hos kvinner?
 - a. Hvorvidt omfatter en slik sammenheng komorbiditet til depresjon?
 - b. Hvorvidt omfatter en slik sammenheng kompleks PTSD (DESNOS)?
2. Hvordan kan PTSD hos mødre påvirke omsorgsevne?

Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie som undersøker sammenhengen mellom intim partnervold og PTSD hos kvinner, og hvordan voldsrelatert PTSD hos mødre påvirker omsorgsevne overfor barna. Det ble foretatt søk i psykologiske og medisinske databaser for å finne litteraturen som er publisert i forbindelse med de to problemstillingene.

Inklusjonskriterier

Søkene ble utført med den hensikt å finne empiriske studier som kan belyse de to problemstillingene. I forhold til den første problemstillingen ble de empiriske studiene som undersøkte sammenhengen mellom intim partnervold og PTSD hos

kvinner inkludert. I forhold til den andre problemstillingen ble de empiriske studiene, samt noen få kvalitative beskrivelser som undersøkte ulike aspekter ved PTSD og omsorgsevne hos mødre inkludert. Alle treff som hadde titler som antydte et tema som var relevant i forhold til problemstillingene ble sett nærmere på ved å lese sammendraget, og på bakgrunn av dette ble det vurdert om artikkelen skulle inkluderes i oppgaven. Ved tvilstilfeller ble artiklene lest i sin helhet og vurdert på bakgrunn av det.

I forhold til den første problemstillingen ble artikler fra 1999 til nåtid inkludert. Referanselistene i de identifiserte artikler ble gjennomgått, for å sjekke hvorvidt det fantes litteratur som ikke ble dekket av de identifiserte artikler fra denne tiårsperioden.

I forhold til den andre problemstilling ble det ikke satt noen begrensninger i forhold til årstall, da det her finnes mindre forskning. Referanselistene til de identifiserte artikler ble gjennomgått også i forbindelse med den andre problemstillingen.

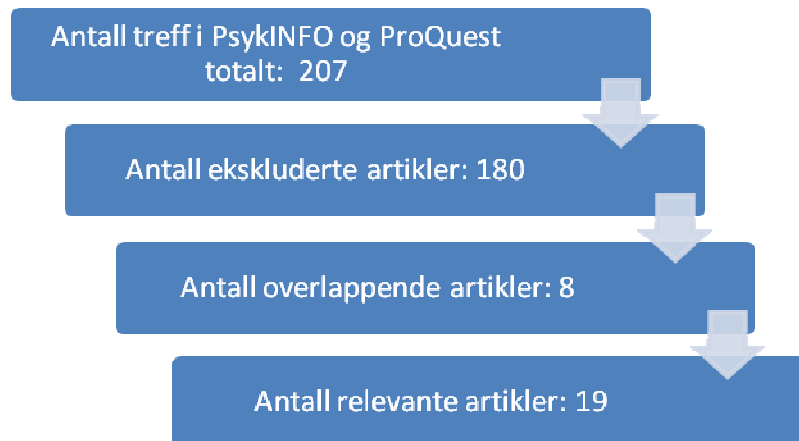
Eksklusjonskriterier

Kun artikler ble inkludert i litteraturgjennomgangen, mens bøker, dissertasjoner, bokkapitler og lignende ble utelatt, samt artikler på annet språk enn norsk, dansk, svensk, og engelsk. Videre ble kun artikler som omhandlet voldsrelatert PTSD inkludert i den andre problemstillingen. Med voldsrelatert PTSD menes PTSD etter for eksempel intim partnervold, vold i barndommen, krigsrelaterte hendelser og andre former for vold. Artikler som omhandlet PTSD etter andre traumatiske hendelser ble utelatt. Dette ble gjort på bakgrunn av det skillet som blir trukket mellom voldsrelatert PTSD og PTSD etter andre traumatiske hendelser i forbindelse med omsorgsevne.

Prosedyre for søk

Søkene ble utført i databasene PsycINFO og ProQuest (inkludert databasene Academic Research Library, ProQuest Medical Library [Medline] og Proquest Psychology Journals). De artiklene som kunne brukes ble lagret eller skrevet ut, og organisert etter tall. Artiklene ble så gjennomgått i sin helhet, og resultatene ble presentert og gjennomgått i resultatdelen av oppgaven.

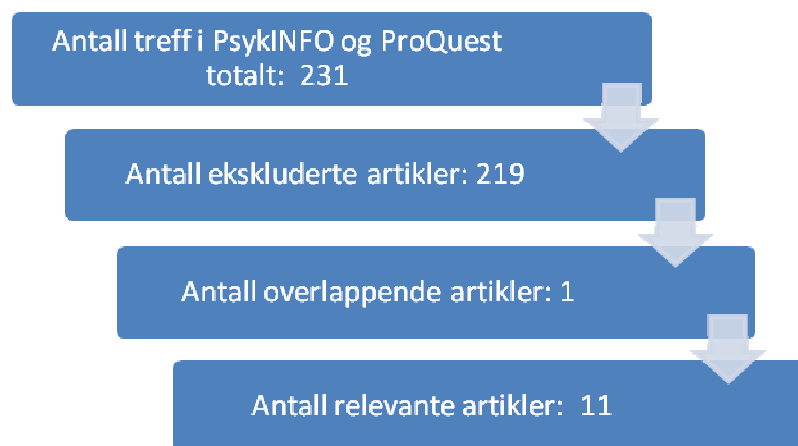
For den første problemstillingen ble søkeordene *posttraumatic stress disorder* kombinert med *intimate partner violence* (1999 til i dag). Søkene ga 207 treff totalt i de to databasene. Av disse var 19 relevante i forhold til oppgavens problemstilling, åtte var overlappende, og 180 ble ekskludert på bakgrunn av årsaker som manglende relevans, feil språk eller form. Det var ingen av artiklene fra referanselistene i de 19 identifiserte artiklene som ble inkludert i oppgaven. Dette på bakgrunn av at eldre litteratur ikke tilførte noe annet enn det som allerede ble funnet i de 19 identifiserte artiklene.



Figur 2: Oversikt over litteratursøk og seleksjon av artikler til problemstilling 1.

For den andre problemstillingen ble søkeordene *posttraumatic stress disorder* kombinert med *mothers / mother-child relations / parental attitude / parental role* i

databasen PsycINFO (det vil si at artiklene inneholder søkeordet PTSD og ett av de fire andre søkeordene). I databasen ProQuest ble søkeordene *posttraumatic stress disorder* kombinert med *parenting*. Grunnen til at det ble benyttet ulike søkeord i de to databasene var at de samme søkeordene som ble benyttet i PsykINFO (*mothers / mother –child relations / parental attitude / parental role*) ga over 4 500 treff (4 568) i ProQuest. Dermed ble søkeordet *parenting* benyttet for å begrense søket i ProQuest. Det ble benyttet flere søkeord i PsykINFO for å utvide søket, da dette ga flere treff enn ved kun å benytte søkeordet *parenting*. Søket i databasen ProQuest ble begrenset til kun å inkludere fulltekst artikler, og bokanmeldelser, dissertasjoner og avisartikler ble ekskludert fra søket. Søkene i de to databasene ga totalt 231 treff, henholdsvis 158 og 73. Av disse var 11 artikler relevante i forhold til den andre problemstillingen, henholdsvis 10 og 1. Det fantes en overlappende artikkel, mens resten ble ekskludert på bakgrunn av årsaker som manglende relevans, feil språk eller form. Artikler fra referanselistene til de identifiserte artikler ble også benyttet dersom de var relevante for problemstillingen.



Figur 3: Oversikt over litteratursøk og seleksjon av artikler til problemstilling 2.

Resultat

Problemstilling (1): Finnes det en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD hos kvinner?

Resultatene for den første problemstillingen er sammenfattet i tabell 1. En grundig oppsummering av resultatene blir gjort etter tabellen.

Tabell 1

Problemstilling (1): Finnes det en sammenheng mellom intim partnervold (IPV) og PTSD hos kvinner?

Studie	Årstall	Utvalg	Prosedyre	Instrumenter	Definisjon av IPV	Resultater i forhold til problemstilling
Chandra, Satyanarayana & Carey	2009	105 indiske kvinner fra psykiatrisk poliklinikk	Spørre-skjema og strukturert intervju	Et strukturert intervju om sosiodemografiske variabler, the Index of Spouse Abuse (ISA), the Sexual Experiences Scale (SES), the Beck Depression Inventory (BDI), Post-Traumatic Symptom Checklist (PCL)	Fysisk, psykisk og seksuell vold	14 % av kvinnene som rapporterte om IPV oppfylte kriteriene for PTSD diagnose. 20 % havnet like under grensen for klinisk PTSD. En signifikant positiv korrelasjon mellom PTSD og alvorlighetsgrad av fysisk mishandling ($r = .51$) og psykisk mishandling ($r = .65$), etter at det ble kontrollert for depresjon. Alvorlighetsgrad av seksuell tvang og skårer på PTSD var signifikant korrelert ($r = .39$). Majoriteten av kvinnene som rapporterte om IPV oppfylte i tillegg kriteriene for en depresjonsdiagnose.
Lilly & Graham-Bermann	2009	120 voldsutsatte kvinner mellom 21 og 55 år. 78 = europeisk-amerikanske, 42 = afro-amerikanske	Intervju	Posttraumatic Stress Scale for Family Violence, Beck Depression Inventory, Rosenberg Self-Esteem Scale, Conflict Tactics Scale, Severity of Violence Against Women Scale.	Fysisk, psykisk og seksuell vold	Høyere forekomst av fysisk og psykisk IPV predikerte høyere forekomst av PTSD symptomer. Afro – amerikanske kvinner rapporterte færre symptomer av posttraumatisk stress til tross for tilstedeværelsen av flere risikofaktorer.
Kaminer, Grimsrud, Myer, Stein, & Williams	2008	2 550 kvinner fra Sør-Afrika	Intervju	Listen over traumatiske hendelser fra PTSD modulen i the World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI), Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	Fysisk vold	14 % av kvinnene i undersøkelsen hadde vært utsatt for IPV. IPV var dermed den vanligste formen for vold som kvinner opplevde i dette utvalget. På befolkningsnivå var intim partnervold assosiert med flest tilfeller av PTSD blant kvinner (0,4 %).

Tabell 1 (fortsettelse)

Problemstilling (1): Finnes det en sammenheng mellom intim partnervold (IPV) og PTSD hos kvinner?

Studie	Årstall	Utvalg	Prosedyre	Instrumenter	Definisjon av IPV	Resultater i forhold til problemstilling
Rodriguez et al.	2008	210 gravide, latin-amerikanske kvinner	Intervju	Abuse Assessment Screen, the Mastery Scale, the Resilience Scale, the Medical Outcomes Study Social Support Survey, the Perceived Stress Scale (PSS-4), the Trauma History Questionnaire 53, the Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire, the Beck Depression Inventory Fast Screen (BDI-FS), the PTSD Checklist, civilian version (PCL-C)	Fysisk, psykisk og seksuell vold	Signifikant flere kvinner som var eksponert for IPV oppfylte kriteriene for en PTSD diagnose, sammenlignet med kvinner som ikke var utsatt for intim partnervold (henholdsvis 16 % og 7,6 %, $p < .001$). Resultatene antyder et dose – respons forhold mellom intim partnervold og PTSD. Signifikant flere kvinner som var eksponert for IPV oppfylte kriteriene for depresjon, sammenlignet med kvinner som ikke var utsatt for intim partnervold (henholdsvis 41 % og 18,6 %, $p < .001$)
Mechanic, Weaver, & Resick	2008	413 voldsutsatte, hjelpsøkende kvinner	Intervju, og spørreskjema	Psychological Maltreatment of Women Inventory–Abbreviated Version (PMWI), Revised Conflict Tactics Scale–2 (CTS-2), The Stalking Behavior Checklist (SBC), The Standardized Battering Interview, The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS), Beck Depression Inventory–Second Edition (BDI-II), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV)	Fysisk, psykisk og seksuell vold og forfølgelse	Flertallet av deltagerne rapporterte om moderat til alvorlig (45 %) og alvorlig (31 %) PTSD. 5,9 % hadde milde symptomer og 17,9 % hadde moderate symptomer. Et lignende mønster for depresjon (31,8 % moderate, 39,6 % alvorlige, 13,4 % minimale og 15,1 % milde symptomer). Høy komorbiditet mellom PTSD og depresjon ($r = .67$, $p < .001$). Psykisk mishandling og forfølgelse predikerte PTSD og depressive symptomer, etter at det ble kontrollert for effekten av fysisk vold, fysiske skader og seksuell tvang.

Tabell 1 (fortsettelse)

Problemstilling (1): Finnes det en sammenheng mellom intim partnervold (IPV) og PTSD hos kvinner?

Studie	Årstall	Utvalg	Prosedyre	Instrumenter	Definisjon av IPV	Resultater i forhold til problemstilling
Lindgren & Renck	2008	14 voldsutsatte kvinner fra Sverige	Kvalitative dybde - intervju, kvantitative mål	Impact of event scale revised (IES-R), symptom checklist-90-R (SCL-90-R), sense of coherence (SOC scale)	Fysisk, psykisk og seksuell vold	12 av de 14 kvinnene hadde symptomer på PTSD. 11 av kvinnene hadde alvorlige PTSD symptomer. Resultatene fra intervjuene og fra SCL – 90 – R bekreftet kompleks PTSD og DESNOS, for eksempel gjennom deltakernes følelser skam og skyld, tanker om død og deres psykosomatiske symptomer.
Fedovskiy, Higgins, & Paranjape	2008	105 latin-amerikanske kvinner, rekruttert fra helseklinikk	Strukturert intervju	The Index of Spouse Abuse (ISA), the Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	Fysisk og psykisk vold	Kvinnene som hadde vært utsatt for IPV hadde omtrent tre ganger høyere sannsynlighet for å tilfredsstille kriteriene for en PTSD diagnose, sammenlignet med kvinner som ikke hadde vært utsatt for IPV. De kvinnene som tilfredsstilte kriteriene for PTSD hadde ti ganger høyere sannsynlighet for å ha en komorbid depresjon (MDD).
O'Campo et al.	2006	To populasjonsutvalg: (1) Sivile kvinner (n =2005), (2) militære kvinner (n = 616)	Telefon - intervju og intervju	The Brief Symptom Inventory (BSI), the Crime-Related PTSD scale for Women, a modified version of the Abuse Assessment Screen (AAS)	Fysisk og seksuell vold	Ca. 10 % av sivile hadde opplevd IPV, versus ca. 30 % av militære kvinner. 30,9 % av sivile kvinner utsatt for IPV hadde symptomer på PTSD, sammenlignet 9,6 % av militære kvinner. 19,7 % av sivile kvinner og 4,2 % av militære kvinner utsatt for IPV hadde komorbide symptomer på PTSD og depresjon.

