

Volds- og overgrepserfaringer og livskvalitet hos ungdom i Norge

En populasjonsbasert studie

Ragnhild E. Austrheim og Anine Forsberg



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2021

Volds- og overgrepserfaringer og livskvalitet hos ungdom i Norge

En populasjonsbasert studie

Ragnhild E. Austrheim og Anine Forsberg

© Ragnhild E. Austrheim og Anine Forsberg

2021

Volds- og overgrepserfaringer og livskvalitet hos ungdom i Norge: En populasjonsbasert studie

Ragnhild E. Austrheim og Anine Forsberg

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

Sammendrag

Forfattere: Ragnhild E. Austrheim og Anine Forsberg

Tittel: Volds- og overgrepserfaringer og livskvalitet hos ungdom i Norge: En populasjonsbasert studie

Veiledere: Else-Marie Augusti og Christian K. Tamnes

Problemstilling: Finnes det en sammenheng mellom volds- og overgrepserfaringer og helserelatert livskvalitet hos ungdom mellom 12-16 år, og modereres sammenhengen av psykiske helseplager og av om ungdommen har søkt hjelp?

Bakgrunn og formål: Forskning viser at å ha blitt utsatt for vold og overgrep i barndommen er forbundet med redusert livskvalitet i voksen alder, men fortsatt finnes det få studier hvor deltakerne fremdeles er barn. Vi har derfor begrenset kunnskap om livskvalitet hos barn og unge som er utsatt for vold og overgrep. Å undersøke livskvalitet er nyttig fordi det gir informasjon om individets egen opplevelse av livet, og det vil derfor gi kunnskap om i hvilken grad, og på hvilken måte volds- og overgrepserfaringer utgjør en byrde i hverdagen. I denne studien imøtegår vi forskningen som etterspør flere studier ved å undersøke livskvalitet hos ungdom i et stort norsk populasjonsutvalg. Vi undersøker også om psykiske helseplager og hjelpesøking moderer sammenhengen mellom volds- og overgrepserfaringer og livskvalitet. En eventuell moderatoreffekt av psykiske helseplager kan indikere at intervensjoner rettet mot psykisk helse også kan bidra til økt livskvalitet. Dersom ungdom som hadde søkt hjelp rapporterte høyere livskvalitet, ville det antyde at å søke hjelp beskytter livskvaliteten mot svekkelser som følge av vold og overgrep.

Metode: Data ble hentet fra en nasjonalt representativ omfangsundersøkelse av volds- og overgrepserfaringer i oppveksten blant ungdom i alderen 12-16 år (UEVO-studien). Vi tok utgangspunkt i hele utvalget i UEVO-studien (n = 9240). Volds- og overgrepserfaringer ble inndelt i dimensjonene omsorgssvikt (fravær av omsorg) og trusselrelatert mishandling (aktive handlinger som truer barnets integritet) etter det teoretiske DMAP rammeverket. Kun volds- og overgrepstilfeller hvor voksne var utøvere ble undersøkt. Sammenhengen mellom de to dimensjonene og livskvalitet ble studert ved hjelp av hierarkisk multiple regresjonsanalyser. Samme fremgangsmåte ble benyttet for å undersøke om ulike former for trusselrelatert mishandling (psykisk vold, fysisk vold og seksuelle overgrep) hadde ulik sammenheng med livskvalitet. Deretter ble det gjennomført moderatoranalyser for å

undersøke om psykiske helseplager og hjelpesøking modererte sammenhengene mellom vold- og overgrepserfaringer og livskvalitet.

Resultater: Både omsorgssvikt og trusselrelatert mishandling viste negative sammenhenger med livskvalitet. Omsorgssvikt var assosiert med en minimalt større svekkelse i livskvalitet enn trusselrelatert mishandling. Av de tre formene for trusselrelatert mishandling var psykisk vold assosiert med størst svekkelse. Resultatene viste at psykiske helseplager modererte sammenhengen mellom trusselrelatert mishandling og livskvalitet, samt mellom fysisk vold og livskvalitet. I begge tilfeller var sammenhengen kun signifikant ved lave og moderate nivåer av psykiske helseplager. Hjelpesøking modererte ikke sammenhengene mellom volds- og overgrepserfaringer og livskvalitet.

Konklusjon: Studien viser at volds- og overgrepserfaringer har en sammenheng med en svekkelse i ungdommers livskvalitet. Dette er i tråd med de få studiene som allerede eksisterer. Omsorgssvikt og psykisk vold ser ut til å være noe mer skadelig enn fysisk vold og seksuelle overgrep for livskvaliteten. Ungdomsfasen er et mulighetsvindu for å intervensjonere og hjelpe. At psykiske helseplager kun påvirket sammenhengen mellom vold og livskvalitet ved lave og moderate nivåer av plager, indikerer at tidlige intervensjoner rettet mot psykiske helseplager også vil kunne bidra til økt livskvalitet.

Implikasjoner: Lavterskel psykisk helsetilbud og tidlig intervensjon kan muligens gi en gevinst for ungdommers livskvalitet, og burde derfor prioriteres. Intervensjoner rettet mot livskvaliteten direkte kan også være et viktig forebyggende tiltak i ungdomsbefolkningen for å hindre den nedgangen man ser hos volds- og overgrepsutsatte.

Forord

Etter en lang, lærerik og krevende skriveprosess er det flere vi ønsker å takke for viktige bidrag til denne oppgaven.

Vi ønsker å takke NKVTS, representert ved Gertrud Sofie Hafstad og Else-Marie Augusti, for å ha gitt oss mulighet til å skrive hovedoppgave på et omfattende og viktig forskningsprosjekt. Vi hadde et ønske om å bidra til å kaste lys over et viktig tema innenfor volds- og overgrepfeltet og dere møtte oss med engasjement og tro på prosjektet. Denne oppgaven hadde ikke blitt til uten at vi hadde fått tilgang til et så stort og gjennomarbeidet datamateriale som UEVO-studien er. Takk for samarbeidet.

Vi er også takknemlige for at Else-Marie tok på seg oppgaven som hovedveileder og ønsker å takke for god veiledning med nyttige faglige innspill, konstruktive tilbakemeldinger og for at du alltid har vært tilgjengelig for oss ved behov. Biveileder Christian K. Tamnes ønsker vi også å takke for grundige gjennomlesninger og gode tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene har vært lærerike og har bidratt til et gjennomarbeidet sluttprodukt.

Til slutt vil vi takke familie og venner for heiarop underveis, dere har vært en god støtte gjennom arbeidet med oppgaven. Vi vil også takke hverandre for godt samarbeid gjennom prosessen.

Oslo, Oktober 2021

Ragnhild E. Austrheim og Anine Forsberg

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Vold og overgrep - et folkehelseproblem og brudd på barns rettigheter	1
Begrepsavklaring.....	2
Forekomst av vold og overgrep.....	4
Kjønnforskjeller	5
Multiviktimisering	5
Livskvalitet.....	6
Livskvalitet hos barn og unge.....	7
Livskvalitet ved vold og overgrep	8
Psykiske helseplager	12
Hjelpesøking.....	13
Vold og overgrep langs to dimensjoner - DMAP-rammeverket	14
Problemstilling	16
Metode	17
Utvalg	17
Om UEVO-undersøkelsen.....	17
Måling av vold og overgrep	19
Omsorgssvikt.....	19
Trussel	19
Psykisk vold.....	19
Fysisk vold.....	20
Seksuelle overgrep.....	20
Måling av livskvalitet, psykiske helseplager og hjelpesøking	21
Helserelatert livskvalitet	21
Psykisk helse.....	21
Erfaringer med å søke profesjonell hjelp.....	22
Statistiske analyser	22

Etiske betraktninger.....	24
Resultater	26
Innledende analyser.....	26
Sammenheng mellom omsorgssvikt og livskvalitet.....	28
Sammenheng mellom trusselrelatert mishandling og livskvalitet.....	29
Effekten av psykiske helseplager og hjelpesøking.....	32
Diskusjon	35
Både omsorgssvikt og trusselrelaterte erfaringer reduserer livskvalitet	36
Psykiske helseplager modererer sammenhengen mellom vold og livskvalitet	39
Hjelpesøking modererer ikke effekten av mishandling på livskvalitet	43
Implikasjoner for forebygging og klinisk praksis	45
Styrker, begrensninger og videre forskning	46
Konklusjon.....	48
Referanseliste.....	49

Tabelliste

Tabell 1 Deskriptiv tabell av utvalget	18
Tabell 2 Overlappende volds- og overgrepstyper i prosent	26
Tabell 3 Gjennomsnittskåre på KS-10 og HSCL-10 hos deltakere med og uten volds- og overgrepserfaringer	27
Tabell 4 Antall deltakere som oppgir å ha oppsøkt hjelp i de ulike gruppene av volds- og overgrepsutsatte	28
Tabell 5 Multippel regresjonsanalyse: omsorgssvikt og livskvalitet	29
Tabell 6 Multippel regresjonsanalyse: trusselrelatert mishandling og livskvalitet	30
Tabell 7 Multippel regresjonsanalyse: psykisk vold, fysisk vold, seksuelle overgrep og livskvalitet.....	31
Tabell 8 Effekten av trusselrelatert mishandling på livskvalitet på tre ulike nivåer av psykiske helseplager	32
Tabell 9 Effekten av fysisk vold på livskvalitet på tre ulike nivåer av psykiske helseplager	33

Figurliste

Figur 1. Illustrasjon av modereringseffekt av psykiske helseplager og hjelpesøking på sammenhengen mellom volds- og overgrepserfaringer og helserelatert livskvalitet.....	23
Figur 2. Modereringseffekt av psykiske helseplager på sammenhengen mellom trusselrelatert barnemishandling og livskvalitet.	33
Figur 3. Modereringseffekt av psykiske helseplager på sammenhengen mellom fysisk vold og livskvalitet.....	34

Innledning

Vold og overgrep - et folkehelseproblem og brudd på barns rettigheter

Vold og overgrep er et verdensomspennende problem som påvirker livet til millioner av barn. En internasjonal metastudie viser at 21,3 % av barn opplever minst én form for vold eller overgrep i løpet av oppveksten (Stoltenborgh et al., 2015). Dette er et urovekkende høyt tall, og reflekterer et klart brudd på FNs konvensjon om barns rettigheter (Barnekonvensjonen, 1989). Den slår fast at de 194 statene som har sluttet seg til konvensjonen forplikter seg til å iverksette alle egnede tiltak for å beskytte barn mot alle former for vold, skade eller mishandling.