Tabell 1 (fortsettelse)

Problemstilling (1): Finnes det en sammenheng mellom intim partnervold (IPV) og PTSD hos kvinner?

Studie	Årstall	Utvalg	Prosedyre	Instrumenter	Definisjon av IPV	Resultater i forhold til problemstilling
Lipsky Field, Caetano, & Larkin	2005	182 kvinner fra 18 år, fra en større sykehusbasert undersøkelse blant kvinner utsatt for IPV	Intervju	CIDI (Composite International Diagnostic Interview), Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), Conflict Tactics Scales Form R	Fysisk og seksuell vold	Ca. 50 % av kvinnene hadde symptomer på PTSD. Nesten 80 % av kvinnene som var utsatt for IPV og som hadde symptomer på PTSD hadde komorbide depressive symptomer.
Pico-Alfonso	2005	Kvinner utsatt for IPV ($n = 75$) (hjelp-søkende), kontroll-gruppe ($n = 52$)	Strukturert intervju	Echeburua's Severity of Symptom Scale of Posttraumatic Stress Disorder, og et strukturert intervju om IPV, sosiodemografiske variabler og lignende	Fysisk, seksuelle og psykisk vold	Kvinner utsatt for IPV hadde signifikant høyere skårer på PTSD symptomatologi (28 %) sammenlignet med kontrollgruppen (0 %). Alvorlighetsgrad av psykisk IPV var positivt korrelert til intensitet av PTSD symptomer ($r = .37$, $p < 0.01$). Psykisk IPV var sterkeste prediktor på PTSD symptomer.
Dutton, Kaltman, Goodman, Weinfurt, & Vankos	2005	406 hjelpsøkende kvinner utsatt for IPV	Intervju, telefon-intervju og spørreskjema	Modified Revised Conflict Tactics Scales (CTS-2 Form A), the Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI), the Violence Against Women survey, the PTSD Checklist (PCL-S), the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D), the Quality of Life Scale	Fysisk, seksuell, psykisk vold og forfølgelse	Tre identifiserte kategorier av IPV: (1) moderate nivå av fysisk og psykisk vold, forfølgelse, men lite seksuell vold, (2) høye nivå av fysisk og psykisk vold og forfølgelse, men lite seksuell vold, og (3) høye nivå av alle fire formene for vold. Kategori 3 assosiert med høyest forekomst av PTSD - både symptomer og diagnose. 88 % i kategori 3 tilfredsstilte kriteriene for PTSD, sammenlignet med 76 % i kategori 2 og 56 % i kategori 1. Samme mønster for depresjon (95 % av deltakerne i kategori 3 tilfredsstilte kriteriene for depresjon (MDD), sammenlignet med 88 % i kategori 2 og 75 % i kategori 1).

Tabell 1 (fortsettelse)

Problemstilling (1): Finnes det en sammenheng mellom intim partnervold (IPV) og PTSD hos kvinner?

Studie	Årstall	Utvalg	Prosedyre	Instrumenter	Definisjon av IPV	Resultater i forhold til problemstilling
Seedat, Stein, & Forde	2005	637 kvinner fra "the Memphis Area Study" - en randomisert befolkningsundersøkelse	Telefon - intervju	A symptom checklist (PTSD) (DSM-IV criteria), The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), The Alcohol Use Disorders and Identification Test [AUDIT], samt spørsmål om fysisk intim partnervold	Fysisk vold	16,2 % av kvinnene hadde vært utsatt for IPV, 5,9 % av disse tilfredstilte kriterier for PTSD diagnose. 11,8 % hadde symptomer på PTSD under grense for diagnose. Signifikant korrelasjon mellom antall voldsepisoder og intrusive symptomer ($r = .54, p = .006$), og symptomer på autonom hyperaktivitet ($r = .54, p = .012$).
Coker, Weston, Creson, Justice, & Blakeney	2005	369 voldsutsatte kvinner som var del av en større undersøkelse (National Violence Against Women Survey [NVAWS])	Telefon-intervju	Conflict Tactics Scale (CTS), Power and Control scale, SF-36 Health Survey, the 22-item Impact of Event Scale–Revised (IES-R)	Fysisk, psykisk og seksuell vold, og forfølgelse	24 % av kvinnene hadde moderate til alvorlige PTSD symptomer. 73,4 % hadde PTSD symptomer i de siste syv dager. Fysisk, psykisk og seksuell IPV var assosiert til høyere PTSD skårer. Høyere skårer på PTSD symptomer var korrelert til depressive symptomer blant personer utsatt for IPV.
Basile, Arias, Desai, & Thompson	2004	380 kvinner utsatt for IPV i nåværende forhold (fra (NVAWS))	Telefon - intervju	Conflict Tactic Scale, Weiss and Marmar's (1996) reviderte utgave av the Impact of Event Scale.	Fysisk, seksuell, psykisk vold og forfølgelse	Alle fire former for vold var assosiert til økte PTSD symptomer. Et dose-respons forhold, hvor flere former for voldserfaringer predikerte flere PTSD symptomer. De fire voldformene predikerte til sammen 39 % av variansen i PTSD symptomer.

Tabell 1 (fortsettelse)

Problemstilling (1): Finnes det en sammenheng mellom intim partnervold (IPV) og PTSD hos kvinner?

Studie	Årstall	Utvalg	Prosedyre	Instrumenter	Definisjon av IPV	Resultater i forhold til problemstilling
Nixon, Resick, & Nishith	2004	142 kvinner fra lokale voldssentre (domestic violence assistance agencies and shelters), som hadde opplevd fysisk IPV i siste 6 mnd	Strukturert intervju og spørreskjema	The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS), SCID, Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32), the Conflict Tactics Scale-2 (CTS-2), the Sexual Abuse Exposure Questionnaire (SAEQ), the Assessing Environments-III-Physical Punishment Scale (AE-III-PP), Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), the Beck Depression Inventory (BDI-II), The Schema Questionnaire (SQ)	Fysisk, seksuell og psykisk vold	75 % av kvinnene utsatt for IPV ble diagnostisert med PTSD, 54 % med depresjon. Kvinner med <i>både</i> PTSD og depresjon rapporterte om signifikant høyere nivå av symptomer på PTSD og depresjon, sammenlignet med kvinner som rapporterte om kun PTSD eller ingen psykopatologi.
Yoshihama & Horrocks	2003	211 kvinner (immigranter) med japansk bakgrunn, født i USA eller i Japan	Telefon - intervju	A modified form of the National Women's Study PTSD Module, the Physical Aggression subscale of the Conflict Tactics Scale (CTS), the Sexual Experience Survey	Fysisk og seksuell vold	Cox-regresjonsanalyse viste at PTSD var 3,34 ganger signifikant mer sannsynlig etter opplevd intim partnervold.

Tabell 1 (fortsettelse)

Problemstilling (1): Finnes det en sammenheng mellom intim partnervold (IPV) og PTSD hos kvinner?

Studie	Årstall	Utvalg	Prosedyre	Instrumenter	Definisjon av IPV	Resultater i forhold til problemstilling
Laffaye, Kennedy, & Stein	2003	40 kvinner utsatt for IPV, rekruttert fra steder som tilbyr hjelp til voldsutsatte kvinner. Kontrollgruppe: 30 kvinner uten IPV	Strukturert intervju og spørreskjema	The Addiction Severity Index (ASI), the Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS), the Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID-P), The Medical Outcome Study Short Form (SF-36) scale, The Revised Conflict Tactics Scales (CTS-2), spørreskjema om andre traumatiske hendelser.	Fysisk og seksuell vold	18 av 40 voldsutsatte (IPV) kvinner hadde PTSD
Bennice, Resick, Mechanic, & Astin	2003	62 voldsutsatte kvinner fra krisesentre etc	Spørreskjema og strukturert intervju	The supplemented conflict tactics scale (CTS), The PTSD symptom scale (PSS) (basert på DSM-III-R)	Fysisk og seksuell vold	Signifikant korrelasjon mellom alvorlighetsgrad av seksuell vold og alvorlighetsgrad av PTSD ($r = .42$, $p = .001$). En mindre korrelasjon mellom fysisk vold og alvorlighetsgrad av PTSD ($r = .23$, $p = .08$). Resultatene tyder på at seksuell vold særlig er relatert til PTSD, ved at det stod for en signifikant mengde av variansen over det som allerede er forklart av fysisk vold.
Stein & Kennedy	2001	44 kvinner mellom 19 og 49 år, som hadde vært utsatt for IPV i siste 2 år	Spørreskjema og strukturert intervju	The Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS), the Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID-P), The Impact of Event Scale-Revised (IES-R), the revised version of the Conflict Tactics Scale (CTS-2), the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)	Fysisk og seksuell vold	31,8 % av kvinnene som var utsatt for IPV hadde på tidspunkt for undersøkelsen PTSD. 42,9 % av kvinnene med IPV-relatert PTSD hadde i tillegg MDD. Det var en sterk korrelasjon mellom alvorlighetsgrad av depressive symptomer og PTSD symptomer ($r = .84$, $p = 0.001$).

Intim partnervold og PTSD

Tabell 1 viser at mellom ca 6 % og 88 % av kvinner utsatt for intim partnervold hadde symptomer på PTSD eller PTSD diagnose. I de 20 studiene tilfredsstilte mellom 6 % og 88 % kriterier for en PTSD diagnose, i gjennomsnitt 45,3 % av kvinnene. Mellom 5,9 % og 85,7 % av kvinnene som hadde opplevd intim partnervold hadde symptomer på PTSD, og et gjennomsnitt av resultatene viste at nærmere 37 % av kvinnene hadde symptomer på PTSD (alt fra milde til alvorlige symptomer). Mellom 24 % og 78,5 % av kvinnene hadde moderate til alvorlige symptomer på PTSD, i gjennomsnitt 44,6 % av kvinnene. Mellom 5,9 % og 17,9 % hadde milde til moderate symptomer på PTSD, i gjennomsnitt 11,9 % av kvinnene. Den store spredningen i resultatene vil bli drøftet i diskusjonsdelen av oppgaven.

Chandra et al. (2009) fant at 14 % av kvinnene som rapporterte om IPV oppfylte kriteriene for en PTSD diagnose, mens 20 % havnet like under grensen for klinisk PTSD. Kaminer et al. (2008) fant at intim partnervold på befolkningsnivå var assosiert med flest tilfeller av PTSD blant kvinner (0,4 %). I følge Mechanic, Weaver, og Resick (2008) rapporterte 45 % av voldsutsatte kvinner om moderat til alvorlig PTSD og 31 % om alvorlig PTSD, mens 5,9 % av deltagerne hadde milde symptomer og 17,9 % hadde moderate symptomer. I følge Lindgren og Renck (2008) hadde 85,7 % av de voldsutsatte kvinnene symptomer på PTSD, mens 78,5 % hadde alvorlige PTSD symptomer. O'Campo et al. (2006) fant at 30,9 % av sivile kvinner utsatt for IPV hadde symptomer på PTSD, sammenlignet 9,6 % av militære kvinner. Lipsky, Field, Caetano, og Larkin (2005) fant at omtrent halvparten av kvinnene utsatt for intim partnervold hadde symptomer på PTSD. I følge Pico-Alfonso (2005) hadde kvinner utsatt for intim partnervold signifikant høyere skårer på PTSD symptomatologi (28 %) sammenlignet med kontrollgruppen (0 %). Seedat et al. (2005) fant i sin studie at 5,9 % av kvinner utsatt for intim partnervold tilfredsstilte kriterier for PTSD diagnose, mens 11,8 % hadde symptomer på PTSD under grense for diagnose. Coker, Weston, Creson, Justice, og

Blakeney (2005) fant at 24 % av de voldsutsatte kvinnene hadde moderate til alvorlige PTSD symptomer. 73,4 % hadde PTSD symptomer i de siste syv dager (Coker et al., 2005). Nixon, Resick og Nishith (2004) fant at 75 % av kvinnene utsatt for intim partnervold ble diagnostisert med PTSD. I følge Laffaye, Kennedy, og Stein (2003) hadde 45 % av kvinnene utsatt for intim partnervold PTSD. Til slutt fant Stein og Kennedy (2001) at 31,8 % av kvinnene som var utsatt for intim partnervold hadde på tidspunkt for undersøkelsen PTSD.

To av studiene fant at det var omtrent tre ganger høyere sannsynlighet for å få PTSD etter intim partnervold, sammenlignet med kvinner som ikke var utsatt for intim partnervold (Fedovskiy et al., 2008; Yoshihama & Horrocks, 2003).

Dutton, Kaltman, Goodman, Weinfurt, og Vankos (2005) identifiserte tre kategorier av intim partnervold, hvor kategori 3 (høye nivå av fysisk, psykisk og seksuell vold og forfølgelse) var assosiert med høyest forekomst av PTSD (88 %), både symptomer og diagnose, sammenlignet med 76 % i kategori 2 (høye nivå av fysisk og psykisk vold og forfølgelse, men lite seksuell vold) og 56 % i kategori 1 (moderate nivå av fysisk og psykisk vold, forfølgelse, men lite seksuell vold). Det ble videre funnet korrelasjoner mellom intim partnervold og PTSD, hvorav flere var av middels effektstørrelse (Cohen, 1992). I følge Cohen (1992) er en effektstørrelse på 0.20 svak, en effektstørrelse på 0.50 middels, og en effektstørrelse på 0.80 sterk. Chandra et al. (2009) fant korrelasjoner mellom PTSD og alvorlighetsgrad av fysisk mishandling ($r = .51$) og psykisk mishandling ($r = .65$), etter at det ble kontrollert for depresjon. Alvorlighetsgrad av seksuell tvang og skårer på PTSD var også signifikant korrelert ($r = .39$) (Chandra et al., 2009). Pico-Alfonso (2005) fant en positiv korrelasjon mellom PTSD skårer og psykisk intim partnervold ($r = .37$, $p < 0.01$), mens Bennice, Resick, Mechanic, og Astin (2003) fant en signifikant korrelasjon mellom alvorlighetsgrad av seksuell vold og alvorlighetsgrad av PTSD ($r = .42$, $p = 0.001$). Det ble funnet en mindre korrelasjon mellom fysisk vold og alvorlighetsgrad av PTSD ($r = .23$, p

=.08) (Bennice et al., 2003). Disse resultatene tyder på at det eksisterer et dose-respons forhold mellom intim partnervold og PTSD, og at det dermed finnes en sammenheng mellom disse.

Komorbiditet mellom PTSD og depresjon etter intim partnervold

Tabell 1 viser videre at det finnes en høy komorbiditet mellom PTSD og depresjon etter intim partnervold. Det ble funnet at blant voldsutsatte kvinner med PTSD symptomer og/eller diagnose hadde mellom 4,2 % og 80 % komorbide depressive symptomer og/eller diagnose. Igjen ser man at det er en stor spredning i resultatene.

Lipsky et al. (2005) fant at nesten 80 % av kvinnene som hadde vært utsatt for intim partnervold og som hadde symptomer på PTSD hadde komorbide depressive symptomer. O'Campo et al. (2006) fant at mellom 19,7 % (sivile kvinner) og 4,2 % (militære kvinner) hadde komorbide symptomer på PTSD og depresjon. I Stein og Kennedys (2001) studie ble det funnet at 42,9 % av kvinner med voldsrelatert PTSD hadde en komorbid depresjon (MDD). Rodriguez et al. (2008) fant at 41 % av kvinner utsatt for intim partnervold oppfylte kriteriene for depresjon, sammenlignet med 18,6 % av kvinner som ikke var utsatt for intim partnervold. I følge Fedovskiy et al. (2008) hadde kvinner som var utsatt for intim partnervold, og som hadde PTSD, ti ganger høyere sannsynlighet for å ha en komorbid depresjon (MDD). Nixon et al. (2004) fant at 54 % av kvinnene utsatt for intim partnervold ble diagnostisert med depresjon. Kvinner med både PTSD og depresjon rapporterte om signifikant høyere symptomnivå, sammenlignet med kvinner med kun PTSD eller ingen psykopatologi (Nixon et al., 2004). Dutton et al. (2005) fant et lignende mønster for depresjon som de gjorde for PTSD. Kategori 3 (høye nivå av fysisk, psykisk og seksuell vold og forfølgelse) var assosiert med høyest forekomst av depresjon (95 %), sammenlignet med kategori 2 (høye nivå av fysisk og psykisk vold og forfølgelse, men lite seksuell vold) 88 %, og kategori 1 (moderate nivå av fysisk og psykisk vold, forfølgelse, men lite seksuell vold) 75

% (Dutton et al., 2005). I følge Coker et al. (2005) var høyere skårer på PTSD korrelert til depressive symptomer hos kvinner utsatt for intim partnervold. Også Mechanic et al. (2008) fant en høy komorbiditet mellom PTSD og depresjon ($r = .67, p < .001$). Disse resultatene tyder på at det også finnes en sammenheng mellom intim partnervold og depressive symptomer/diagnose, og mellom PTSD og depresjon etter intim partnervold.

Kompleks PTSD (DESNOS)

Kun en studie sa noe om kompleks PTSD (DESNOS) (Lindgren & Renck, 2008). Her ble det funnet at de voldsutsatte kvinnenes symptombilde i stor grad dreide seg om kompleks PTSD (DESNOS), for eksempel gjennom deltakernes følelser skam og skyld, tanker om død og deres psykosomatiske symptomer (Lindgren & Renck, 2008).

I diskusjonsdelen av oppgaven vil ulike svakheter og andre faktorer rundt resultatene bli drøftet. Til nå har det blitt sett på hvorvidt det finnes en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD, og komorbiditet til depresjon og DESNOS. Det vil videre bli sett på hvordan voldsrelatert PTSD kan påvirke voldsutsatte mødres omsorgsevne.

Problemstilling (2): Hvordan kan voldsrelatert PTSD hos mødre påvirke omsorgsevne?

I fortsettelsen vil funnene i forhold til PTSD og omsorgsevne presenteres. Disse vil settes inn i en kontekst av teoretiske antagelser, og vil presenteres i forhold til tema for å skape en oversiktighet i gjennomgangen. De artiklene som belyser lignende eller samme teoretiske antagelser blir dermed presentert sammen. Det er imidlertid ikke mulig å sette bestemte skiller mellom de ulike tema, siden de alle representerer aspekter ved omsorgsevne som er knyttet sammen.

Emosjonsregulering

Man vet blant annet at mødres psykopatologi, som for eksempel depresjon (Tronick &

Gianino, 1986) eller angst (Moore, Whaley, & Sigman, 2004), kan være med å forstyrre den gjensidige regulering mellom mor og barn. Få studier har imidlertid fokusert på hvordan traumerelatert psykopatologi, som for eksempel PTSD symptomatologi, kan påvirke en mors deltakelse i gjensidig regulering av emosjoner og aktivering i barnets tidlige utvikling.

Gjensidig regulering (mutual regulation) refererer til en gjensidig, men asymmetrisk prosess av emosjonsregulering mellom den voksne omsorgsgiver og spedbarnet (Tronick & Gianino, 1986). Det kan tenkes at PTSD hos mor er forbundet med barns vanskeligheter i forhold til emosjonsregulering. Som nevnt innledningsvis er emosjonsregulering lært gjennom interaksjon, og avhengig av morens evne til å knytte bånd og til å være en funksjonell modell for emosjonsregulering (Samuelson & Cashman, 2008). For det første kan det tenkes at PTSD kan føre til at mødre ikke klarer å være effektive modeller for hvordan man regulerer og håndterer emosjoner. For det andre kan det tenkes at barnet kan bli forhindret i å tilegne seg ferdigheter innen emosjonsregulering dersom knytting av et mor–barn bånd blir forstyrret av mors psykiske helse (Samuelson & Cashman, 2008).

En mors evne til å uttrykke og føle emosjoner er viktig for å kunne knytte et bånd til barnet (Samuelson & Cashman, 2008). Posttraumatiske symptomer (PTSS) kan være med å svekke denne evnen til å uttrykke og føle emosjoner (Samuelson & Cashman, 2008). I følge Lyons-Ruth, Bronfman, og Parsons (1999) og Samuelson og Cashman (2008) kan mødre med PTSS være mindre responsive overfor subtile emosjonsuttrykk hos barnet. PTSS hos mor kan føre til en tilbaketrekking, noe som kan føre til at det for barnet kan være vanskelig å ha en emosjonelt tilfredsstillende relasjon til henne (Lyons-Ruth et al., 1999; Samuelson & Cashman, 2008). Denne tilbaketrekkingen kan utløse mer emosjonell negativitet og labilitet hos barnet som en strategi for å vinne mors oppmerksomhet (Samuelson & Cashman, 2008).

Schechter et al. (2008) har en lignende teoretisk antagelse. Schechter et al. (2008) hevder at barna kan fungere som triggere av til morens voldsrelaterte PTSD symptomer.

Dersom et barn slår sin mor under et raserianfall, kan moren som tidligere har vært utsatt for intim partnervold være ute av stand til å plassere denne hendelsen i konteksten av et omsorgsgiver–barn forhold (Schechter et al., 2008). Ved PTSD hender det som nevnt innledningsvis at fortid og nåtid blandes sammen, og i dette tilfellet kan det medføre at mor igjen føler seg som et hjelpeløst offer (Schechter et al., 2008). Dette kan føre til at mors fokus skifter bort fra barnets signaler og til hennes egen overlevelse (Schechter et al., 2008). Dette skiftet som tar mors oppmerksomhet bort fra barnets signaler og den gjensidige reguleringen kan føre til at mor mistolker barnets signaler (Schechter et al., 2008). I slike tilfeller av voldsrelatert PTSD hos mor, kan slike gjentatte skifter i mors oppmerksomhet forsterke en følelse hos barnet av å være hjelpeløs og stresset (Schechter et al., 2008). En slik følelse hos barnet kan igjen føre til økt forsvar hos mor og hennes følelsesmessige tilbaketrekking, i stedet for at mor gir barnet omsorg og trøst (Schechter et al., 2008). Dette kan tenkes å gå ut over barnets emosjonelle utvikling og regulering.

Samuelson og Cashmans (2008) studie undersøkte om eksponering for intim partnervold og posttraumatiske stress symptomer (PTSS) hos mødre er assosiert med problemer i forhold til emosjonsregulering hos barna, og i tillegg atferdsproblemer hos barna. Studien bestod av 30 kvinner som har vært utsatt for intim partnervold tidligere, men ikke i løpet av de seks siste måneder, og som hadde minst ett barn mellom 5 og 18 år (Samuelson & Cashman, 2008). Resultatene viste at barnas vanskeligheter med emosjonsregulering var relatert til mødrenes PTSS (Samuelson & Cashman, 2008). Barnas internaliserende og eksternaliserende atferd var også relatert til mødrenes PTSS (Samuelson & Cashman, 2008). Alvorlighetsgraden av mødrenes PTSS stod for 43 % av variansen når det gjaldt barnets vanskeligheter med emosjonsregulering, og dermed var PTSS hos mødrene en sterk prediktor på barnets negative og labile emosjoner (Samuelson & Cashman, 2008).

Det kan dermed se ut til at mødres PTSS spiller en kritisk rolle i barnets emosjonelle

utvikling, og at barn av mødre med PTSS er mer emosjonelt negative og labile (Samuelson & Cashman, 2008). Vanskeligheter med emosjonsregulering kan langtidseffekter i forhold til blant annet vanskeligheter med interpersonlige forhold, akademiske problemer og vanskeligheter med å håndtere miljøet rundt seg (Eisenberg et al., 1995; Fabes et al., 1999).

Mentale representasjoner

Menneskelige relasjoner eksisterer på et mentalt eller symbolsk nivå i tillegg til det sensorimotoriske nivå (Hofer, 1984). I følge Hofer (1984) er vår indre opplevelse av våre forhold til andre, våre forventninger, og måten man oppfatter den andres responser og reaksjoner like viktig som de faktiske interpersonlige interaksjonene. Hofer (1984) mener videre at våre mentale representasjoner av andre kan fungere som biologiske regulatorer i vår interaksjon med andre.

Det kan tenkes at PTSD hos mødre kan påvirke måten mødre ser barna sine på. Schechter et al. (2005) ser for seg at PTSD kan forstyrre utviklingen av balanserte mentale representasjoner av barnet, og at PTSD kan påvirke mødres reflekterende fungering. Reflekterende fungering refererer til den essensielle, menneskelige evnen til å forstå andres atferd i lys av underliggende mentale tilstander og intensjoner (Slade, 2005). Høyere nivå av reflekterende fungering betyr at moren ser barnet som et eget individ, med egen vilje, ønsker, tanker, følelser og intensjoner (Schechter et al., 2005).

Schechter et al. (2005) undersøkte i sin studie forholdet mellom PTSD hos mødre som har vært utsatt for relasjonsvold i oppvekst og som voksen, og kvaliteten på mødrenes mentale representasjoner av sine barn. Studien undersøkte i tillegg forholdet mellom mødrenes reflekterende fungering og kvaliteten på mødrenes mentale representasjoner av sine barn, forholdet mellom alvorlighetsgrad av PTSD symptomer og mødrenes reflekterende fungering, og forholdet mellom mødrenes PTSD og reflekterende fungering og kvaliteten på mødrenes mentale representasjoner (Schechter et al., 2005). Studien bestod av et intervju med

41 mødre til barn mellom 8 og 50 måneder fra en helseklinikk for familier hvor det var forhøyet risiko for barnemishandling, neglisjering og vold i hjemmet (Schechter et al., 2005). Mødrene besvarte deretter ulike spørreskjema, på henholdsvis demografiske og behandlingsrelaterte data, mål på mentale representasjoner hos mødrene, spørreskjema om livshendelser og opplevd vold, og tre mål på PTSD symptomer (Schechter et al., 2005).

Schechters et al. (2005) studie gir støtte til hypotesen om at voldsrelatert PTSD og reflekterende fungering er signifikant relatert til voldseksponerte mødres mentale representasjoner av sine barn. Resultatene viste at høyere alvorlighetsgrad av PTSD var signifikant assosiert med forstyrret (distorted) klassifisering på WMCI (The Working Model of the Child Interview) (Schechter et al., 2005). Lavere alvorlighetsgrad av PTSD var signifikant assosiert med brutt/frakoplet (disengaged) klassifisering (Schechter et al., 2005). Det fantes tre klassifiseringer av de mentale representasjonene på WMCI: en balansert og to klassifiseringer for ikke-balanserte mentale representasjoner, brutt/frakoplet og forstyrret. Balanserte mentale representasjoner reflekterer meningsfull interaksjon med barnet og en tro på at relasjonen er viktig for barnets utvikling (Schechter et al., 2005). Typisk for denne klassifiseringen er at man erkjenner både de positive og negative aspektene ved barnets personlighet, men at man samtidig domineres av en positiv affektiv måte å snakke om barnet på. Intervjuer som ble klassifisert som brutt/frakoplet eller forstyrret manglet disse karakteristikkene ved balanserte mentale representasjoner (Schechter et al., 2005). Brutte/frakoplete representasjoner karakteriseres av en gjennomgripende emosjonell avstand fra barnet, noe som manifesteres gjennom morens manglende evne til å se barnet som unikt eller forskjellig fra andre (Schechter et al., 2005). Mentale representasjoner som klassifiseres som forstyrrede karakteriseres av dominerende negativitet som omfatter barnet og foreldre–barn relasjonen (Schechter et al., 2005). Foreldre som har forstyrrede representasjoner av barnet sitt gir uttrykk for urealistiske forventninger til barnet, ofte forårsaket av

rollereversering, og representasjonene er preget av fiendtlighet mot barnet, av motsetninger og av usammenhengende narrative kvaliteter (Schechter et al., 2005). I motsetning til brutt/frakoplet blir det i forstyrret klassifikasjonen uttrykt mye følelser om barnet, men disse følelsene mangler modulering og kontekstuell mening (Schechter et al., 2005). Som man ser var høyere alvorlighetsgrad av voldrelatert PTSD hos mødre signifikant assosiert med forstyrrede mentale representasjoner av barnet (Schechter et al., 2005).