På tross av Norges rolle som et foregangsland på barns rettigheter viser norske undersøkelser lignende høye forekomsttall (Hafstad & Augusti, 2019; Barneombudsloven, 1981). I tillegg til å være et alvorlig brudd på barns rettigheter, vet vi at volds- og overgrepserfaringer kan føre til somatisk og psykisk uhelse hos barn som utsettes for det (Carr et al., 2020), samt gi store konsekvenser på samfunnsnivå. Samfunnsøkonomisk er det blant annet knyttet store kostnader til innleggelse og behandling av psykiske lidelser knyttet til slike erfaringer (Oslo Economics, 2019; Weber et al., 2016). At barn og unge utsettes for slike opplevelser er altså ikke kun et problem for det enkelte barnet, men også for storsamfunnet. Vold og overgrep er derfor på alle måter et alvorlig folkehelseproblem det er viktig å bekjempe (Pinheiro, 2006). For å få til det er vi avhengig av å skaffe mer kunnskap om hvilke konsekvenser vold og overgrep kan få, både for enkeltindividet og storsamfunnet, samt mekanismene bak slike sammenhenger. Vi vet eksempelvis ikke nok om hvilke potensielle negative effekter slike erfaringer kan ha på livskvaliteten til de som utsettes for det, og hva som kan henge sammen med opplevd livskvalitet etter volds- og overgrepserfaringer. Å få mer kunnskap om ungdommers livskvalitet er viktig, fordi livskvalitet nettopp handler om i hvilken grad individet mestrer og er tilfreds med eget liv (Meade & Dowswell, 2015; Weber et al., 2017).

Hovedformålet med denne oppgaven er å undersøke sammenhengen mellom volds- og overgrepserfaringer og livskvalitet, samt undersøke faktorer som muligens påvirker denne sammenhengen. Innledningsvis vil vi avklare terminologien som benyttes i forbindelse med vold og overgrep i barndommen, for så å presentere hva vi vet om forekomst av vold og

overgrep per i dag. Deretter vil vi gå nærmere inn på hva vi vet om hvilke konsekvenser volds- og overgrepserfaringer har for barn og unges livskvalitet, før vi ved bruk av et stort norsk datamateriale empirisk undersøker sammenhengen mellom volds- og overgrepserfaringer og livskvalitet. Vi vil også undersøke hvorvidt en eventuell sammenheng modereres av psykiske helseplager og hvorvidt ungdommen har søkt hjelp for sine opplevelser.

Begrepsavklaring

Begrepet *barnemishandling* brukes ifølge Verdens helseorganisasjon (heretter WHO) gjerne som et overordnet begrep, som innbefatter alle former for omsorgssvikt, psykisk vold, seksuelle overgrep og fysisk vold (WHO, 2016). Aakvaag og medforfattere (2016) benytter betegnelsen vold som overordnet, da begrepet mishandling ofte viser til svært alvorlige former for vold, og slik ikke fanger opp en rekke andre voldshandlinger. WHO definerer vold som:

Intensjonell bruk av fysisk kraft eller makt, truet eller faktisk, mot en selv, en annen person, eller mot en gruppe eller et samfunn, som enten resulterer i, eller har høy sannsynlighet for å resultere i, fysisk skade, død, psykologisk skade, feilutvikling eller deprivasjon. (WHO, 2002, oversatt av Aakvaag et al., 2016, s. 267)

Det foreligger bred enighet om at vold kan deles inn i fire kategorier: omsorgssvikt, psykisk vold, fysisk vold og seksuelle overgrep. Oppgaven vil i det følgende redegjøre for vår bruk av begrepene, som kan ses som en sammenstilling av WHO sine definisjoner, samt innspill hentet fra Aakvaag og medforfattere (2016) og Ungdomsundersøkelsen om erfaringer med vold og overgrep (UEVO-studien; Hafstad & Augusti, 2019).

Omsorgssvikt beskriver tilfeller der barnets grunnleggende fysiske behov som mat, rene klær og pleie ved sykdom, samt psykologiske behov som trygghet og kjærlighet, ikke blir møtt som følge av en vedvarende manglende vilje eller evne hos omsorgsgiver (Aakvaag et al., 2016). Det er viktig å påpeke at man snakker om et mønster av handlinger, fremfor enkeltstående hendelser der barnet ikke får sine behov oppfylt. Eksempelvis vil det å gå til senga sulten én dag trolig ikke være skadelig for barnet, men et mønster av å stadig ikke få nok mat, vil falle inn under definisjonen (Aakvaag et al., 2016). I litteraturen benyttes mange

ulike begreper for å beskrive tilfeller som vi her definerer som omsorgssvikt, deriblant neglekt og deprivasjon. Vi vil gjennomgående benytte begrepet omsorgssvikt, da det er i tråd med den norske oversettelsen av WHO's engelske begrep *neglect* (Aakvaag et al., 2016). Det er også vanlig å skille mellom fysisk og psykisk (eller emosjonell) omsorgssvikt. I vår studie behandler vi begge samlet i begrepet omsorgssvikt.

Begrepet *psykisk vold* omfatter tilfeller der omsorgspersoner gjentatte ganger “sier eller gjør ting som skremmer, sårer eller ydmyker barnet eller får det til å føle seg verdiløst” (Hafstad & Augusti, 2019, s. 69). Enkelte definisjoner av psykisk vold slår sammen psykisk vold og omsorgssvikt. Dette ønsker ikke vi å gjøre i vår studie. I tråd med Aakvaag og medforfattere (2016) tenker vi at det er viktig å skille tydelig mellom psykisk vold og omsorgssvikt. Psykisk vold viser, i likhet til fysisk vold og seksuelle overgrep, til handlinger man *aktivt* påfører barnet, mens omsorgssvikt viser til *fravær* av tilfredsstillende av barns behov, deriblant fravær av omsorg. *Fysisk vold* omfatter “villet bruk av fysisk makt mot et barn som resulterer i eller har potensiale for å resultere i, fysisk skade, død, psykologisk skade, feilutvikling eller omsorgssvikt, eller som har som formål å påføre barnet smerte” (Aakvaag et al., 2016, s. 271).

Seksuelle overgrep kan defineres som “enhver seksuell handling som offeret ikke har samtykket til, eller har blitt presset eller manipulert til å ta del i” (Hafstad & Augusti, 2016, s. 81). Dette kan inkludere alt fra seksualisert språk/atferd og intime berøringer til seksuell omgang som berøring av kjønnsorganer eller gjennomført samleie og voldtekt. WHO sin definisjon av seksuelle overgrep innebærer at handlingen skal ha blitt gjennomført ved bruk av makt eller tvang (Aakvaag et al., 2016). Barn under 16 år regnes ikke som samtykkekompetente etter norsk lov, og dermed faller kriteriet om tvang bort for denne gruppen (straffeloven §195 og §196). Aldersforskjellen mellom den voksne utøveren og barnet vil i seg selv skape en maktubalanse, og selv tilfeller der barnet frivillig går med på handlingene defineres som et overgrep (Aakvaag et al., 2016; Hafstad & Augusti, 2019).

Det finnes ulike måter å forstå vold og overgrep på, og litteraturen på feltet benytter gjerne ulik terminologi. Ved omtale av slike handlinger rettet mot barn benyttes begreper som mishandling, vold og overgrep om hverandre. Dette vil vi også gjøre i denne oppgaven. Begrepet barn brukes her i juridisk forstand om barn og unge under 18 år. Videre i oppgaven vil begrepene barn, ungdom og unge brukes om hverandre om denne gruppen.