Studien fant signifikante gruppeforskjeller når det gjaldt nivå av reflekterende fungering (Schechter et al., 2005). Mødre med balanserte mentale representasjoner av barnet hadde høyere gjennomsnittsskåre på reflekterende fungering (Schechter et al., 2005). Det fantes ingen signifikant korrelasjon mellom nivå av reflekterende fungering og alvorlighetsgrad av PTSD hos mødre (Schechter et al., 2005). Det ble imidlertid funnet at både nivå av reflekterende fungering og alvorlighetsgrad av PTSD påvirket klassifiseringen av mentale representasjoner hos mødre (Schechter et al., 2005). Mødre med høyere nivå av reflekterende fungering var 4,5 ganger mer sannsynlig å bli klassifisert som balansert. Og motsatt, mødre med lavere reflekterende fungering hadde omtrent 11 ganger høyere sannsynlighet for å bli klassifisert som brutt/frakoplet (Schechter et al., 2005). Mødre med mindre alvorlig PTSD var tre ganger mer sannsynlig å bli klassifisert som brutt/frakoplet, mens mødre med mer alvorlig PTSD var to ganger mer sannsynlig å bli klassifisert som forstyrret på WMCI (Schechter et al., 2005).

Studien støtter dermed hypotesen om at alvorlighetsgrad av PTSD kan være en risikofaktor når det gjelder utvikling av ikke-balanserte mentale representasjoner, mens reflekterende fungering kan fungere som en beskyttelsesfaktor som støtter den gjensidige affektreguleringen (Schechter et al., 2005). I tillegg kan det se ut til at reflekterende fungering er en forutsetning for utviklingen av balanserte mentale representasjoner av barnet og foreldre-barn relasjonen (Schechter et al., 2005).

Almqvist og Brobergs kvalitative studie (2003) belyser hvordan det å være eksponert for organisert vold kan påvirke mødres mentale representasjoner av seg selv og ”seg-selv-med-barnet”, og videre hvordan dette kan føre til at mødres omsorgssystem og deres mentale representasjoner av barnet blir negativt rammet. Studien beskriver tre barn som var mellom 1½ og 2½ år gamle da de ble utsatt for traumer i forbindelse med urolighetene i Kosovo på 1990-tallet (Almqvist & Broberg, 2003).

Almqvist og Broberg (2003) beskriver flere likheter mellom de tre barnas historier. De var alle små barn fra Kosovo i familier som ble evakuert til Sverige direkte fra flyktingleirer i Makedonia etter masseflukten i 1999 (Almqvist & Broberg, 2003). De bodde med begge foreldrene og søsken i Sverige, og de hadde vært i Sverige i ca. et år da de først kom i kontakt med flyktingesenteret. Barna var mellom to og tre år gamle da de kom i behandling, og foreldrene beskrev at barna led av store psykologiske forstyrrelser, som aggressiv og trassig atferd, og at de ikke utviklet seg normalt (Almqvist & Broberg, 2003). Til tross for at de hadde levd under trygge forhold i Sverige i et år hadde barnas atferd og symptomer utviklet seg til det verre (Almqvist & Broberg, 2003). Mødrene var traumatiserte og beskrev hvordan de hadde gjort seg selv utilgjengelige overfor barna, både emosjonelt og atferdsmessig (Almqvist & Broberg, 2003). Mødrene var klar over at dette ikke var positivt overfor barna, men klarte ikke å handle annerledes (Almqvist & Broberg, 2003). Samtidig fantes det noen positive likheter mellom de tre barna. Barna var i stand til å etablere gode relasjoner til terapeuten, og hadde nytte av dette (Almqvist & Broberg, 2003). Etter en tid ble også mødrene i stand til å dele sine vonde erfaringer med terapeutene. Mødrene beskrev barna som at de hadde en normal utvikling før de traumatiske opplevelsene (Almqvist & Broberg, 2003). Både mødrene og barna i studien hadde PTSD (Almqvist & Broberg, 2003). Almqvist og Broberg (2003) ser for seg at barna kan fungere som situasjonsmessige triggere for morens påtrengende minner, dersom morens bilde av barnet har blitt forbundet med den traumatiske

hendelsen på en vond og negativ måte. I følge mødrene ble selve nærheten til barnet utolererbart, kanskje fordi barnas klengende atferd utløste posttraumatiske påtrengende minner hos moren. Dette resulterte i mødrenes unngåelse av barna sine (Almqvist & Broberg, 2003).

Mødrenes mentale representasjoner av barna var totalt endret etter traumene (Almqvist & Broberg, 2003). Den gode representasjonen av et tilfreds barn som var tatt godt hånd om, ble erstattet med et forstyrret bilde, som stemte overens med morens forstyrrede representasjon av seg selv. Barnet ble sett som enten skadet eller dødt, eller som en farlig torturist (Almqvist & Broberg, 2003). Traumene ødela samtidig mødrenes mentale representasjoner av *seg-selv-med-barnet* (Almqvist & Broberg, 2003). Mentale representasjoner av seg selv som en omsorgsfull mor, sammen med den nødvendige omnipotente illusjonen av at hun er i stand til å beskytte barnet hva som enn skjer, var for disse tre mødrene ødelagt. Siden mødrene var ute av stand til å se seg selv som beskyttende foreldre, var de ikke i stand til å respondere på barnas tilknytningsatferd med omsorg (Almqvist & Broberg, 2003).

Barns tilknytning og mødres atypiske atferd

Det kan videre tenkes at voldsutsatte mødres PTSD kan forstyrre utviklingen av sikker tilknytning mellom mor og barn. I følge Main og Hesse (1990) er spedbarns desorganiserte tilknytningsatferd en *andregenerasjonseffekt* forårsaket av uløste tap eller traumer hos omsorgsperson. Uløste tap eller traumer refererer til manglende integrering i bevisstheten av tapsopplevelser eller traumatiske hendelsene (Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2003). Main og Hesse (1990) hevder videre at en omsorgsperson med uløste tap eller traumer kan befinne seg i en vedvarende tilstand av frykt, og at omsorgsperson kan ha en atferd mot spedbarnet som kan karakteriseres som skremt eller skremmende. Denne skremte eller skremmende atferden fra omsorgsgiver kan føre til at spedbarnet opplever en dysregulerende

frykt i relasjon til omsorgsgiver. Denne frykten kan føre til desorganisering av spedbarnets tilknytningsstrategi (Hesse & Main, 1999). Lyons-Ruth et al. (1999) eksemplifiserer skremt eller skremmende atferd med atferd som inkluderer affektive kommunikasjonsfeil, desorientering hos omsorgsperson, og negative påtrengende atferd.

Lyons-Ruth et al. (1999) har formulert to hypoteser som en utvidelse av Main og Hesses (1990) hypotese om vedvarende tilstand av frykt. I den første hypotesen, *failure of repair*, hevder Lyons-Ruth et al. (1999) at dersom en mor ikke klarer å tilpasse sin omsorgsatferd i forhold til barnets tydelige og gjentatte signaler, kan dette føre til desorganisering hos barnet (Lyons-Ruth et al., 1999). Den manglende eller problematiske kommunikasjonen mellom barn og mor kan i seg selv skape frykt fordi spedbarnet føler at det har lite påvirkning på omsorgsgiver i situasjoner med mye frykt eller stress (Lyons-Ruth et al., 1999). Det kan skapes en tilstand av *frykt uten løsning* for barnet, hvor forelderen som er barnets kilde til trygghet, selv blir kilden til frykten (Main & Hesse, 1990).

Den andre hypotesen til Lyons-Ruth et al. (1999), "the competing strategies", hevder at en forelder som opplever en vedvarende tilstand av frykt sannsynligvis viser konkurrerende eller motsigende tilknytningstendenser mot barnet, på samme måte som barnet viser konkurrerende eller motsigende tilknytningsatferd mot forelderen.

Det er funnet en signifikant sammenheng mellom spedbarns desorganisering i tilknytningen og foreldres respons på Adult Attachment Interview (AAI) som involverer uløste traumer eller tap (van IJzendoorn, 1995). Den kombinerte effektstørrelsen fra 10 studier ($n = 548$) var $r = .31$ (van IJzendoorn, 1995). AAI er utviklet for å utforske foreldres mentale representasjoner av tilknytning, som manifestert i språket under samtaler om barndomserfaringer (van IJzendoorn, 1995). AAI er ment å kunne predikere kvaliteten på spedbarn-foreldre tilknytning, som observert under fremmedsituasjonen (Ainsworth, 1978), samt predikere foreldres responsivitet til barnets tilknytningssignaler (van IJzendoorn, 1995).

Lyons-Ruth et al. (1999) har også relatert mislykkede foreldrerresponsen på barns signalatferd til foreldres selvbeskyttende mekanismer assosiert med uløste traumer eller tap.

I Lyons-Ruths et al. (1999) studie ble det observert at foreldre til små barn med desorganisert tilknytning viste skremt og/eller skremmende atferd ved gjensyn etter atskillelse i fremmedsituasjonen. Denne foreldreatferden var signifikant assosiert med både traumehistorie hos mor og med usikker, desorganisert tilknytning hos barnet (Lyons-Ruth et al., 1999). Studien viste at mødre til desorganiserte barn viste mer atypisk foreldreatferd i interaksjon med barna (Lyons-Ruth et al., 1999).

Det ble beskrevet flere eksempler på atypisk atferd hos foreldrene som var signifikant assosiert med traumehistorier hos mor og usikker, desorganisert tilknytning hos barnet (Lyons-Ruth et al., 1999). Slik atypisk atferd inkluderte affektive kommunikasjonsfeil (for eksempel mødrenes inkongruens i forhold til barnets følelser, særlig ved stress hos barnet), desorientering hos omsorgsperson (for eksempel ikke – kontingent, merkelig foreldreatferd som er forbundet med dissosiering), og negative påtrengende atferd (Lyons-Ruth et al., 1999).

Almqvist og Brobergs (2003) kvalitative studie belyser også hvordan traumatiserte foreldres skremte og/eller skremmende atferd kan påvirke barnas tilknytning og atferd. Forfatterne hevder at man kan forstå barnas høye nivå av aggressiv og trassig atferd i lys av mødrenes skremte og/eller skremmende atferd og barnas desorganiserte tilknytning (Almqvist & Broberg, 2003). Almqvist og Broberg (2003) foreslår at barna både under og i tiden etter de traumatiske hendelsene, var utsatt for foreldrenes skremte og/eller skremmende atferd (Hesse & Main, 1999). Også her snakkes det om en tilstand av *frykt uten løsning* (Main & Hesse, 1990) (Almqvist & Broberg, 2003). Almqvist og Broberg (2003) forklarer en slik tilstand ved at den voksnes uttrykk om fare kan virke skremmende for barnet, og kan aktivere og styre beskyttelsessystemet mot omsorgsgiver. Beskyttelsessystemet er atferdsstrategier som utløses av oppfattet fare (for eksempel frykt versus flykt) (Gilbert, 1993). Spedbarnets respons blir

dermed å beskytte seg ved å enten angripe den skremte og/eller skremmende omsorgsgiver, eller ved å trekke seg bort (Liotti, 2000). Det å trekke seg bort medfører imidlertid ensomhet, som igjen aktiverer tilknytningssystemet og tvinger barnet til å nærme seg omsorgsgiver (Liotti, 2000). Tilknytningsatferd som er en del av trygghetssystemet, er også en del av atferdsrepertoaret som aktiveres når det signaliseres om fare, som for eksempel aktiv søken etter nærhet (Almqvist & Broberg, 2003). Dette fører med seg en uløselig konflikt i barnet; omsorgsgiver som vanligvis er kilden for trygghet og trøst, har blitt kilden til frykten (Almqvist & Broberg, 2003).

Posttraumatisk gjenopplevelse i både barn og mor førte til en kontinuerlig aktivering av tilknytningssystemet (Almqvist & Broberg, 2003). Barnas egne opplevelser og mødrenes skremte ansikt fortsatte å gjøre barna skremte, samtidig som mødrenes utilgjengelighet og manglende evne til å møte barnas tilknytningsbehov førte til en pågående prosess som forstyrret de tidligere tilknytningsmønstrene i mor-barn interaksjonen (Almqvist & Broberg, 2003). Eksemplene i denne studien tyder dermed også på at desorganisert tilknytning kan være et resultat av det å være eksponert for en traumatisert forelder i en vedvarende tilstand av frykt (Almqvist & Broberg, 2003). Desorganisert tilknytning har blitt identifisert som en viktig risikofaktor for senere utvikling av psykopatologi, særlig eksternaliserende atferdsproblemer (van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Almqvist og Broberg (2003) foreslår at barnas aggressive og destruktive atferd var et resultat av en desorganisert tilknytning som stammet fra de traumatiske hendelsene og traumenes effekt på foreldre-barn relasjonen. Ettersom barna ble eldre, førte den desorganiserte tilknytningen til fiendtlige og kontrollerende tilknytningsmønstre, og til eksternaliserende atferdsproblemer, manifestert i aggresjon rettet mot voksne og jevngamle, og destruktiv atferd rettet mot leker og annet lekemateriell (Almqvist & Broberg, 2003).

Schechter et al. (2008) undersøkte hvorvidt mødres voldsrelaterte PTSD, reflekterende

fungering og/eller kvaliteten på mentale representasjoner av barnet predikerte mødrenes atferd. Studien undersøkte hvorvidt ikke-balanserte mentale representasjoner og høyere alvorlighetsgrad av PTSD var signifikant korrelert til atypisk (skremt/skremmende) atferd hos mor (Schechter et al., 2008). Studiens undersøkte i tillegg hvorvidt lavere nivå av reflekterende fungering hos mor var signifikant korrelert til atypisk atferd hos mor (Schechter et al., 2008).