Forekomst av vold og overgrep

Det har vist seg vanskelig å anslå den reelle forekomsten av vold og overgrep, da studier som er gjort på feltet til nå har store metodologiske forskjeller. Det eksisterer også store forskjeller i hvordan ulike studier definerer og måler ulike former for vold og overgrep (Hamby, 2017). I tillegg til dette forekommer det underrapportering av slike erfaringer og dermed foreligger det mørketall (Pinheiro, 2006). Samtidig vet man at enkelte typer overgrep er forsket mer på, sammenlignet med andre typer. Studier på seksuelle overgrep dominerer forskningsfeltet, mens studier på forekomsten av omsorgssvikt og psykisk vold er underrepresentert (Gilbert et al., 2009; Kloppen et al., 2015; Stoltenborgh et al., 2015). Omsorgssvikt og psykisk vold er funnet å være minst like skadelig som fysisk vold og seksuelle overgrep på lang sikt, men har altså fått mindre oppmerksomhet i forskning og samfunnet for øvrig (Gilbert et al., 2009).

En metastudie gjennomgikk et hundretalls publikasjoner som så på forekomst av ulike typer vold og overgrep (Stoltenborgh et al., 2015). Overordnet sett viste studien urovekkende høye prevalenstall for alle typer, deriblant fysisk vold (22,66 %) og psykisk vold (36,3 %). I denne studien fant de også svært høye tall for fysisk omsorgssvikt (16,3 %) og emosjonell omsorgssvikt (18,4 %). I tillegg fant de at 12,7 % av barna oppga å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. I alt viser de som nevnt at 21,3 % av barn utsettes for minst én form for vold eller overgrep i løpet av oppveksten. Ved analyser så de at prevalensen i hovedsak var lik på tvers av verdensdeler, og man kan dermed anse tallene for å være globale anslag (Stoltenborgh et al., 2015).

Også studier fra Norge og andre nordiske land viser høye forekomsttall. En norsk omfangsundersøkelse fra 2015 avdekket at 21 % av de spurte ungdommene hadde opplevd fysisk vold fra en av foreldrene i løpet av oppveksten (Mossige & Stefansen, 2016). Tallene for seksuelle overgrep var enda høyere, 23 %. De fant også at 8 % hadde vært vitne til fysisk vold mellom foreldrene ved minimum en anledning. Lignende tall finner man også i en svensk studie, der resultatene viste at 16 % som deltok hadde vært utsatt for psykisk vold fra en voksen, og hele 24 % hadde opplevd fysisk vold (Jernbro & Janson, 2016). 6 % av ungdommene rapporterte å ha vært utsatt for omsorgssvikt og totalt 9 % sa de hadde opplevd seksuelle overgrep fra en voksen utøver (Jernbro & Janson, 2016).

Kjønnsforskjeller

Det er bred enighet i feltet om at det foreligger betydelige kjønnsforskjeller i utsatthet. Kjønnsforskjellene er tydeligst ved seksuelle overgrep, der jenter er tydelig overrepresentert. Globalt anslår man at 18 % av jenter har opplevd seksuelle overgrep i noen form, og tilsvarende 8 % av gutter (Stoltenborgh et al., 2015). Kjønnsforskjellen er like tydelig i studier gjennomført i Norge og Norden for øvrig (Jernbro & Janson, 2016; Mossige & Stefansen, 2016). At jentene er overrepresentert i denne gruppen viser også tall fra UEVO-studien. Her er det nesten dobbelt så mange jenter som oppgir å ha vært utsatt for seksuelle overgrep begått av en voksen (Hafstad & Augusti, 2019).

Til tross for at kjønnsforskjellene er tydeligst for seksuelle overgrep, finner man også kjønnsforskjeller når man undersøker andre former for vold. Tendensen er at det finnes en markant kjønnsforskjell også for psykisk vold, der betydelig flere jenter enn gutter rapporterer å ha vært utsatt for dette (Hafstad & Augusti, 2019; Myhre et al., 2015). Ved kartlegging av fysisk vold finner man ingen signifikant kjønnsforskjell, men en liten tendens til at flere jenter enn gutter rapporterer om alvorlig fysisk vold (Hafstad & Augusti, 2019; Mossige & Stefansen, 2016; Myhre et al., 2015).

Multiviktimisering

Både internasjonale og nordiske studier viser at barn som utsettes for én type vold eller overgrep, ofte også utsettes for andre typer, såkalt multiviktimisering (Dong et al., 2004; Finkelhor et al., 2007). I UEVO-studien oppgir 11 % av ungdommene å ha vært utsatt for tre eller flere typer av vold i løpet av oppveksten (Hafstad & Augusti, 2019). Andre studier finner også lignende tall (Jernbro & Janson, 2016; Myhre et al., 2015).

Også når det kommer til antall typer vold og overgrep hvert enkelt barn har vært utsatt for, finner man signifikante kjønnsforskjeller. En svensk studie fant at jenter rapporterte å ha vært utsatt for flere typer mishandling i signifikant større grad enn gutter (Jernbro & Janson, 2016). I likhet med dette finner UEVO-studien at det er omtrent like mange jenter og gutter som har vært utsatt for én type vold eller overgrep, men at jentene deretter er overrepresentert. Den totale voldsbelastningen ser altså ut til å være større for jentene (Hafstad & Augusti, 2019).

Livskvalitet

Som tidligere nevnt vet vi enda ikke nok om hvilke potensielle negative effekter volds- og overgrepserfaringer kan ha på livskvaliteten til de som utsettes for det, og hva som kan henge sammen med opplevd livskvalitet etter slike erfaringer. Å undersøke livskvalitet nærmere vil gi oss viktig kunnskap om hvilken påvirkning mishandlingen har på utsatte ungdommers dagligliv og funksjonsnivå.

WHO's definisjon av helse kan sies å være en viktig forløper til livskvalitetsbegrepet. Definisjonen fra 1946 definerer helse som “en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fraværet av sykdom eller lidelser” (WHO, 2014, vår oversettelse). Sentralt ved definisjonen er at den vektlegger at helse er mer enn fraværet av sykdom. Synet på helse ble senere utvidet av The WHO Quality of Life Group (WHOQOL Group), som la til at livskvalitet handler om “individets persepsjon av deres egen posisjon i livet, i kontekst av de kultur- og verdssystemene de lever i, og i relasjon til deres mål, forventninger, standarder og bekymringer” (WHOQOL Group, 1993, s. 1, vår oversettelse). Erkjennelsen av helse som noe subjektivt og multidimensjonelt, og livskvalitet som noe mer enn helsestatus, har vært et viktig bidrag til hvordan utfall i medisinske og psykologiske studier blir vurdert. I tillegg til tradisjonelle mål som symptomreduksjon og kliniske observasjoner, anses individets opplevelse av eget liv og helse, hvordan hen har det psykisk og fysisk, kommer overens med andre og håndterer hverdagslivet i dag som viktige mål (Ravens-Sieberer et al., 2009).

I denne studien har vi valgt å se nærmere på helseaspektet ved livskvalitet, som i forskningen omtales som *helsereelatert livskvalitet* (engelsk: health-related quality of life (HRQoL)). Begrepet ble utviklet nettopp for å forsøke å fange betydningen av helse for en persons livskvalitet (Lo et al., 2021; Weber et al., 2016). Helsereelatert livskvalitet er multidimensjonelt og kan defineres som “et individs tilfredshet eller lykke i forskjellige livsdomener som påvirker eller blir påvirket av helse” (Michel et al., 2009, s. 1., vår oversettelse). Det er ment å reflektere respondentens subjektive opplevelse av egen helsestatus, det vil si deres perspektiver på fysiske, psykologiske, funksjonelle og sosiale aspekter ved egen helse (Ravens-Sieberer et al., 2006). I tråd med WHO's definisjon av helse består helsereelatert livskvalitet av de tre dimensjonene fysisk funksjon (fysiske symptomer), psykologisk funksjon (emosjonell tilstand og kognitiv funksjon) og sosial funksjon (kvalitet på relasjon med familiemedlemmer og jevnaldrende) (Weber et al., 2016). De brede

dimensjonene omfatter psykologiske, emosjonelle, sosiale og atferdsmessige komponenter ved velvære og funksjon (Ravens-Sieberer et al., 2009). Helserelatert livskvalitet har i løpet av de tre siste tiårene blitt anerkjent som et viktig utfallsmål i helseforskningen (Weber et al., 2016). Videre vil vi for enkelhets skyld skrive livskvalitet når vi omtaler helsereelatert livskvalitet.

Livskvalitet kan være en viktig og informativ indikator på barn og unges grad av velvære, og gi et rikere bilde av hvordan individet opplever og klarer seg i hverdagen, enn det mål på fysisk og psykisk helse gjør alene (Meade & Dowswell, 2015; Weber et al., 2017).

Viktigheten av dette underbygges av studier som finner at livskvalitet og psykopatologi ikke er overlappende fenomener, og at det er mulig å øke livskvalitet selv ved høye nivåer av psykopatologi (Bastiaansen et al., 2005). Livskvalitet kan også gi innsikt i hva barn og unge gjør for å håndtere belastende erfaringer, og bidra til å anslå hvilken påvirkning det har på deres dagligliv og funksjonsnivå, altså i hvilken grad erfaringene utgjør en byrde i hverdagen. Det vil derfor kunne være rettleidende i jakten på forebyggende tiltak og intervensjoner som fremmer positiv fungering og livskvalitet hos barn og unge utsatt for mishandling (Haraldstad et al., 2017).