Det ble funnet en signifikant sammenheng mellom ikke-balanserte, særlig forstyrrede mentale representasjoner og atypisk atferd hos mor (Schechter et al., 2008). Dette gjaldt i særlig skremmende atferd, karakterisert som negativ og fiendtlig-påtrengende, og i mindre grad skremt atferd. Det ble ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom mødrenes nivå av reflekterende fungering og atypisk atferd hos mor (Schechter et al., 2008). Det ble heller ikke funnet en direkte korrelasjon mellom alvorlighetsgrad av PTSD og graden av atypisk atferd hos mor (Schechter et al., 2008).

Studien viste også at desto mer alvorlig mødrenes PTSD var, desto mer sannsynlig var det at hun opprettholdt en fysisk og emosjonell avstand fra barnet (Schechter et al., 2008). En årsak til dette kan være den traumatiserte morens behov for å beskytte seg selv fra flere reguleringsvanskeligheter i situasjoner hvor barnet uttrykte stress, særlig ved atskillelse og gjenforening (Schechter et al., 2008).

Cohen, Hien, og Batchelder (2008) hadde i sin studie en hypotese om at høyere nivå av traumeerfaringer vil være relatert til mer negativ foreldreatferd. 176 mødre ble delt inn i 4 grupper: rusmisbruk ($n = 41$), depresjon ($n = 40$), komorbid gruppe med både rusmisbruk og depresjon ($n = 47$), eller kontrollgruppe (ingen tidligere eller nåværende rusmisbruk, depresjon eller PTSD). 30 (17 %) av kvinnene tilfredsstilte kriteriene for nåværende PTSD og 18 (10,2 %) tilfredsstilte kriteriene for tidligere PTSD (Cohen et al., 2008). Alle de tre gruppene hadde signifikant høyere nivå av traumeeksponering, sammenlignet med

kontrollgruppen (Cohen et al., 2008). Det var ingen forskjeller mellom de tre gruppene med henhold til PTSD diagnosen bortsett fra at den komorbide gruppen hadde signifikant flere tidligere PTSD diagnoser enn rusmisbrukgruppen og depresjonsgruppen (Cohen et al., 2008). De tre gruppene viste høyere potensial for mishandling av barna enn kontrollgruppen (Cohen et al., 2008). Forholdet mellom traumeeksponering og foreldreatferdsvariabler ble videre undersøkt. Resultatene viste at økte skårer på traumeeksponering var korrelert til negative skårer på foreldreatferd (Cohen et al., 2008).

Cohen et al. (2008) undersøkte videre hvorvidt traumeeksponering og PTSD diagnose kunne predikere skårer på foreldreatferd etter at det ble kontrollert for demografiske variabler og variabler på rusmisbruk og depresjon. Det ble funnet en negativ signifikant korrelasjon mellom PTSD og fysisk disiplinering (Cohen et al., 2008). Dermed ser det ut til at PTSD hos mødre kan føre til mer negativ foreldreatferd, i form av fysisk disiplinering av barna.

Mødres PTSD og barns mentale representasjoner

Schechter et al. (2007) undersøkte i en annen studie sammenhengen mellom mødres PTSD og barns mentale representasjoner som undersøkt ved lekenarrativer og familietegninger. Barns tegninger har ofte vært brukt for å få innblikk i barns mentale representasjoner av seg selv, av andre og av forholdet mellom barnet og andre (Schechter et al., 2007). 23 barn mellom 4 og 7 år, hvorav 1 tvillingpar, og 22 mødre gjennomførte undersøkelsen (Schechter et al., 2007).

Resultatene fra studien støtter antagelsen om at det finnes en sammenheng mellom voldsrelatert PTSD hos mødre og innholdet og kvaliteten på barnets mentale representasjoner (Schechter et al., 2007). Studien viste at både faktorer som hjelpeløshet og fiendtlighet allerede var tilstedet i barnas tidlige mentale representasjoner, i tillegg til redusert narrativ sammenheng (mangel på integrering). Slike karakteristikk av barnas mentale representasjoner er assosiert med usikkerhet og desorganisering i tilknytningen i tidlig

barndom (Schechter et al., 2007).

Mødrenes opplevde traumer og relaterte psykologiske symptomer viste seg å være viktigere i forhold til barnets utvikling av mentale representasjoner enn barnets egne opplevelser og relaterte symptomer (Schechter et al., 2007). I følge Schechter et al. (2007) betyr ikke dette at barnets vonde erfaringer ikke var av betydning, men at det kan se ut som at barnets erfaringer og effekten av disse kan bli forsterket eller moderert av omsorgspersonens respons, og at omsorgspersonens respons dermed også blir et bidrag til barnets meningsdannelse etter traumatiske hendelser (Schechter et al., 2007).

Foreldretilfredshet

Det kan videre tenkes at mødre med PTSD etter intim partnervold kan oppleve foreldrerollen som mindre tilfredsstillende. Berz, Taft, Watkins, & Monson (2008) defineres foreldretilfredshet (parenting satisfaction) som en forelders mestringstro og glede relatert til det å være forelder, samt hvordan forelderen oppfatter kvaliteten på foreldre-barn relasjonen (Berz et al., 2008). Forskningen viser at foreldretilfredshet er et viktig element i forhold til omsorg, og har vært assosiert med trygg tilknytning, sunne foreldre-barn interaksjoner og andre positive utfall for barn og familie (Cohen et al., 1999; Owen, Thompson, & Kaslow, 2006).

Det finnes mange faktorer som kan sette foreldretilfredsheten ut av spill, og en av disse kan være traumatisk stress (Appleyard & Osofsky, 2003). Berzs et al. (2008) studie undersøker sammenhengen mellom PTSD symptomgrupper og foreldretilfredshet blant 60 kvinnelige veteraner fra Vietnam krigen og deres biologiske barn. Det ble funnet signifikante negative korrelasjoner mellom symptomgruppene *unngåelse/emosjonell nummenhet* og *autonom hyperaktivering*, og foreldretilfredshet (Berz et al., 2008). Blant de tre symptomgruppene (*gjenopplevelse*, *unngåelse/emosjonell nummenhet*, og *autonom hyperaktivering*) var det imidlertid kun *autonom hyperaktivering* som var signifikant negativt

korrelert til foreldretilfredshet med en middels effektstørrelse (Berz et al., 2008). Disse resultatene tyder på at kvinnelige veteraner med høye nivå av symptomer som autonom hyperaktivering har størst sannsynlighet for å rapportere om lav foreldretilfredshet (Berz et al., 2008).

Gold et al. (2007) undersøkte i sin studie forholdet mellom alvorlighetsgrad av PTSD symptomer og ulike variabler knyttet til familietilpasning blant 89 kvinnelige Vietnam veteraner og deres mannlige partnere. Resultatene viste at det var en sammenheng mellom alvorlighetsgrad av PTSD symptomer og foreldretilfredshet ($r = .31, p < .01$) (Gold et al., 2007).

Resultatene viste også at PTSD symptomer er av betydning for foreldretilfredshet, ikke bare dersom de kommer over nivå for diagnose (Gold et al., 2007). I denne studien oversteg kun 5 deltakere (5,6 %) grensen for PTSD diagnose. På tross av dette var alvorlighetsgrad av posttraumatiske symptomer assosiert med flere variabler knyttet til familietilpassning (Gold et al., 2007).

Mødres PTSD som påvirkning på barns psykiske helse etter voldsrelaterte traumer

Som nevnt innledningsvis kan eksponering for vold øke sannsynligheten for at barn selv blir traumatisert (Samuelson & Cashman, 2008). Det kan tenkes at mødres psykiske helse kan ha en innvirkning på barns reaksjoner på voldsrelaterte traumer. Dersom mødre selv utvikler PTSD kan dette tenkes å påvirke barnets reaksjon på en negativ måte. Smith, Perrin, & Rabe-Heskeths (2001) studie blant 339 barn mellom 9 og 14 år, og deres mødre og lærere undersøkte hvilken påvirkning krigseksposering og mødres mentale helse hadde på barns reaksjoner etter krigen i Bosnia-Hercegovina. Resultatene viste at både barna og kvinnene hadde høye nivå av posttraumatisk stress (PTS) og sorgreaksjoner, men normale nivå av depresjon og angst (Smith et al., 2001). Barnas PTS var relatert til både nivå av traumeeksponering og til mødres PTS reaksjoner (Smith et al., 2001). Resultatene antydde at

traumeeksponering var den viktigste predikatoren på totale PTSD symptomer hos barna, men at det også fantes en mindre, men signifikant effekt av mødres psykologiske helse på barnas PTSD symptomer, intrusjonssymptomer og angstsymptomer (Smith et al., 2001). Mødrenes psykiske helse var imidlertid den sterkeste prediktoren når det gjaldt barns depresjon, særlig mors intrusjoner og depressive symptomer (Smith et al., 2001).

Sammenhengen mellom mødres og barns PTSD symptomer, kan bli forklart av at de har vært eksponert for samme traumer. Resultatene viste imidlertid at det fantes en signifikant sammenheng mellom mødrenes og barnas PTS, selv etter at det ble kontrollert felles traumeerfaringer (Smith et al., 2001).

I forhold til PTSD indikerer kliniske data at barn og deres foreldre kan havne i en ond sirkel hvor det ikke snakkes om traumerelaterte tema av frykt for å gjøre den andre stresset (Smith et al., 2001). På denne måten kan mor og barn negativt forsterke hverandres unngåelse av traumatiske minner (Smith et al., 2001). Dette kan fungere som en opprettholdende faktor av symptomene (Smith et al., 2001). Samtidig kan det tenkes PTSD hos mødre kan føre til mindre tilgjengelighet overfor barnets behov og signalatferd, som man har sett tidligere i oppgaven (Almqvist & Broberg, 2003). Mødres tilbaketrekking kan forsterkes av barnets psykiske vansker, og barnet kan på den måten være en stressfaktor for mødre med PTSD. En annen forklaring på hvorfor mødres PTS kan innvirke på barnas psykiske helse, kan være at mødre med PTSD kan fungere som dårlig rollemodeller for barnet i forhold til det å håndtere vanskelige følelser og tanker, som man har sett tidligere i oppgaven (Samuelson & Cashman, 2008).

Laor et al. (1997) undersøkte sammenhengen mellom barn og mødres PTSD symptomer, blant familier som var utsatt for traumer i forbindelse med Golf-krigen. Resultatene viste at barna hadde mindre PTSD symptomer etter 30 måneder, men dette gjaldt ikke for mødrene (Laor et al., 1997). For 4-åringene var barnas PTSD symptomer signifikant

korrelert til mødrenes generelle PTSD symptomer ($r = .67$, $p < .005$), og symptomer på intrusjoner ($r = .48$, $p < .05$) (Laor et al., 1997). PTSD symptomer hos 3-åringene var korrelert til mødrenes intrusjonssymptomer ($r = .67$, $p < .005$), symptomer på unngåelse ($r = .60$, $p < .005$), og mødrenes generelle symptomer ($r = .83$, $p < .001$) (Laor et al., 1997). I kontrollgruppen var det ingen signifikante korrelasjoner mellom barnas og mødrenes symptomer, uansett alder hos barnet (Laor et al., 1997). Disse resultatene antyder at mødrenes posttraumatiske stress reaksjoner har en påvirkning på barnets tilpasning etter krigsrelaterte traumer (Laor et al., 1997).

I en oppfølgingsstudie undersøkte Wolmer, Laor, Gershon, Mayes, & Cohen (2000) sammenhengen mellom barnas PTSD symptomer og mødrenes PTSD symptomer, og hvorvidt en slik sammenheng endret seg i forhold til barnets alder under traumet, blant samme gruppe israelske barn i førskolealder og deres mødre som var utsatt for traumer i forbindelse med Golf-krigen (Laor et al., 1997). Resultatene viste at det fantes positive signifikante korrelasjoner mellom de 6 år gamle barnas PTSD symptomer og både generelle og spesifikke PTSD symptomer hos mødrene (barna i denne gruppen var 3 år da traumene fant sted) (Wolmer et al., 2000). Korrelasjonene for eldre barns (7 og 8 år) symptomer var ikke signifikante (Wolmer et al., 2000). Dermed tyder resultatene fra denne studien på at selv om barna i de ulike aldersgruppene ikke var forskjellige når det gjaldt alvorlighetsgrad av PTSD symptomer, så var høyere alder forbundet med lavere korrelasjon mellom barnets posttraumatiske stress reaksjon og mødrenes reaksjon (Wolmer et al., 2000). Disse resultatene kan være et tegn på barnets økende autonomi, og at denne autonomien fører med seg et skifte i barnets regulering bort fra omsorgsgiver-barn dyaden til barnets mer modne selv (Wolmer et al., 2000). Funnene støtter hypotesen om at hos yngre barn er mødrenes posttraumatiske stress reaksjon en viktig påvirkning på barnets reaksjon (Wolmer et al., 2000).

Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å utforske hvordan intim partnervold kan ramme mødres omsorgsevne. Spesifikt har det blitt sett på om det finnes en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD, og videre hvordan voldsrelatert PTSD kan påvirke omsorgsevne hos kvinner. Det vil i fortsettelsen bli foretatt en drøfting av funnene fra litteraturgjennomgangen. Det vil først bli sett på funnene fra den første problemstillingen som undersøkte sammenheng mellom intim partnervold og PTSD hos kvinner, deretter den andre problemstillingen som undersøkte hvordan PTSD kan påvirke omsorgsevne. Til slutt vil det bli sett på ulike anbefalinger og implikasjoner.

Problemstilling (1): Finnes det en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD hos kvinner?

Som en ser fra resultatene viser gjennomgangen av de 19 artiklene at mellom ca. 6 % og 88 % av kvinnene utsatt for intim partnervold hadde symptomer på PTSD eller en PTSD diagnose. Samtlige studier fant dermed en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD symptomer og/eller diagnose. Det fantes imidlertid en stor spredning i disse resultatene. Det eksisterer store forskjeller mellom studiene blant annet i utvalg og definisjon av intim partnervold, noe som kan være med å forklare denne spredningen i resultatene.

Årsaker til spredning i resultatene

Forskjeller i utvalg

Det finnes som nevnt forskjeller i utvalgene som studiene er basert på. 13 av studiene har utvalg av hjelpsøkende kvinner, hvorav de fleste har spesifikke utvalg av kvinner som søker hjelp for intim partnervold. Dette vil si at kvinnene er rekruttert fra kvinneklinikker, krisesentre og andre samfunnsgrupper som tilbyr hjelp til voldsutsatte kvinner. Disse utvalgene er ofte mindre, mellom 14 og ca. 400 kvinner, sammenlignet med

befolkningsutvalgene (mellom ca. 200 og 4000 kvinner) i de seks andre studiene. En gjennomgang av resultatene fra denne oppgaven viser at det i gjennomsnitt er høyere forekomst av PTSD symptomer (36,5 %) og diagnose (46,9 %) i utvalgene av voldsutsatte, hjelpsøkende kvinner, sammenlignet med befolkningsundersøkelsene, henholdsvis 29,9 % (symptomer) og 5,9 % (diagnose). Man ser her at det særlig er en forskjell når det gjelder PTSD diagnose mellom de to typene utvalg (46,9 % sammenlignet med 5,9 %).

Dette stemmer overens med Cokers et al. (2005) påstand om at hjelpsøkende kvinner, som fra for eksempel krisesentre, helseklinikker eller psykiatriske institusjoner, har høyere sannsynlighet for å ha PTSD symptomer etter intim partnervold, og for å ha opplevd mer alvorlig intim partnervold. Det finnes imidlertid ulike metodiske faktorer som kan ha virket inn på denne forskjellen mellom befolkningsstudiene og studiene basert på hjelpsøkende kvinner. For det første var det kun *en* av befolkningsstudiene som undersøkte forekomst av PTSD *diagnose* (Seedat et al., 2005). Til sammenligning undersøkte seks av studiene med utvalg av hjelpsøkende kvinner forekomst av PTSD diagnose. Dermed er sammenligningsgrunnlaget for befolkningsstudiene svært lite. For det andre ble kvinner fra institusjoner ekskludert fra de befolkningsbaserte undersøkelsene, noe som kan bety at de mest alvorlig voldsrammede kvinnene er utelatt fra denne typen studier. For det tredje var seks av de syv befolkningsundersøkelsene kun basert på telefonintervju, og dermed ble kvinner som ikke har telefon ekskludert. Kun en av de tretten studiene med utvalg av hjelpsøkende kvinner benyttet seg av telefonintervju, men da i tillegg til annen kontakt (spørreskjema) (Dutton et al., 2005). Det kan tenkes at det finnes flere personer uten telefon blant arbeidsledige personer og personer med lavere inntekt, sammenlignet med personer med høyere inntekt. Høyere inntekt og det å være i arbeid ser ut til å være forbundet med lavere risiko for utvikling av PTSD etter intim partnervold (Coker et al., 2005; Rodriguez et al., 2008). Det kan dermed hende at de telefonbaserte befolkningsundersøkelsene ekskluderte en

risikogruppe av kvinner, sammenlignet med studier som ikke kun baserte seg på telefonintervju.

Resultatene fra litteraturgjennomgangen antyder at hjelpsøkende kvinner er i høyere risiko for å utvikle PTSD symptomer, og særlig PTSD diagnose, sammenlignet med voldsutsatte kvinner fra befolkningsundersøkelsene. Dette er også i tråd med tidligere forskning (Coker et al., 2005). Det finnes som nevnt metodiske faktorer som kan ha virket inn på denne forskjellen. Man kan dermed ikke vite om forskjellene mellom de ulike utvalgene representerer faktiske forskjeller mellom hjelpsøkende kvinner og voldsutsatte kvinner ellers i befolkningen, eller om forskjellene kan tilskrives de metodiske forskjellene mellom studiene, eller om det er en kombinasjon av disse to forklaringene.

Ulike definisjoner av intim partnervold

En annen faktor som kan være med å forklare den store spredningen i sammenheng mellom intim partnervold og PTSD er at det fantes store forskjeller i studienes definisjon av intim partnervold. To studier inkluderte kun *fysisk* vold i sin definisjon av intim partnervold. En studie inkluderte *fysisk* og *psykisk* vold. Seks studier inkluderte *fysisk* og *seksuell* vold. Seks studier inkluderte *fysisk*, *psykisk* og *seksuell* vold, mens fire studier inkluderte *fysisk*, *psykisk* og *seksuell* vold og *forfølgelse* i sin definisjon av intim partnervold. Dermed fantes det store forskjeller i hvilke inklusjonskriterier som ble benyttet i forhold til voldsutsatte kvinner i de ulike studiene, noe som kan ha hatt betydning for resultatene. Dersom man foretar en sammenligning av studiene i forhold til definisjon av intim partnervold, finner man en økning i forekomst av PTSD symptomer og diagnose ved de bredere definisjonene av intim partnervold, henholdsvis 8,85 % (fysisk vold), 19 % (fysisk og psykisk vold) 33,46 % (fysisk og seksuell vold), 39,78 % (fysisk, psykisk og seksuell vold), og 47,53 % (fysisk, psykisk og seksuell vold og forfølgelse). En slik sammenligning er imidlertid problematisk, da det varierer hvor mange studier som har samme definisjon, og sammenligningsgrunnlaget

blir dermed skjevt.

Dette er allikevel i tråd med forskningen som viser at det finnes en sammenheng mellom ulike typer intim partnervold og PTSD, noe som demonstrerer viktigheten av å inkludere flere former for intim partnervold i studiene. Pico-Alfonso (2005) fant at psykisk intim partnervold var den sterkeste predikatoren på PTSD symptomer. Mechanic et al. (2008) fant at psykisk intim partnervold og forfølgelse predikerte PTSD, selv etter at det ble kontrollert for effekten av fysisk vold, fysiske skader og seksuell tvang. Dutton et al. (2005) fant i sin studie at kvinner som opplevde høye nivå av *fire* former for intim partnervold (fysisk, psykisk og seksuell vold og forfølgelse) hadde høyest sannsynlighet for PTSD (88 %), sammenlignet med kvinner som opplevde høye nivå av *tre* former for intim partnervold (fysisk og psykisk vold og forfølgelse) (76 %). Bennice et al. (2003) fant at seksuell intim partnervold særlig var relatert til PTSD, sammenlignet med fysisk intim partnervold vold. Chandra et al. (2009) fant signifikante korrelasjoner mellom PTSD og fysisk mishandling, psykisk mishandling og seksuell tvang, henholdsvis korrelasjoner på .51, .65 og .39. Coker et al. (2005) fant også en spesifikk sammenheng mellom henholdsvis fysisk, psykisk og seksuell intim partnervold og PTSD.

Disse funnene viser at ulike former for intim partnervold kan føre til PTSD symptomer og/eller diagnose hos voldsutsatte kvinner. Studier som har utelatt enkelte former for intim partnervold, som for eksempel psykisk vold eller seksuell vold, ser dermed ut til å ha utvalg som ikke representerer hele spekteret av intim partnervold. Dermed er det en fare for at det dannes et feilaktig bilde av sammenhengen mellom intim partnervold og PTSD. Disse resultatene antyder at ulike inklusjonskriterier i definisjon av intim partnervold har bidratt til spredningen i sammenhengen mellom intim partnervold og PTSD. Det sier samtidig noe om viktigheten av å inkludere psykisk og seksuell vold i studier av intim partnervold og risiko for PTSD.

Et annet tema som kan kaste lys over den store spredningen i resultatene, og som kan bidra til en mer nyansert forståelse av sammenhengen mellom intim partnervold og PTSD er forskningen på ulike risikofaktorer og beskyttende faktorer.

Risikofaktorer og beskyttende faktorer

Resultatene viser at det finnes en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD. Det er samtidig tydelig at ikke alle kvinner som er utsatt for intim partnervold får PTSD eller har symptomer på PTSD. Noen av studiene fra litteraturgjennomgangen fokuserte på ulike risikofaktorer og beskyttende faktorer som kan være med å forklare hvorfor noen kvinner utvikler PTSD og andre ikke. Som nevnt er høyere inntekt og det å være i arbeid forbundet med lavere risiko for utvikling av PTSD etter intim partnervold (Coker et al., 2005; Rodriguez et al., 2008). Det er også funnet at mishandling i barndommen er forbundet med høyere risiko for både intim partnervold og mer alvorlig PTSD (Coker et al., 2005; Seedat et al., 2005; Whitfield, Anda, Dube, & Felitti, 2003). Dette er et viktig tema å utforske nærmere i fremtiden for å få et mer nyansert bilde av sammenhengen mellom intim partnervold og PTSD. Dette kan gjøre det enklere å identifisere de kvinner som har størst behov for hjelp og som er i risikozonen for utvikling av psykiske lidelser etter intim partnervold.

Det eksisterer i tillegg andre faktorer som er av betydning for tolkning av resultatene fra litteraturgjennomgangen, blant annet i forhold til spørsmål om kausalitet og validitet.

Kausalitet og validitet

Tverrsnittsundersøkelser

Alle studiene utenom en (Yoshihama & Horrocks, 2003) var tverrsnittsundersøkelser, og det blir dermed vanskelig å trekke konklusjoner angående kausalitet. Det er ikke mulig å si om intim partnervold har forårsaket PTSD hos kvinnene, eller om PTSD hos kvinnene har andre årsaker. Det ble i de fleste studiene ikke sjekket for tid siden intim partnervold, og det

ble heller ikke undersøkt for andre traumatiske hendelser som kan ha ført til PTSD. Dermed kan man ikke vite hvorvidt PTSD faktisk skyldes intim partnervold eller andre traumatiske hendelser i disse kvinnenes liv. Kun en studie kunne si noe om kausalitet i forhold til intim partnervold og PTSD (Yoshihama & Horrocks, 2003). Her ble det funnet at sannsynligheten for PTSD var over tre ganger høyere etter intim partnervold (Yoshihama & Horrocks, 2003). Samtidig tydet resultatene fra flere av studiene på at det eksisterer et dose-respons forhold mellom intim partnervold og PTSD (Bennice et al., 2003; Chandra et al., 2009; Dutton et al., 2005; Pico-Alfonso, 2005). Pico-Alfonso (2005) fant at intim partnervold var den sterkeste predikatoren på PTSD symptomatologi selv etter at det ble testet for andre typer vold. Disse resultatene som demonstrerer at høyere alvorlighetsgrad av intim partnervold er forbundet med høyere alvorlighetsgrad av PTSD bygger dermed opp under hypotesen om at intim partnervold kan forårsake PTSD.

Validitet av PTSD diagnoser

Validiteten av diagnosene som ble stilt i de ulike studiene kan tenkes å variere etter hvilke metoder som ble benyttet. Som nevnt var det kun en befolkningsstudie som stilte PTSD diagnose (Seedat et al., 2005). I denne ene befolkningsstudien som stilte diagnose ble det benyttet *trente intervjuere*, men det er usikkert hvorvidt de som gjennomførte telefonintervjuene er faglærte personer. Dette kan ha påvirket validiteten av diagnosene i denne studien (Seedat et al., 2005). Det varierte hvorvidt de andre studiene som stilte diagnose benyttet faglærte, trente klinikere til å stille diagnose, eller om diagnose ble stilt på bakgrunn av spørreskjema og deltakernes skårer på disse. I Nixons et al. (2004) studie ble diagnose først stilt ved å benytte "the Clinician-Administered PTSD Scale" (CAPS) og "the Structured Interview for DSM-IV" (SCID), hvorpå diagnosene ble kvalitetssikret ved at andre fakultetsmedlemmer stilte diagnose ut ifra lydopptak uvitende om den opprinnelige diagnosen. Det var en overensstemmelse på 97 % (Nixon et al., 2004). Også Stein og

Kennedy (2001) benyttet CAPS og SCID-P for å stille PTSD diagnose. I Chandras et al., (2009), Rodriguez' et al. (2008) og Duttons et al. (2005) studie ble diagnose stilt ut ifra skårer på Post-Traumatic Symptom Checklist (PCL). I Fedovskiys et al. (2008) studie ble diagnose stilt ut i fra "the Posttraumatic Stress Diagnostic Scale" (PDS). Det ser dermed ut til at kun to studier stilte PTSD diagnose på bakgrunn av samtale med deltakerne, mens de øvrige studiene stilte diagnose ut i fra skårer på spørreskjema. Validiteten av diagnosene som ble stilt på bakgrunn av spørreskjema kan være dårligere enn de som er basert på samtale med deltaker. Ved å i større grad benytte kliniske intervju til å stille diagnose, kan det tenkes at man ville fått en større kvalitetssikring av diagnosene, og dermed også mer representative resultater av sammenheng mellom intim partnervold og PTSD. Selv om validiteten av PTSD diagnosene stilt i de ulike studiene kan være begrenset, gir undersøkelsene en antydning på forekomst av PTSD blant voldsutsatte kvinner.

Man ser her at de instrumentene som er benyttet for å stille PTSD diagnose er basert på de klassiske kriteriene for PTSD. Men hva sier studiene i forhold til komorbiditet og mer komplekse former for PTSD?

Komorbiditet versus kompleks PTSD(DESNOS)

Flere av studiene undersøkte komorbiditet til depresjon. Det ble funnet at blant voldsutsatte kvinner med PTSD symptomer og/eller diagnose hadde mellom 4,2 % og 80 % komorbide depressive symptomer og/eller diagnose.

Kompleks PTSD (DESNOS) ble nevnt i kun en av studiene (Lindgren & Renck, 2008). Som nevnt innledningsvis har DESNOS blitt foreslått som en mer passende diagnose for personer som lider av en rekke symptomer hvor ikke alle omfattes av den klassiske PTSD diagnosen (van der Kolk et al., 2005). Man kan stille spørsmål om PTSD hos voldsutsatte kvinner ser annerledes ut enn den klassiske konseptualiseringen av PTSD. PTSD-kriteriene er skapt på bakgrunn av krigsveteraners symptombilde. For det første er disse i stor grad menn.