På tross av gode argumenter for å innhente barnas egen vurdering, er det som regel foreldre eller andre voksne som rapporterer på vegne av barna i studier på barns helse (Weber et al., 2017). Én årsak til det er at det først de senere årene har blitt utviklet måleverktøy tilpasset barn. Det er avgjørende at spørreskjemaene er tilpasset barnets leseevner, samt emosjonelle og kognitive utviklingsnivå, for at besvarelsene skal være pålitelige. Et mål på livskvalitet må også ta hensyn til at andre dimensjoner vil være relevante for barn enn for voksne, eksempelvis dimensjoner relatert til skolemiljø, relasjon til omsorgsgivere og jevnaldrende. Etter hvert som det har blitt utviklet måleverktøy som oppfyller disse kriteriene, har det blitt mer populært å inkludere livskvalitetsmål i studier av barns helse (Ravens-Sieberer et al., 2014).

Livskvalitet hos barn og unge

Flere store studier har undersøkt livskvalitet hos den generelle barne- og ungdomsbefolkningen i Europa. Overordnet viser disse studiene at barn har høyere livskvalitet enn ungdommer, og at jenter i ungdomstiden opplever større nedgang i livskvalitet

enn gutter (Bisegger et al., 2005, Michel et al., 2009, Ravens-Sieberer et al., 2009). En norsk studie fra 2017 fant også at mange aspekter ved livskvaliteten ble redusert med alderen, men at kjønnsforskjellen var til stede allerede i barndommen (Haraldstad et al., 2017). En svensk studie fra 2016 støtter også høyere livskvalitet hos barn enn hos ungdom, men identifiserte derimot ingen signifikant kjønnsforskjell i noen aldersgrupper (Berman et al., 2016). En australsk studie fra 2015 fant derimot kjønns- og aldersforskjeller i likhet med de store europeiske studiene (Meade & Dowswell, 2015). Samtidig så de samme forskerne i en longitudinell studie at kun én dimensjon ved livskvalitet endret seg signifikant i ungdomstiden, nemlig relasjoner til jevnaldrende og grad av opplevd sosial støtte, noe de tolket som et resultat av at livskvalitet overordnet sett forblir relativt stabil hos eldre ungdommer (Meade & Dowswell, 2016). Dette støttes av en spansk studie fra 2008 som konkluderte med at svekkelsen i livskvalitet er størst i puberteten (Palacio-Vieira et al., 2008).

At livskvalitet går ned med alderen kan tenkes å gjenspeile utviklingsmessige utfordringer som ungdommer opplever (Meade & Dowswell, 2015; Meade & Dowswell, 2016). Kjønnsforskjeller kan blant annet skyldes at jenter opplever mer fysiske og psykiske helseproblemer enn gutter (Riecher-Rössler, 2017; Ross et al., 2012).

Livskvalitet ved vold og overgrep

De fleste studier som ser på livskvalitet hos volds- og overgrepsutsatte benytter voksne deltakere, og viser at de opplever signifikant og vedvarende redusert livskvalitet (Weber et al., 2016). En stor nederlandsk studie fant at forholdet mellom barnemishandling og livskvalitet vedvarte selv etter å ha justert for sosiodemografiske variabler og variabler som psykiske lidelser og fysiske helsetilstander (Afifi et al., 2007). En amerikansk studie av Corso og medforfattere (2008) sammenlignet voksne som rapporterte barnemishandling med voksne som ikke rapporterte barnemishandling. De fant at personer som hadde opplevd mishandling i barndommen hadde signifikante svekkelser i livskvalitet i voksenlivet sammenlignet med kontroller, og at effekten så ut til å vare livet ut. Den amerikanske "The ACE study" fant en sterk lineær nedgang i livskvalitet når antall former for mishandling og andre belastende erfaringer økte (Edwards et al., 2004). Å ha opplevd vold og overgrep i barndommen ser altså ut til å ha en kraftig påvirkning på livskvalitet flere tiår senere. Dette gjelder alle typer volds- og overgrepserfaringer, dog finnes det noen divergente funn når det gjelder omsorgssvikt,

som både har vist seg å være den sterkeste prediktoren for livskvalitet, men også å ikke ha signifikant sammenheng med livskvalitet (Corso et al., 2008; Evren et al., 2011).

To systematiske reviews fra ulike tiår konkluderer med at det finnes lite forskning på livskvalitet ved volds- og overgrepserfaringer hvor deltakerne fremdeles er barn (Prosser & Corso, 2007; Weber et al., 2016). Vi har derfor begrenset kunnskap om livskvalitet hos barn og unge som er utsatt for mishandling, eller hvilke faktorer som er forbundet med lav livskvalitet hos barn (Weber et al., 2017). De få studiene som eksisterer konkluderer med at barn og unge som har opplevd mishandling rapporterer lavere livskvalitet, og at multiviktimisering gir enda lavere skårer. En studie fra Kuwait som undersøkte prevalensen av psykisk vold, fysisk vold og seksuelle overgrep blant et stort utvalg ungdommer og unge voksne, fant at korrelasjonen mellom totalt antall mishandlingserfaringer og selvrapportert livskvalitet var negativ og sterkt signifikant (Al-Fayez et al., 2012). En kinesisk studie fant at multiviktimiserte rapporterte lavere livskvalitet enn de utsatt for færre enn tre former for overgrep i et stort utvalg ungdommer (Chan, 2013). Samme tendens har blitt identifisert hos barn og unge i Nederland (Vink et al., 2019). Jernbro og medforfattere (2015) fant et dose-respons forhold mellom antall typer mishandling ungdommen var utsatt for og livskvalitet i et stort svensk utvalg, det vil si at jo flere typer mishandling ungdommene hadde opplevd, jo lavere livskvalitet rapporterte de. Et slikt lineært forhold har også blitt identifisert i en studie med norske ungdommer (Greger et al., 2016).

Kjønn og alder ser også ut til å spille en rolle for utfall i livskvalitet ved vold og overgrep. En tysk studie av Weber og medforfattere (2017), som undersøkte livskvalitet hos barn og unge utsatt for mishandling, identifiserte høyere alder som en prediktor for svekket livskvalitet. da Silva-Júnior og medforfattere (2018) fant også at brasilianske ungdommer utsatt for mishandling skåret lavere på livskvalitet enn yngre barn i et mindre utvalg. Sistnevnte identifiserte også en tydelig kjønnsforskjell, hvor jenter rapporterte lavere livskvalitet etter vold og overgrep enn gutter.

En tysk studie av Witt og medforfattere (2016) som benyttet foreldrerapportering, fant i likhet med allerede nevnte studier en negativ assosiasjon mellom antall former for mishandling og livskvalitet. I all hovedsak viser studier hvor spørreskjemaene er fylt ut av nærmeste voksenperson samme trend som studier som benytter selvrapportering (Weber et al., 2016). Studier som både har benyttet selvrapportering og rapportering av foresatte viser likevel at

barn og foresatte tenderer til å vurdere livskvalitet noe ulikt. En studie av Jud og medforfattere (2013) undersøkte selv- og foreldrerapportert livskvalitet hos 42 barn som var meldt til barneverntjenesten i Sveits grunnet mishandling. De så at de utsatte barna oppga signifikant lavere livskvalitet enn matchede kontroller, mens livskvalitet rapportert av den foresatte ikke var påvirket. I den tidligere nevnte studien av Greger og medforfattere (2016) rapporterte primærkontakter til ungdommer på institusjon ingen signifikant forskjell i livskvalitet avhengig av om ungdommen hadde opplevd mishandling eller ikke, mens ungdommene selv rapporterte signifikant lavere livskvalitet enn jevnaldrende i kontrollgruppene. Interessant nok fant de at primærkontaktene til ungdommer på institusjon heller ikke rapporterte et dose-responsforhold ved flere typer overgrep. Selvrapporing og rapportering fra foresatte kan derfor se ut til å representere ulike mål.

Noen studier finner at ulike overgrepserfaringer påvirker livskvalitet ulikt. Nevnte studie av da Silva-Júnior og medforfattere (2018) fant at barn som hadde opplevd seksuell mishandling skåret lavere på humor- og følelsesdimensjonen enn de som hadde opplevd fysisk mishandling, mens i tilfeller hvor utøver ikke var et familiemedlem rapporterte barna en lavere opplevelse av autonomi. I tråd med dette fant nevnte studie av Jud og medforfattere (2013) at barn oppga signifikant høyere livskvalitet dersom utøver var et familiemedlem, dog spekulerer de i om dette skyldes at tilfeller hvor utøver ikke var et familiemedlem representerer mer alvorlige saker i akkurat deres utvalg. Studien av Witt og medforfattere (2016) fant at barn som hadde opplevd multiple typer overgrep, inkludert seksuelle, utgjorde en gruppe hvor foreldrene rapporterte signifikant dårligere livskvalitet enn de som hadde opplevd andre kombinasjoner av overgrep. Lo og medforfattere (2021) fant derimot at lav livskvalitet var sterkere assosiert med psykisk vold og omsorgssvikt, og identifiserte i motsetning til da Silva-Júnior og medforfattere (2018) og Witt og medforfattere (2016) ingen spesifikk effekt for seksuelle overgrep. En metaanalyse av Weber og medforfattere (2016) fant ikke evidens for at en type mishandling gir større svekkelser i livskvalitet enn andre. Om form for overgrep gir forskjellig utfall i livskvalitet er så langt uavklart.

Weber og medforfattere (2017) fant også at symptomer på posttraumatisk stress, samt emosjonelle og atferdsmessige symptomer, utgjorde prediktorer for selvrapportert svekket livskvalitet. Studien undersøkte også foreldrerapportert livskvalitet, og fant at disse faktorene også utgjorde prediktorer for foreldrenes rapporteringer av barnas livskvalitet. I tillegg utgjorde sosioøkonomisk status en signifikant prediktor for foreldrenes rapporteringer, men

ikke for barnas egne. Hvilken rolle demografiske faktorer spiller er uavklart, da funnene så langt er motstridende. Blant annet fant Jud og medforfattere (2013) at mishandling mistet sin prediktive styrke på livskvalitet når de kontrollerte for sosioøkonomisk status og signifikante livshendelser det siste året, og de spekulerer derfor i om omstendighetene for mishandlingen er av større betydning enn mishandlingen selv. Lanier og medforfattere (2015) undersøkte livskvalitet hos et mindre utvalg barn utsatt for fysisk mishandling eller omsorgssvikt som mottok hjelp fra barnevernet. I motsetning til Jud og medforfattere (2013) fant de ingen effekter av demografivariabler.

Mens Weber og medforfattere (2017) fant at negative symptomer etter vold og overgrep predikerte livskvalitet, har de Vasconcelos og medforfattere (2020) sett på sammenhengen mellom depressive symptomer og livstilfredshet. Livstilfredshet er en subjektiv og helhetlig vurdering av livet, og kan sies å være et nærliggende konsept til livskvalitet. De fant at livstilfredshet delvis medierte sammenhengen mellom barnemishandling og depressive symptomer, og dempet effekten av mishandling hos barn i alderen 11 til 17 år. Dette underbygger at negative symptomer ikke er ensbetydende med lav livskvalitet, men at de er tett forbundet, og at god livskvalitet kan fungere som en buffer mot negative konsekvenser.

Samlet ser vi at de fleste studier som undersøker livskvalitet etter mishandling er gjort med voksne deltakere. Disse studiene finner en signifikant og vedvarende svekkelse i livskvalitet. De få studiene som er gjort med barn viser også svekket livskvalitet ved mishandling. Barn ser ut til å rapportere noe lavere livskvalitet enn voksne i studier hvor begge responderer på vegne av barnet. I likhet med den generelle barne- og ungdomsbefolkningen ser det ut til å være en alders- og kjønnsforskjell, hvor jenter og ungdommer rapporterer lavere livskvalitet. Det har blitt funnet at psykiske helseproblemer etter vold og overgrep kan predikere livskvalitet, og at livstilfredshet kan beskytte mot negative konsekvenser. Kunnskapen om livskvalitet hos barn og unge er fortsatt begrenset, og det er mye vi ikke vet om hva som er forbundet med livskvalitet hos volds- og overgrepsutsatte barn og unge. Eksempelvis er det ikke avklart om form for overgrep gir forskjellig utfall i livskvalitet, eller hvilken rolle demografiske variabler spiller.

Psykiske helseplager

Som vist påvirker volds- og overgrepserfaringer barn og unges livskvalitet, både på kort og lang sikt (Corso et al., 2008; Weber et al., 2016). Vi vet at livskvalitet også påvirkes av psykiske helseplager (Ravens-Sieberer et al., 2008; Sharpe et al., 2016) og at volds- og overgrepserfaringer henger sammen med økt risiko for utvikling av både psykiske og somatiske helseplager (Carr et al., 2020). Enkelte studier har sett på hvordan disse faktorene henger sammen hos barn og unge utsatt for vold og overgrep (de Vasconcelos et al., 2020; Weber et al., 2017). Vi trenger flere studier for å forstå mer av dette samspillet og for å kunne utarbeide tiltak som kan bedre livskvaliteten til utsatte barn.

Psykiske helseplager som særlig blir sett i sammenheng med volds- og overgrepserfaringer er symptomer på angst og depresjon, samt posttraumatiske stressreaksjoner (Annerbäck et al., 2012; Trickett et al., 2011). Man har også sett økt forekomst av selvskading, selvmord og psykotiske symptomer i denne gruppen (Jaffee, 2017). Flere studier har også funnet at det å være utsatt for vold og overgrep i barne- og ungdomsårene doblet risikoen for å utvikle en angstlidelse i voksen alder (Li et al., 2016; Lindert et al., 2014). Sammenlignet med ikke-utsatte ungdommer, så man også at overlevende etter barnemishandling hadde dobbelt så høy risiko for å utvikle depresjon (Lindert et al., 2014). Denne gruppen utviklet gjerne depresjon tidligere i livet, responderte dårligere på behandling og hadde økt risiko for utvikling av kronisk depresjon, sammenlignet med ikke-utsatte personer (Nanni et al., 2012; Nelson et al., 2017). Man har i tillegg til dette funnet sammenhenger mellom det å være utsatt for vold og overgrep i barndommen og utviklingen av blant annet PTSD, spiseforstyrrelser, ruslidelser, schizofreni og personlighetsforstyrrelser (Carr et al., 2013; Chen et al., 2010; Norman et al., 2012).

Flere studier finner et dose-respons-forhold mellom antall typer vold man har vært utsatt for og graden av helseproblemer (Jernbro et al., 2015). En studie fra 2009 fant at antall typer mishandling, og antall enkelthendelser, henger sammen med økt risiko for å oppleve alvorlige psykiske konsekvenser (Gilbert et al., 2009). Det er også flere som finner at gjentakende episoder øker symptomtrykket (McLaughlin et al., 2014).

Hjelpesøking

Et viktig steg på veien til å forebygge forekomst av vold og overgrep mot barn og unge, handler nettopp om å skaffe kunnskap om tilfellene som allerede har funnet sted, da karakteristikkene ved disse kan hjelpe oss å iverksette mer presise tiltak for å forhindre nye tilfeller. En forutsetning for å skaffe denne kunnskapen er at man evner å fange opp barn og unge som opplever eller tidligere har opplevd vold og overgrep. Vi vet at mange tilfeller av vold og overgrep aldri blir avdekket. Mange ulike faktorer er med på å påvirke hvorvidt slike tilfeller oppdages eller ikke, deriblant hvorvidt barnet selv forteller om opplevelsen til noen, eksempelvis til helsesykepleier på skolen, en lege, psykolog eller andre profesjonelle hjelpere.

Jernbro og medforfattere (2017) fant i sin studie av svenske ungdommer utsatt for fysisk vold at 52 % av de som hadde fortalt om volden, hadde gjort det til en jevnaldrende eller et søsken. Til sammenligning hadde 11 % betrodd seg til en profesjonell helper. I tråd med dette fant Augusti og Myhre (2021) at profesjonelle hjelpere som fastleger, psykologer og helsesykepleiere ofte var de siste som fikk vite om ungdommers overgrepserfaringer. Dette skjedde til tross for at flere av ungdommene hadde vært i kontakt med en helper i forkant av at de betrodde seg til noen om overgrepene. Enkelte av ungdommene forklarte dette med at de ikke opplevde relasjonen til helperen som nær nok, eller at de oppsøkte helperen av andre grunner. Ungdommene det gjelder oppfatter altså ikke nødvendigvis selv at det eksisterer en sammenheng mellom volds- og overgrepserfaringene deres og de psykiske eller somatiske plagene de oppsøker hjelp for. Enkelte av informantene fortalte også at de lettere ville fortalt om erfaringene sine dersom de hadde blitt spurt (Augusti & Myhre, 2021). Denne kunnskapen er nyttig for profesjonelle hjelpere, da det understreker betydningen av å spørre barn og unge direkte om volds- og overgrepserfaringer, i visse tilfeller flere ganger, for å øke sannsynligheten for at de forteller. Thulin og medforfattere (2020) peker også på betydningen av å involvere barnet i den videre prosessen dersom de forteller, da mange barn opplever en manglende kontroll over sin egen historie når de først har fortalt, som kan føre til en svekket tillit til hjelpeapparatet og de som tar imot historien (Thulin et al., 2020).

Studiene som så langt er gjort på hjelpesøkende atferd rettet mot profesjonelle hjelpere bidrar med nyttig kunnskap, både fordi de sier noe om hva som kjennetegner gruppen med barn og unge som velger å betro seg til en profesjonell helper, samtidig som de gir nyttig informasjon om hvordan barna opplevde kontakten med hjelpeapparatet. Likevel er det viktig å merke seg

at studiene er kvalitative og gjort på små utvalg. Vi vet at barn og unge utsatt for vold og overgrep er en svært heterogen gruppe og utvalgsstørrelsen vil som følge av dette påvirke generaliserbarheten til resultatene (Augusti & Myhre, 2021).