For det andre kan det tenkes at symptombildet kan arte seg på mer traumespesifikke måter, og at voldsutsatte kvinner har et annerledes symptommønster av posttraumatisk stress enn krigsveteraner. Som man også så innledningsvis blir det trukket et skille mellom (1) PTSD som konsekvens av voldsrelaterte traumer (som intim partnervold) og (2) PTSD som konsekvens av andre typer traumer (som bilulykker, naturkatastrofer og lignende) (Schechter et al., 2008). Det kan dermed stilles spørsmål ved om den høye komorbiditeten mellom PTSD og depresjon nettopp kan være et uttrykk for mer komplekse symptommønster av PTSD, i stedet for to urelaterte psykiske lidelser. Dersom dette er tilfellet kan det hende at det blir mangelfullt å benytte de klassiske kriteriene til å stille PTSD diagnose i studier av voldsutsatte kvinner. Dersom det er slik at PTSD hos voldsutsatte kvinner arter seg annerledes enn det klassiske symptombildet av PTSD, er det mulig at det forekommer en underrapportering av PTSD i studiene fra litteraturgjennomgangen. Man hadde gjerne fått et mer nyansert bilde av sammenhengen mellom intim partnervold og PTSD dersom man hadde undersøkt for mer komplekse former for PTSD (DESNOS).

Komorbiditet til andre psykiske lidelser

I følge van der Kolk et al. (2005) finnes det en høy komorbiditet også mellom PTSD andre psykiske lidelser som og angst og rusmisbruk. Creamer et al., (2001) fant at rundt 80 % av utvalget med PTSD hadde minst en annen diagnose; mest vanlig depresjon (major depressive disorder) og alkoholmisbruk. Det har ikke blitt undersøkt for andre komorbide lidelser enn depresjon i denne litteraturgjennomgangen. Dette kan være viktig å utforske nærmere i senere studier.

Oppsummert gir resultatene fra litteraturgjennomgangen belegg for at det finnes en sammenheng mellom kvinners utsatthet for intim partnervold og PTSD symptomer og diagnose. Det er imidlertid en stor spredning i disse resultatene, noe metodiske faktorer som forskjellige typer utvalg og ulike definisjoner av intim partnervold kan ha påvirket til. Ulike

svakheter ved studiene (tverrsnittundersøkelser, manglende kvalitetssikring av diagnose med mer) kan også ha vært av betydning for tolkning av resultatene.

Nå når sammenhengen mellom intim partnervold og PTSD har blitt dokumentert, kan man gå videre til å se på hvordan voldsrelatert PTSD hos mødre kan påvirke omsorgsevnen.

Problemstilling (2): Hvordan kan voldsrelatert PTSD hos mødre påvirke omsorgsevne?

Resultatene fra litteraturgjennomgangen antyder at PTSD kan påvirke mødres omsorgsevne på flere måter. Det ble funnet at mødres PTSD kan påvirke barnas emosjonelle utvikling ved at emosjonsreguleringen blir forstyrret (Samuelson & Cashman, 2008). Videre ble det funnet at mødres PTSD kan føre til desorganisert tilknytning hos barn ved at mødre befinner seg i en tilstand av vedvarende frykt som følge av traumatisering, og at dette medfører atypisk atferd hos mødre som skremt eller skremmende atferd (Almqvist, 2003; Lyons-Ruth et al., 1999; Schechter et al., 2008). Cohen et al. (2008) fant en negativt signifikant korrelasjon mellom PTSD og fysisk disiplinering av barn. Videre er det sannsynlig at det finnes en sammenheng mellom mødres PTSD og forstyrrede mentale representasjoner av barna (Almqvist, 2003; Schechter et al., 2007). Schechter et al. (2008) fant at mødres forstyrrede mentale representasjoner var relatert til mødrenes atypiske foreldreatferd. Samtidig ser det ut til at mødres PTSD også kan påvirke kvaliteten og innholdet i barnas mentale representasjoner på en negativ måte, og at slike negative karakteristikk av barnas mentale representasjoner er forbundet med desorganisert tilknytning (Schechter et al., 2007). Det ser også ut til at mødres PTSD kan ha negativ påvirkning på foreldretilfredsheten (Berz et al., 2008; Gold et al., 2007), og at mødres PTSD kan øke risikoen for at barna får psykiske problem (Laor et al., 1997; Smith et al., 2001; Wolmer et al., 2000).

Disse resultatene tyder på at voldsrelatert PTSD hos mødre kan påvirke omsorgsevne på en måte som er skadelig for barnet. Det er imidlertid flere faktorer som kan legge begrensninger for en slik konklusjon. Blant annet dreier dette seg om lite og uoversiktlig

forskning. Samtidig finnes det noen metodiske svakheter ved studiene som manglende kausalitetsanalyser, manglende kontrollgrupper, spørsmål om diagnostikk og manglende informasjon om mødres omsorgsevne etter volden.

Svakheter ved forskningen

Lite forskning på voldsutsatte mødres omsorgsevne

Litteraturgjennomgangen som gjelder den andre problemstillingen er basert på få studier. Det finnes generelt lite forskning på voldsutsatte mødres omsorgsevne. På grunn av denne mangelen på forskning ble det i denne oppgaven også inkludert studier av PTSD og omsorgsevne etter andre typer vold enn intim partnervold som for eksempel mishandling i barndom, og voldelige hendelser i forbindelse med krig (Almqvist & Broberg, 2003; Berz et al., 2008; Gold et al., 2007; Laor et al., 1997; Smith et al., 2001; Wolmer et al., 2000). Flere av studiene undersøkte PTSD etter voldsrelaterte traumer i barndom og oppvekst (inkludert intim partnervold) og konsekvenser for omsorgsevne (Cohen et al., 2008; Schechter et al., 2005; Schechter et al., 2007; Schechter et al., 2008). Kun en studie undersøkte PTSD og omsorgsevne spesifikt etter intim partnervold (Samuelson & Cashman, 2008). Det er imidlertid usikkert hvorvidt det er mulig å generalisere funnene fra studier som tar for seg PTSD og omsorgsevne etter andre former for vold til å gjelde PTSD og omsorgsevne etter intim partnervold. Skillet som blir trukket mellom (1) PTSD som konsekvens av voldsrelaterte traumer og (2) PTSD som konsekvens av andre typer traumer (Schechter et al., 2008), antyder allikevel at en slik generalisering er mulig, og at det dermed var gunstig å inkludere studier av andre former for voldsrelatert PTSD i denne litteraturgjennomgangen.

Lite systematisering i forskningen

Man kan få et inntrykk av at det finnes svært lite systematisering i forhold til forskningen som er blitt gjort angående voldsutsatte mødres PTSD og omsorgsevne. Dette

kan sannsynligvis sees i sammenheng med at forskningen på dette området fremdeles er i startfasen, og at det dermed eksisterer lite forskning på området. De ulike studiene i denne oppgaven undersøkte ulike aspekter ved omsorgsevne, og det fantes få studier som undersøkte samme fenomen. Dette førte til vanskeligheter med å trekke konklusjoner angående PTSD og de ulike aspektene ved omsorgsevne, da det gjerne kun dreide seg om en eller to studier. Det kunne vært interessant og gått mer i dybden på hver av de ulike tema, for eksempel hvordan PTSD hos mor kan påvirke emosjonsregulering. Til dette eksisterer det for lite forskning til å kunne gjøre det i denne oppgaven.

Tverrsnittundersøkelser

Også studiene i forbindelse med den andre problemstillingen dreier seg om tverrsnittundersøkelser. Konklusjoner angående kausalitet blir dermed også her problematisk. Man vet lite om hvordan mødrenes omsorgsevne var før volden fant sted. Det er dermed vanskelig å si hva som er en konsekvens av volden, og hvordan kvinnes omsorgsevne ville vært uten opplevd vold.

Manglende kontrollgruppe

Det er også problematisk å si hva som er en konsekvens av mødrenes PTSD. Manglende kontrollgrupper i flere av studiene førte til at man ikke fikk en sammenligning av de ulike aspektene ved omsorgsevne hos voldsutsatte kvinner med og uten PTSD. Kun en av studiene inkluderte en kontrollgruppe (Cohen et al., 2008).

Komorbiditet til depresjon versus kompleks PTSD (DESNOS)

I denne oppgaven er kun effekten av voldsrelatert PTSD på mødres omsorgsevne undersøkt. Som man så tidligere er det funnet høy komorbiditet mellom PTSD og depresjon etter intim partnervold (e.g. Lipsky et al., 2005; Mechanic et al., 2008; Stein & Kennedy, 2001). Uansett om denne komorbiditeten er et uttrykk for mer komplekse former for PTSD

eller om det er uttrykk for to urelaterte psykiske lidelser, kan det tenkes at depressive symptomer kan være med å komplisere forholdet mellom PTSD og omsorgsevne. Få studier tok høyde for slike komplekse symptomkonstellasjoner (komorbiditet mellom PTSD og depresjon) i sin undersøkelse av PTSD og omsorgsevne (Cohen et al., 2008; Smith et al., 2001). Det kan tenkes at depressive symptomer har vært tilstede hos mødrene, selv om dette ikke ble undersøkt. Dersom dette er tilfellet kan det være problematisk å fastslå om det er PTSD symptomer eller depressive symptomer som påvirker utfallene ved omsorgsevne, eller om begge deler kan ha hatt en innvirkning. Dermed kan det tenkes at det ville vært mer gunstig å se på både PTSD og depresjon i forhold til omsorgsevne.

Studiene gjennomgått i denne oppgaven fokuserte på PTSD ut i fra de klassiske kriteriene etter DSM-IV eller ICD-10. Det ble ikke sett på kompleks PTSD (DESNOS) og omsorgsevne. På samme måte som den høye komorbiditeten mellom PTSD og depresjon antyder at det er viktig å inkludere depressive symptomer i studier av PTSD og omsorgsevne, sier det også noe om at man kanskje bør undersøke for mer komplekse former for PTSD i disse studiene. Dersom man hadde inkludert kompleks PTSD (DESNOS) i studiene kan det tenkes at man ville fått en annerledes studiegruppe, med den påvirkning dette eventuelt ville hatt på resultatene. Det kan være en fare for at kvinner med mer komplekse former for PTSD har blitt ekskludert fra studiene, og at en viktig gruppe kvinner har forsvunnet fra forskningen.

Mødres omsorgsevne etter at volden har opphørt

Man vet lite om hva som skjer med mødres PTSD og omsorgsevne etter at volden har opphørt. Det undersøkes i de fleste studiene ikke hvorvidt de voldsutsatte kvinnene fremdeles bor sammen med voldsutøver, eller om de fremdeles er utsatt for vold. Selv om mor og barn har flyttet bort fra voldsutøver er det heller ikke en selvfølgelighet at volden tar slutt. Coker et al. (2005) fant at en av de viktigste beskyttende faktorene mot moderate til alvorlige PTSD symptomer var opphør av volden. Det ble funnet at nåværende PTSD skårer var signifikant

lavere blant kvinner som rapporterte at deres nåværende partner ikke lenger var voldelig mot dem (Coker et al., 2005). Mertin og Mohr (2001) fant at skårer på PTSD symptomer blant voldsutsatte kvinner fra krisesentre var signifikant redusert etter en 12 måneders periode hvor sosial støtte og sikkerhet hadde vært i fokus. Et betydelig antall kvinner rapporterte imidlertid fortsatt om en rekke PTSD symptomer etter 12 måneder (Mertin & Mohr, 2001). Dette tyder på at PTSD symptomer kan vedvare, selv etter at volden har opphørt. Dermed er det også sannsynlig at voldsutsatte mødres omsorgsevne kan være rammet over tid.

På tross av disse begrensningene viser samtlige studier fra denne litteraturgjennomgangen at omsorgsevnen hos voldsutsatte mødre med PTSD kan rammes på en negativ måte. I fortsettelsen vil det bli kommet med anbefalinger i forhold til videre forskning og implikasjoner for klinisk praksis.

Implikasjoner og videre forskning

Det er tydelig at det er et stort behov for mer forskning. Når det gjelder sammenheng mellom intim partnervold og PTSD er det viktig at den videre forskningen i større grad benytter likere definisjoner av intim partnervold, og at flere former for intim partnervold blir inkludert i definisjonen. Det kan videre være en fordel å undersøke hvorvidt den høye komorbiditeten mellom PTSD og depresjon etter intim partnervold er et uttrykk for kompleks PTSD (DESNOS), slik at man er sikre på å inkludere alle kvinner som lider av PTSD symptomatologi etter intim partnervold og best mulig kan tilpasse behandling til disse. Det er også viktig å fokusere på ulike risikofaktorer og beskyttende faktorer som er involvert i forholdet mellom intim partnervold og PTSD. Til slutt er det viktig med longitudinelle undersøkelser, som i større grad kan si noe om kausalitet.

Det ser særlig ut til at det er behov for mer forskning i forhold til voldsutsatte mødres omsorgsevne. Det er behov for mer systematisering i forhold til denne forskningen, da det er et forskningsfelt preget av uoversiktighet. Også her er det behov for mer avklaring i forhold

til kompleks PTSD (DESNOS) og komorbiditet, da forskningen på voldsrelatert PTSD og omsorgsevne i stor grad kun har fokusert på de klassiske kriteriene for PTSD. Videre vet man lite om omsorgsevne etter at volden har opphørt. Som man så tidligere finnes det forskning som tyder på at volden kan ha konsekvenser i lang tid etter at den har opphørt (Mertin & Mohr, 2001). Dette vil være viktig å utforske i den videre forskningen.

På tross av den manglende forskningen antyder resultatene fra denne oppgaven en viktighet av voldsutsatte mødres omsorgsevne som en risikofaktor for voldseksponeerte barns psykiske helse. Historisk sett har forskning på voldsutsatte kvinners omsorgsevne vært preget av en polarisering, hvor det har dannet seg to leirer med ulike syn på hvordan man skal snakke om voldsutsatte kvinners morsrolle og foreldreansvar (Beeman, Hagemeister, & Edleson, 1999). Den ene leiren, *abused women's advocates*, mener at man ikke kan forstå kvinners holdninger og handlinger overfor barna uten å sette dette inn i den sosiale og psykologiske konteksten som voldsutsatte mødre er fanget i (Buchbinder & Eisikovits, 2004). Den motsatte leiren er mer barnefokusert, og ser barnet som det primære offeret (Buchbinder & Eisikovits, 2004). Fokus blir her snudd bort fra volden, og mot voldsutsatte kvinners ansvarlighet for barnas situasjon (Buchbinder & Eisikovits, 2004). *Abused women's advocates* blir kritisert for ikke å ta hensyn til undersøkelser av barn som er vitne til vold og at de fornekteffekten det å være vitne til vold kan ha på barna (Buchbinder & Eisikovits, 2004). Det blir hevdet at voldsutsatte kvinners foreldreskap glorifiseres, og at omtrent all atferd fra en voldsutsatt kvinne overfor sine barn kan forstås og tilgis, eller i det minste forklares (Buchbinder & Eisikovits, 2004). En slik polarisering er lite konstruktiv. Det må være mulig å snakke om kvinners omsorgsevne og behandling av voldsrelaterte psykiske lidelser, uten at dette handler om en skyldfordeling. Resultatene fra denne oppgaven viser at det er en sammenheng mellom det å være utsatt for intim partnervold og psykiske lidelser som PTSD og depresjon. Videre tyder resultatene på at PTSD kan ha skadelige konsekvenser

for mødres omsorgsevne. Forskning antyder også at PTSD symptomer kan vedvare i lang tid etter at volden har opphørt (Mertin & Mohr, 2001), noe som kan bety at kvinners omsorgsevne kan være skadet i lang tid etter at volden er over. Dermed gir funnene i denne litteraturgjennomgangen belegg for at det er viktig med fokus på voldsutsatte mødres omsorgsevne i forbindelse med hjelp til voldseksponerte barn.