Nettopp det at barnet, ved hjelp av andre eller på egenhånd, oppsøker hjelp kan bidra til å få slutt på volden for det enkelte barnet, hvilket man kan anta vil påvirke barnets livskvalitet. Samtidig vet vi at det i mange tilfeller tar veldig lang tid før barn oppsøker hjelp, og at mange unnlater helt å gjøre det (Lemaigre et al., 2017). Slik er det mange volds- og overgrepstilfeller som ikke avdekkes (Pinheiro, 2006), hvilket fører til at mange barn må håndtere disse erfaringene helt på egenhånd. Man kan anta at det å unnlate å fortelle noen om slike erfaringer også vil kunne påvirke barnas livskvalitet. Muligens indikerer det i vår studie at vi vil finne dårligere livskvalitet hos gruppen som ikke forteller. Samtidig har enkelte studier også funnet at høyere alvorlighetsgrad og fysisk skade var forbundet med at barna oftere fortalte (Hershkowitz, 2006). At tilfellene er alvorlige, hvilket vi også vet er assosiert med lavere livskvalitet, gjør at det ikke er gitt at de som søker hjelp har høyere livskvalitet enn de som ikke gjør det, selv om det er dette vi forventer å finne.

Vold og overgrep langs to dimensjoner - DMAP-rammeverket

Studier på vold og overgrep har ofte fokusert på konsekvenser av spesifikke former for mishandling, som seksuelle overgrep eller fysisk vold. En innvending mot denne tilnærmingen er at den ikke tar hensyn til at mange barn opplever multiviktimisering. Dette gjør det vanskelig å fastslå om et bestemt utfall (f.eks. lav livskvalitet) er en konsekvens av overgrepsformen som undersøkes (f.eks. psykisk vold), eller andre typer overgrep som barnet opplever (f.eks. omsorgssvikt). En alternativ, hyppig brukt tilnærming har derfor vært å undersøke antallet former for mishandling som barnet blir utsatt for, og risikoen det gir for ulike helseutfall. Disse studiene viser en kumulativ trend, hvor risikoen for negative utfall i helse øker med antall typer mishandling barnet blir utsatt for, såkalt kumulativ risiko (McLaughlin & Sheridan, 2016). Dette har vært betydningsfullt for å identifisere barna med størst behov for hjelp. Samtidig blir tilnærmingen også kritisert for å potensielt maskere spesifikke sammenhenger mellom belastninger og utviklingsmessige utfall, ved å kombinere svært ulike former for belastende erfaringer i ett og samme mål (Machlin et al., 2019).

De siste årene har forskningsfeltet skiftet fokus fra spesifikke former for overgrep og kumulativ risiko til å se på erfaringer langs dimensjoner (McLaughlin et al., 2014). I The Dimensional Model of Adversity and Psychopathology (DMAP) antas det at ulike dimensjoner av belastende erfaringer påvirker helse på distinkte måter. Modellen kan sies å være en utvidelse av kumulativ risiko-tilnærmingen, ved at den tar hensyn til hyppighet og alvorlighetsgrad, samtidig som den tar hensyn til at ulike former for belastninger påvirker utviklingsprosesser ulikt. DMAP deler et stort spekter av belastende erfaringer i barndommen inn i de to underliggende dimensjonene *omsorgssvikt* (engelsk: deprivation) og *trussel*, på bakgrunn av økende evidens for at dimensjonene har distinkte effekter på utvikling, som igjen gir ulike stier til psykopatologi (Miller et al., 2018). Fellestrekket for dimensjonen omsorgssvikt er at belastningene innebærer et fravær av forventet input fra miljøet, som manglende kognitiv og sosial stimulering fra omsorgsgiver (Miller et al., 2018). Trusseldimensjonen innebærer alle opplevelser av skade eller trusler om skade mot ens fysiske integritet. I vår studie innbefatter dette erfaringer med psykisk vold, fysisk vold, samt seksuelle overgrep. Ulike erfaringer deler i varierende grad en underliggende opplevelse av trussel og omsorgssvikt, og mange barn opplever begge dimensjonene (McLaughlin et al., 2014). Dimensjonene kan sies å være en videreføring av skillet nevnt i begrepsavklaringen mellom å aktivt begå handlinger som skader barnet versus å unnlate å dekke barnets behov.

I følge DMAP påvirker trussel og omsorgssvikt psykopatologi gjennom distinkte kognitive, emosjonelle og nevrobiologiske utviklingsstier (Miller et al., 2018). Omsorgssvikt innebærer mindre samspill med voksne, som gjør at barnet går glipp av viktige muligheter for læring (Miller et al., 2018). Den manglende kognitive og sosiale stimuleringen påvirker utviklingen av korteks, som ser ut til å lede til forstyrrelser i utviklingen av komplekse kognitive evner og språk (Machlin et al., 2019). Det har blitt funnet støtte for at sammenhengen mellom alvorlig omsorgssvikt og eksternaliserende psykopatologi foregår via endringer i kognitiv funksjon (Tibu et al., 2016). Det har også blitt funnet at omsorgssvikt er assosiert med en økt risiko for eksternaliserende psykopatologi gjennom språkvansker (Miller et al., 2018). Opplevelser langs trusseldimensjonen ser derimot ut til å skape forstyrrelser i nevralt nettverk ansvarlige for fryktlæring. Dette fører til skjevheter i informasjonsprosessering, økt emosjonell reaktivitet og svekkelser i emosjonslæring og emosjonregulering, som tenkes å være underliggende for assosiasjonen mellom trusselrelatert mishandling og psykopatologi (McLaughlin & Lambert, 2017). Blant annet har McLaughlin funnet en atypisk fryktbetinging hos barn utsatt for trusselrelatert mishandling (McLaughlin et al., 2016). Samlet støtter

funnene unike mekanismer for risiko for omsorgssvikt (svikkelser i kognitive evner) og trussel (maladaptiv fryktl ring).

Vi har valgt å benytte oss av denne dimensjonelle modellen i vår studie for å undersøke om omsorgssvikt og trussel også utgjør meningsfulle dimensjoner når det gjelder volds- og overgrepserfaringers sammenheng med livskvalitet.

Problemstilling

Formålet med denne studien er å øke kunnskapen på volds- og overgrepfeltet, ved å undersøke sammenhengen mellom volds- og overgrepserfaringer og livskvalitet, samt undersøke hvorvidt denne sammenhengen modereres av faktorer som psykiske helseplager og hjelpesøkende atferd. Dersom studien avdekker at psykiske helseplager påvirker livskvaliteten hos volds- og overgrepsutsatte barn og unge til det verre, vil det bygge opp under at intervensjoner mot psykiske helseplager kan svekke den negative effekten av barnemishandling på livskvalitet. Dersom hjelpesøking bedrer livskvaliteten til utsatte ungdommer, vil det kunne antyde at det å søke hjelp er en beskyttende faktor.

Vi im tegar forskningen som etterlyser flere studier med deltakere i barne- og ungdomsalder, ved å undersøke et representativt utvalg norsk ungdom i alderen 12-16 år.

Problemstillingene som oppgaven ønsker å belyse er:

- 1) Finnes det en sammenheng mellom volds- og overgrepserfaringer og livskvalitet hos ungdom mellom 12-16 år?
 - a) Ser denne sammenhengen forskjellig ut for barn utsatt for omsorgssvikt versus trusselrelatert mishandling?
 - b) Har de ulike formene for trussel ulik sammenheng med livskvalitet?
- 2) Modereres sammenhengene mellom volds- og overgrepserfaringer og livskvalitet av
 - a) psykiske helseplager?
 - b) om ungdommene har søkt hjelp?

Metode

Utvalg

Denne studien baserer seg på kvantitative data hentet fra UEVO-undersøkelsen, gjennomført i 2019 og baserer seg på det samme utvalget (Hafstad & Augusti, 2019). Det endelige bruttoutvalget i UEVO-undersøkelsen bestod av 12 225 elever. Av disse var det totalt 9240 ungdommer, fordelt på 70 skoler, som fullførte undersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 75,5 % ut ifra bruttoutvalget. Kjønnfordelingen var jevn. Deltakerne var i aldersgruppen 12-16 år og gjennomsnittsalderen var 14 år. Se tabell 1 for flere detaljer om utvalget.

I analysene våre har vi kontrollert for ulike bakgrunnsvariabler, deriblant familieøkonomi. I vår studie er denne variabelen todelt og skiller mellom ungdom som opplever familiens økonomi som god eller dårlig. Ungdommene ble underveis i undersøkelsen bedt om å rangere påstander om hvorvidt de opplever at familien stort sett har råd til å kjøpe det de trenger og hvorvidt de har måttet unnlate å delta på en aktivitet fordi foreldrene ikke hadde råd.

Rangeringen ble gjort på en 4-punktsskala, der 0 tilsvarte “stemmer veldig bra” og 3 tilsvarte “stemmer veldig dårlig” på den første påstanden, mens 0 tilsvarte “aldri” og 3 tilsvarte “ofte” på den siste påstanden. Svar på siste påstand ble reversert før svar på begge påstander ble slått sammen til en variabel om opplevd familieøkonomi. Hvorvidt ungdommene faller inn under kategoriene “god familieøkonomi” eller “dårlig familieøkonomi” er altså ikke basert på mål som foreldrenes utdanningsnivå, tilknytning til arbeidsmarkedet eller årlige inntekt, men ungdoms egen opplevelse av familiens økonomi. Se tabell 1 for fordeling mellom de to gruppene.

Om UEVO-undersøkelsen

UEVO-undersøkelsen ble utført av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), på vegne av Barne- og familiedepartementet. Studien er godkjent av Regional Etisk Komité (REK) for medisinsk og helsefaglig forskning, Region Øst (2018/522).