I følge Barnevernloven § 1-1 skal barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling få nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Loven skal også sikre at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Det første trinnet for å sikre hjelp og omsorg til voldseksponerte barn må være å skåne barna for volden. Videre bør det være et behandlingstilbud til den som utøver volden, da det er en opplagthet at voldsutøvers omsorgsevne er svekket. I tillegg vil det være viktig med fokus på voldsutsatte mødres omsorgsevne. Denne litteraturgjennomgangen har vist at også voldsutsatte mødre bør få behandling for sine psykiske lidelser som kan følge i kjølvannet av volden. Dette er viktig for å kunne oppfylle barnevernlovens krav om hjelp og omsorg til rett tid. Behandling av voldsutsatte mødres PTSD bør dermed være en del av hjelpen som tilbys i situasjoner hvor barn blir eksponert for vold, eller har mødre som er utsatt for intim partnervold. Dette kan være et viktig tiltak i hjelp av voldspeksponte barn. Barnevernet kan være en pådriver til behandling av mors psykiske lidelser. Barnevernet er lovpålagt å handle med hensyn til barnets beste, og resultatene fra litteraturgjennomgangen tyder på at et fokus på mødres omsorgsevne og behandling av mødres voldsrelaterte psykiske lidelser vil være til det beste for voldseksponerte barn. Det må ikke glemmes at det er barnets beste som skal være det viktigste. Ingen argumenter veier tyngre enn nettopp barnets beste.

Konklusjon

Det har i denne oppgaven blitt undersøkt hvorvidt det finnes en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD hos kvinner. Det ble i tillegg sett på komorbiditet til depresjon, og

kompleks PTSD (DESNOS). Det ble videre undersøkt hvordan voldsrelatert PTSD kan påvirke mødres omsorgsevne. Studiene i denne litteraturgjennomgangen fant en sammenheng mellom intim partnervold og PTSD hos kvinner. Det ble samtidig funnet en høy komorbiditet til depresjon. Kun en studie undersøkte kompleks PTSD (DESNOS) i forhold til kvinner utsatt for intim partnervold, og det ble her funnet at kvinnene i stor grad viste symptomer i tråd med en slik diagnose (Lindgren & Renck, 2008).

Videre ble det funnet at voldsrelatert PTSD kan påvirke omsorgsevne på ulike måter. Blant annet ved at emosjonsreguleringen kan bli forstyrret (Samuelson & Cashman, 2008), at mødres tilstand av vedvarende frykt som følge av traumatisering kan medføre skremt og/eller skremmende atferd hos mødrene som igjen er forbundet med desorganisering i tilknytningen (Almqvist & Broberg, 2003; Lyons-Ruth et al., 1999; Schechter et al., 2008), og at mødres mentale representasjoner av barna kan bli forstyrret (Almqvist & Broberg, 2003; Schechter et al., 2007). Det ble også funnet en negativt signifikant korrelasjon mellom PTSD og fysisk disiplinering av barn (Cohen et al., 2008), og at mødres PTSD kan ha negativ påvirkning på foreldretilfredsheten (Berz et al., 2008; Gold et al., 2007). Til slutt ble det funnet at mødres PTSD kan øke risikoen for at barna får psykiske problem (Smith et al., 2001).

Disse resultatene tyder på at det er viktig å ha fokus på voldsutsatte mødres omsorgsevne i forbindelse med hjelp til voldseksponerte barn. Det er imidlertid tydelig at det er behov for mer forskning, særlig i forhold til voldsutsatte mødres omsorgsevne.

Referanser:

- Ainsworth, M. D. S. (1978). *Attachment: Patterns of attachment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Almqvist, K., & Broberg, A. G. (2003). Young children traumatized by organized violence together with their mothers - The critical effects of damaged internal representations. *Attachment & Human Development, 5*(4), 367-380.
- Appel, A. E., & Holden, G. W. (1998). The co-cocurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology, 12*(4), 578-599.
- Appleyard, K., & Osofsky, J. D. (2003). Parenting after trauma: Supporting parents and caregivers in the treatment of children impacted by violence. *Infant Mental Health Journal, 24*, 111-125.
- Arias, I. (2000). Special series: Intimate partner violence. Introduction. *Behavior Therapy, 31*, 599-602.
- Beeman, S. K., Hagemester, A. K., & Edleson, J. L. (1999). Child protection and battered women's services: From conflict to collaboration. *Child Maltreatment, 4*(2), 116-126.
- Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M., & Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on post-traumatic stress disorder symptomatology. *Violence and Victims, 18*(1), 87.
- Berz, J. B., Taft, C. T., Watkins, L. E., & Monson, C. M. (2008). Associations between PTSD symptoms and parenting satisfaction in a female veteran sample. *Journal of Psychological Trauma, 7*(1), 37-45.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Volume I*. New York: Basic Books Inc., Publishers.

Buchbinder, E., & Eisikovits, Z. (2004). Reporting bad results: The ethical responsibility of presenting abused women's parenting practices in a negative light. *Child and Family Social Work, 9*, 359-367.

Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 228-249.

Chandra, P. S., Satyanarayana, V. A., & Carey, M. P. (2009). Women reporting intimate partner violence in India: associations with PTSD and depressive symptoms. *Arch Womens Mental Health, 12*, 203-209.

Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology. A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.

Cohen, L. R., Hien, D. A., & Batchelder, S. (2008). The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreatment, 13*(1), 27-38.

Cohen, N. J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M., et al. (1999). Watch, wait and wonder: testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal, 20*(4), 429-451.

Coker, A. L., Weston, R., Creson, D. L., Justice, B., & Blakeney, P. (2005). PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: The role of risk and protective factors. *Violence and Victims, 20*(6), 625-643.

Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine, 31*, 1237-1247.

DSM-IV (2000). *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed.).

Dutton, M. A. (2009). Pathways linking intimate partner violence and posttraumatic stress disorder. *Trauma, Violence, & Abuse, 10*(3), 211-224.

- Dutton, M. A., Kaltman, S., Goodman, L. A., Weinfurt, K., & Vankos, N. (2005). Patterns of Intimate Partner Violence: Correlates and Outcomes. *Violence and Victims, 20*(5), 483-497.
- Edelson, J. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 839-870.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Murphy, B., Maszk, P., Smith, M., & Karbon, M. (1995). The role of emotionality and regulation in children's social functioning. A longitudinal study. *Child Development, 66*(5), 1360-1384.
- Fabes, R. A., Eisenberg, N., Jones, S., Smith, M., Guthrie, I., Poulin, R., et al. (1999). Regulation, emotionality, and preschooler's socially competent peer interactions. *Child Development, 70*, 432-442.
- Fantuzzo, J. W., & Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *Future of children, 9*(3), 21-32.
- Fantuzzo, J. W., Boruch, R., Beriama, A., Atkins, M., & Marcus, S. (1997). Domestic violence and children: Prevalence and risk in five major U.S. cities. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(1), 116- 122.
- Fedovskiy, K., Higgins, S., & Paranjape, A. (2008). Intimate partner violence: How does it impact major depressive disorder and post traumatic stress disorder among immigrant Latinas? *J Immigrant Minority Health, 10*, 45-51.
- Ford, J. D., Stockton, P., Kaltman, S., & Green, B. L. (2006). Disorder of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(11), 1399-1416.
- Gilbert, P. (1993). Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology, 32*(2), 131-153.

Gold, J. I., Taft, C. T., Keehn, M. G., King, D. W., King, L. A., & Samper, R. E. (2007). PTSD symptom severity and family adjustment among female Vietnam veterans. *Military Psychology, 19*(2), 71-81.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391.

Hesse, E., & Main, M. (1999). Second generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: Dissociated, frightening, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry, 19*(481-540).

Hofer, M. A. (1984). Relationships as regulators: a psychobiological perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine, 183-187*.

Isdal, P. (2002a). *Meningen med volden* (2. ed.). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Isdal, P. (2002b). Vold mot mor er vold mot barn - om barn som vokser opp som vitne til vold i familien. *Voksne for Barns årsrapport 2002*.

Kaminer, D., Grimsrud, A., Myer, L., Stein, D. J., & Williams, D. R. (2008). Risk for post-traumatic stress disorder associated with different forms of interpersonal violence in South Africa. *Social Science & Medicine, 67*, 1589-1595.

Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity study. *Archives of General Psychiatry, 52*(1048-1060).

Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L. C., Gershon, A., Wiezman, R., & Cohen, D. J. (1997). Israeli Preschool Children Under Scuds: A 30-Month Follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(3), 349-356.

Lindgren, M. S., & Renck, B. (2008). 'It is still so deep-seated, the fear': psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*, 219-228.

Liotti, G. (2000). Disorganized attachment, models of borderline states and evolutionary psychotherapy. In P. Gilbert, Bailey, K. (Ed.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 232-256). Hove: Psychology Press.

Lipsky, S., Field, C. A., Caetano, R., & Larkin, G. L. (2005). Posttraumatic Stress Disorder Symptomatology and Comorbid Depressive Symptoms Among Abused Women Referred From Emergency Department Care. *Violence and Victims, 20*(6), 645-658.

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 64*(3), 67-96.

Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and Hostile-Helpless states of mind on the AAI. *Attachment & Human Development, 5*(4), 330-414.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, Cicchetti, D., Cummings, E. M. (Ed.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. . Chicago: University of Chicago Press.

Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology, 51*, 445-479.

Mechanic, M. B., 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, 14*(6), 634-654.

Mertin, P., & Mohr, P. B. (2001). A follow-up study of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in Australian victims of domestic violence. *Violence and Victims, 16*(6), 645-654.

Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(3), 471-476.

Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge - en selvrappporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)

Nixon, R. D. V., Resick, P. A., & Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders, 82*, 315-320.

NOU (2003). *NOU 2003:31 Retten til et liv uten vold. Menns vold mot kvinner i nære relasjoner*. Oslo.

Owen, A. E., Thompson, M. P., & Kaslow, N. J. (2006). The mediating role of parenting stress in the relation between intimate partner violence and child adjustment. *Journal of Family Psychology, 20*, 505-513.

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.

Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: the Duluth model*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29*, 181-193.

Rodriguez, M. A., Heilemann, M. S. V., Fielder, E., Ang, A., Nevarez, F., & Mangione, C. M. (2008). Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *Annals of Family Medicine, 6*(1), 44-52.

Saltzman, L. E. (2004). Definitional and methodological issues related to transnational research on intimate partner violence. *Violence Against Women, 10*(7), 812-830.

Samuelson, K. W., & Cashman, C. (2008). Effects of intimate partner violence and maternal posttraumatic stress symptoms on children's emotional and behavioral functioning. *Journal of Emotional Abuse, 8*(1/2), 139-153.

Schechter, D. S., Coates, S. W., Kammerer, T., Coots, T., Zeanah Jr., C. H., Davies, M., et al. (2008). Distorted maternal mental representations and atypical behavior in a clinical sample of violence-exposed mothers and their toddlers. *Journal of Trauma Dissociation, 9*(2), 123-147.

Schechter, D. S., Coots, T., Zeanah, C. H., Davies, M., Coates, S. W., Trabka, K. A., et al. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment & Human Development, 7*(3), 313-331.

Schechter, D. S., Zygmont, A., Trabka, K. A., Davies, M., Colon, E., Kolodji, A., et al. (2007). Child mental representations of attachment when mothers are traumatized: The relationship of family-drawings to story-stem completion. *Early Child Infant Psychol., 3*, 119-141.

Seedat, S., Stein, M. B., & Forde, D. R. (2005). Association between physical partner violence, posttraumatic stress, childhood trauma, and suicide attempts in a community sample of women. *Violence and Victims, 20*(1), 87.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development, 7*(3), 269-281.

- Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Rabe-Hesketh, S. (2001). War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Hercegovina. *Journal of Child Psychol. Psychiat.*, 42(3), 395-404.
- Solomon, J., & George, C. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 183-197.
- Stein, M. B., & Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66, 133-138.
- Stets, J. E., & Straus, M. A. (1989). The marriage license as a hitting license: A comparison of assaults in dating, cohabiting, and married couples. *Journal of Family Violence*, 4(2), 161-180.
- Tetzchner, S. v. (2001). *Utviklingspsykologi. Barne - og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. *Violence Against Women*, 6, 142-161.
- Tronick, E. Z., & Gianino, A. F. J. (1986). The transmission of maternal disturbance to the infant. *New Directions for Child Development*, Winter(34), 5-11.
- van der Kolk, B. A., & McFarlane, A. C. (1996). The black hole of trauma. In B. A. v. d. Kolk, McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Ed.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorder of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress* 18(5), 389-399.

van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, *117*(3), 387-403.

van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *developmental Psychopathology*, *11*(2), 225-249.

Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R., & Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partnerviolence in adults. *Journal of Interpersonal Violence*, *18*(2), 166-185.

WHO (1992). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wolmer, L., Laor, N., Gershon, A., Mayes, L. C., & Cohen, D. J. (2000). The mother-child dyad facing trauma: A developmental outlook. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*(7), 409-415.

Yoshihama, M., & Horrocks, J. (2003). The relationship between intimate partner violence and PTSD: An application of Cox Regression with time-varying covariates. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(4), 371-380.