Hovedformålet med UEVO-studien var å kartlegge omfanget av volds- og overgrepserfaringer i oppveksten blant ungdom i alderen 12-16 år. Undersøkelsen var en

digital skolebasert undersøkelse og deltakerne ble rekruttert på skolen. Utvalget i UEVO-undersøkelsen er trukket ut av Statistisk Sentralbyrå (SSB). For å sørge for et nasjonalt representativt utvalg, ble det trukket ut et klyngeutvalg av norske ungdomsskoler. Skolene er av ulik størrelse, representerer hele landet og har en like stor andel elever med innvandrerbakgrunn som populasjonen for øvrig. UEVO-rapporten ved Hafstad og Augusti (2019) beskriver rekrutteringsprosessen nærmere.

Tabell 1

Deskriptiv tabell av utvalget

	Antall	Andel
Kjønn		
Jente	4594	50 %
Gutt	4542	49,4 %
Utenfor kategori	60	0,7 %
Alder		
13 eller yngre	2750	29,9 %
14	3076	33,4 %
15	3018	32,8 %
16	365	4 %
Familieøkonomi		
God	8779	96,2 %
Dårlig	348	3,8 %
Utsatthet		
Omsorgssvikt	1294	14,4 %
Trussel	2653	28,7 %
Psykisk vold	1600	18 %
Fysisk vold	1742	18,9 %
Seksuelle overgrep	543	5,9 %

Måling av vold og overgrep

Omsorgssvikt

Ungdommenes erfaring med omsorgssvikt utøvd av en omsorgsperson i hjemmet, ble kartlagt gjennom seks spørsmål som tar utgangspunkt i et av spørsmålene i Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ; Finkelhor et al., 2007), oversatt av Jernbro og Janson (2016). UEVO-undersøkelsen valgte å splitte spørsmålet opp i flere spørsmål, og inkluderte i tillegg spørsmål lagt til i den svenske studien “Våld mot barn”, en nyere svensk omfangsstudie (Jernbro & Janson, 2016). Ungdommene ble bedt om å ta stilling til konkrete påstander om både fysisk og psykisk omsorgssvikt. Fysisk omsorgssvikt innebærer her at man har måtte legge seg sulten, gå i skitne klær eller at foreldrene har vært så ruspåvirket at de ikke har vært i stand til å ivareta barnet. Psykisk omsorgssvikt omhandler hvorvidt noen i familien har fått ungdommen til å føle seg verdifull, og at man har følt at noen har vært glad i en. Påstandene ble besvart ved hjelp av en 5-punktsskala, der 0 tilsvarte “aldri” og 4 tilsvarte “veldig ofte/alltid”. I forbindelse med analysen laget vi en tredelt variabel for omsorgssvikt, med verdier fra 0-2, der 0 tilsvarte “aldri”, 1 tilsvarte “sjeldent/noen ganger” og 2 “ofte/alltid”. En slik inndeling tillot oss å undersøke hvordan ulik grad av omsorgssvikt påvirket livskvalitet.

Trussel

I tillegg til å undersøke sammenhengene mellom de ulike formene for trussel, lagde vi med utgangspunkt i DMAP-rammeverket (McLaughlin & Sheridan, 2016) en tredelt samlev variabel kalt “trussel”. Variabelen ble laget med utgangspunkt i variablene for de ulike formene for vold og ble gitt verdier fra 0-2, der 0 tilsvarte “ingen trusselerfaringer”, 1 = “én type trusselerfaring” og 2 tilsvarte “flere typer trusselerfaringer”. Denne samlev variabelen sier altså noe om hvor mange former for trusselorientert vold ungdommene har opplevd. Eksempelvis har enkelte av ungdommene én type trusselerfaring ved å ha blitt utsatt for fysisk vold, mens andre har flere typer trusselerfaringer gjennom å ha blitt utsatt for både psykisk og fysisk vold.

Psykisk vold

For å kartlegge ungdommenes erfaring med psykisk vold utøvd av en omsorgsperson i hjemmet, benyttet UEVO-undersøkelsen spørsmål basert på formuleringer i Parents-Child

Conflict Tactics Scale (PCCTS; Straus et al., 1998). De åtte spørsmålene omhandlet ulike typer erfaringer, deriblant å bli gjort narr av på en sårende måte, at en av omsorgspersonene har truet med å gå fra/sende bort barnet, truet med å slå eller skade barnet eller et kjæledyr, eller om barnet har blitt låst inne i eller ute fra hjemmet. Ungdommene ble spurt om å angi hvor ofte de hadde blitt utsatt for disse hendelsene ved hjelp av en 4-punktsskala fra 0 (aldri) til 3 (ofte). I forbindelse med analysen laget vi en todelt variabel for psykisk vold, ettersom det å ha opplevd flere tilfeller er et kriterie for at det kan kalles psykisk vold. For psykisk vold tilsvarte derfor 0 “ingen tilfeller”, mens 1 tilsvarte “psykisk vold”.

Fysisk vold

For å kartlegge ungdommenes erfaring med fysisk vold utøvd av en omsorgsperson i hjemmet ble det også her benyttet spørsmål basert på formuleringer i PCCTS. Ungdommene ble spurt om å ta stilling til seks påstander og anslå hvor ofte de hadde opplevd ulike former for fysisk vold på en 4-punkts skala: 0 (aldri), 1 (en gang), 2 (noen ganger) og 3 (ofte). Dersom ungdommen bekreftet å ha opplevd minst én form for fysisk vold, ble det stilt en rekke oppfølgingsspørsmål. Variabelen for fysisk vold ble laget som en tredelt variabel, med inndelingen 0 (ingen tilfeller), 1 (ett tilfelle) og 2 (flere enn to tilfeller).

Seksuelle overgrep

UEVO-undersøkelsen kartla også ungdommenes erfaringer med seksuelle overgrep og krenkelser begått av voksne, både fra omsorgspersoner i hjemmet og andre voksne utenfor hjemmet. Dette ble gjort ved hjelp av seks spørsmål. Spørsmålene var inspirert av lignende spørsmål i en ungdomsundersøkelse om vold og overgrep i Norge (Mossige & Stefansen, 2007), og tilpasset den aktuelle aldersgruppen i tråd med den svenske studien (Jernbro & Janson, 2016).

Spørsmålene som ble benyttet varierte fra hvorvidt ungdommene hadde erfaringer med å bli kysset av en voksen mot sin vilje, til å ha blitt tvunget til samleie eller samleielignende handlinger. Også her ble hyppighet kartlagt ved hjelp av en 4-punktsskala fra 0 (aldri) til 3 (ofte). Dersom de bekreftet minst én hendelse ble de stilt flere oppfølgingsspørsmål.

Deltakere som utelukkende rapporterte å ha blitt kysset av en voksen mot sin vilje, ble ikke inkludert i vårt utvalg, da det ble vurdert som usikkert om dette kunne defineres som seksuelt

overgrep. Denne vurderingen ble tatt på bakgrunn av at spørsmålet fikk betydelig høyere respons enn de andre erfaringene i spørreskjemaet (Hafstad & Augusti, 2019). I analysene ble variabelen for seksuelle overgrep laget på samme måte som variabelen for fysisk vold, med skala fra 0 (ingen tilfeller) til 2 (flere enn to tilfeller).

Måling av livskvalitet, psykiske helseplager og hjelpesøking

Helserelatert livskvalitet

For å kartlegge ungdommenes helserelaterte livskvalitet benyttet UEVO-undersøkelsen KIDSCREEN-10 (KS-10), som ved hjelp av ti spørsmål kartlegger ulike aspekter ved ungdommenes liv og undersøker hvorvidt man i løpet av den siste uken har følt seg frisk, energisk, trist eller ensom (Ravens-Sieberer et al., 2010). Man blir også spurt om man har opplevd å ha nok alenetid, om man har fått gjøre det man vil på fritiden, følt seg rettferdig behandlet hjemme, hatt det gøy med venner, om man har klart å konsentrere seg og følt at man har fått det til på skolen. De ni første spørsmålene rangeres på en 6-punktsskala fra 1 (aldri) til 5 (alltid). Den siste påstanden om fungering på skolen er også rangert fra 1-5, der 1 tilsvarer “ikke i det hele tatt” og 5 tilsvarer “i høy grad”. I henhold til manualen skåres og tolkes KIDSCREEN-10 som t-verdier, med gjennomsnitt 50 og standardavvik på 10. Høyere skårer indikerer høyere livskvalitet. Instrumentet er vist å ha gode psykometriske egenskaper og er egnet til å måle livskvalitet hos barn og unge i normalbefolkningen, samt i kliniske utvalg (Haraldstad & Richter, 2014).

Psykisk helse

Deltakernes psykiske helse ble kartlagt ved hjelp av kortversjonen av Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10). Instrumentet er vist å være et reliabelt og validert mål på psykisk helse (Strand et al., 2003) og består av 10 spørsmål. Det kartlegges blant annet hvorvidt ungdommen i løpet av den siste uken har opplevd plutselig frykt uten grunn, følt seg redd eller engstelig, hatt lett for å klandre seg selv, vært nedtrykt eller trist, hatt en følelse av å være lite verdt og at alt er et slit. Spørsmålene besvares på en 4-punktsskala fra “ikke plaget” til “veldig plaget”. I tolkingen av HSCL-10 gir “ikke plaget” 1 poeng, mens “veldig plaget” gir 4 poeng. Poengene legges deretter sammen til en skåre mellom 10 og 40, der 40 betyr

“veldig mye plaget”. Man anslår at de med en gjennomsnittskåre på 1,85 eller høyere har symptomer på psykiske plager (Strand et al., 2003).

Erfaringer med å søke profesjonell hjelp

Dersom deltakerne svarte bekreftende på noen av spørsmålene om vold eller overgrep, fikk de spørsmål knyttet til det å søke hjelp (Hafstad & Augusti, 2019). Ungdommene ble spurt om de noen gang hadde oppsøkt profesjonell hjelp for sine opplevelser, her definert som det å ha vært hos en lege, psykolog, helsesykepleier eller barnevernstjenesten. Spørsmålet ble stilt som et dikotomt ja/nei-spørsmål.

Statistiske analyser

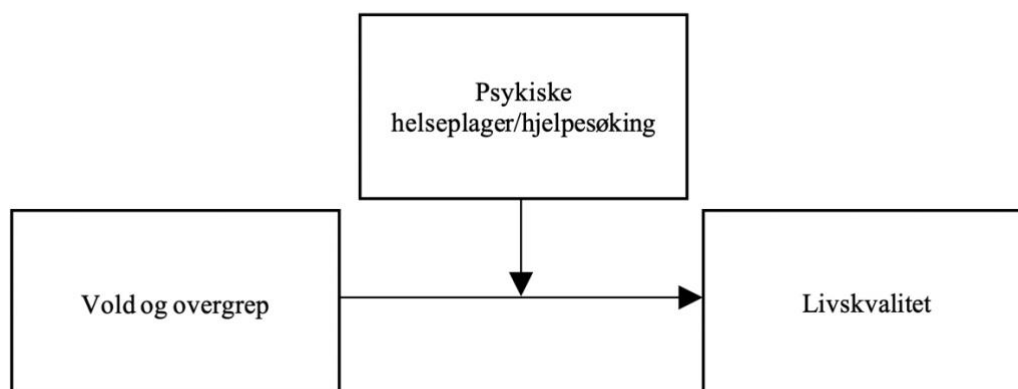
Analysene ble gjennomført i SPSS Statistics versjon 27 (IBM, 2020). For å beskrive utvalget ble det gjennomført frekvensanalyser av alder, kjønn og overgrepserfaringer. Videre ble graden av overlapp mellom volds- og overgrepserfaringer undersøkt, samt gjennomsnittlige skårer på livskvalitet og psykiske helseplager hos de som oppgir å være utsatt for de ulike typene vold og overgrep. Det ble også undersøkt hvor mange av de utsatte som har søkt om hjelp i de ulike gruppene. Svært få i utvalget oppga at inndelingen gutt/jente ikke passet for dem ($n = 60$). Det lave antallet gjør at vi ikke kunne si noe om de som gruppe, og de ble derfor selektert bort i analysene hvor kjønnsforskjeller ble undersøkt. I analyser som ikke omhandler kjønn er deltakere som faller innenfor denne gruppen inkludert.

I tråd med DMAP-rammeverket ønsket vi å undersøke volds- og overgrepserfaringer langs dimensjonene omsorgssvikt og trussel. Vi benyttet hierarkisk multippel regresjonsanalyse for å undersøke sammenhengen mellom de ulike formene for overgrep og livskvalitet. Denne analyseformen ble benyttet ettersom variabelen som måler livskvalitet er en kontinuerlig variabel. Vi gjorde tre separate analyser. I første analyse undersøkte vi sammenhengen mellom omsorgssvikt og livskvalitet, og i andre analyse så vi på sammenhengen mellom trusselerfaringer og livskvalitet. For å undersøke muligheten for at undergruppene av trussel påvirker livskvalitet ulikt, gjennomførte vi en tredje analyse. Her ble psykisk vold, fysisk vold og seksuelle overgrep lagt inn i samme analyse, slik at de kontrollerte for hverandre. I alle tre regresjonsanalyser ble alder, kjønn og familieøkonomi lagt inn som kovariater, da disse er vist å ha effekt på utfallet i livskvalitet, og sannsynligvis vil kunne forklare en del av variansen. Vi

gjennomførte i tillegg innledende analyser ved hver av de tre regresjonsanalysene for å sørge for at antagelser om normalitet, linearitet, multikollinearitet og homoskedastisitet var møtt. Det ble også gjennomført en bootstrap-analyse med 1000 replikasjoner for alle tre analyser. Her forble konfidensintervaller og standardfeil omtrent like som i de opprinnelige analysene. Dette indikerer at det ikke eksisterer skjevheter i resultatene på grunn av eventuelle avvik.

Resultatene oppgir effektstørrelse i Cohens f^2 , som regnes ut ved bruk av formelen $f^2 = R^2/(1-R^2)$. I vurderingen av Cohens f^2 ble verdier $< 0,15$ tolket som liten effektstørrelse, verdier mellom 0,15 og 0,35 tolket som moderat effektstørrelse og verdier $> 0,35$ tolket som stor effektstørrelse i henhold til kjente normer (Cohen, 1988). Ved vurdering av statistisk signifikans, ble signifikansnivå på ,05 benyttet.

Til slutt ønsket vi å undersøke om sammenhengen mellom ulike former for vold og overgrep og livskvalitet modereres av 1) ungdommenes nivå av psykiske helseplager eller 2) hvorvidt ungdommene har søkt hjelp, se figur 1 for illustrasjon. Vi gjennomførte moderatoranalyser i PROCESS macro, versjon 3.5, et tilleggsprogram i SPSS Statistics. Nivåene av psykiske helseplager ble satt av PROCESS. I resultatene tilsvarende lave nivå av psykiske helseplager ett standardavvik under gjennomsnittet, moderat nivå tilsvarende gjennomsnittet og høye nivå av psykiske helseplager tilsvarende ett standardavvik over snitt ved de ulike formene for volds- og overgrepserfaringer.



Figur 1. Illustrasjon av modereringseffekt av psykiske helseplager og hjelpesøking på sammenhengen mellom volds- og overgrepserfaringer og helserelatert livskvalitet.

Etiske betraktninger

Ved forskning på fenomener som vold og overgrep blant barn og unge stilles det krav til særskilte etiske vurderinger. Barnekonvensjonen slår fast at alle barn har rett til beskyttelse, men lovverket som har ivaretatt barns rett til beskyttelse i forskning har også begrenset barns rett til å bli hørt og lyttet til i saker som angår dem selv (Barnekonvensjonen, artikkel 12). På bakgrunn av grundige forarbeider (Dyb et al., 2016) ble det i 2017 vedtatt en ny forskrift i Helseforskningsloven (2017, §17). Denne åpner opp for at barn mellom 12-16 år selv kan samtykke til forskning på helseopplysninger, deriblant sensitive opplysninger som volds- og overgrepserfaringer, uten å involvere foreldrene i prosessen når det forskes på tema der foreldre og barn kan ha motstridende interesser som ikke er til barnets beste. Denne forskriften muliggjør at barn som ellers ikke ville kunne deltatt dersom de var avhengige av foreldrenes samtykke blir hørt, og at deres erfaringer blir belyst. UEVO-studien var den første norske studien der ungdommene selv samtykket til egen deltakelse ved bruk av den nye forskriften.

At ungdommene selv avgjør hvorvidt de ønsker å delta i undersøkelsen eller ikke, gjør det spesielt viktig å legge til rette for at de kan gi et reelt informert samtykke. Dette innebærer at ungdommene får informasjon om studien, om eventuelle konsekvenser deltakelsen deres kan få, at det er frivillig å delta og at de når som helst kan trekke tilbake samtykket og at dataene deres da vil bli slettet (Dyb et al., 2016). Informasjonen må gis på en alderstilpasset måte, slik at man sikrer at ungdommen er i stand til å veie fordeler og ulemper ved egen deltakelse opp mot hverandre og slik ta et informert valg. I UEVO-studien ble dette ivaretatt ved at elevene i forkant av undersøkelsen fikk utdelt et informasjonsskriv, samt fikk se en animert informasjonsfilm der de nevnte temaene ble adressert på en alderstilpasset måte.

At ungdommen selv samtykker til egen deltakelse gjør at det også stilles krav til god ivaretagelse av ungdommene underveis og i etterkant av gjennomføring, fordi foreldrene ikke nødvendigvis får kjennskap til at barnet deres deltar. Slik vil ikke den voksne i like stor grad ha mulighet til å beskytte barnet dersom det skulle oppleve utilsiktede, negative reaksjoner ved deltakelse (Hafstad & Augusti, 2019). Det er derfor viktig å gjøre grundige vurderinger av hvorvidt ulempen ved at foreldrene ikke får mulighet til å ivareta retten til å gi sitt barn beskyttelse, veies opp av nytten det vil ha å gjennomføre studien uten foreldresamtykke, og slik heller vektlegge barnets rett til å bli hørt og beskyttet mot misbruk. Samtidig som det er

viktig at disse vurderingene gjøres, er det også viktig at det ikke stilles for strenge krav til samtykke, da dette kan føre til at det gjøres mindre forskning på barn. Mindre forskning på barn vil kunne resultere i mindre kunnskap, som igjen vil resultere i dårligere helsetjenester og behandlingstilbud for barn (Dyb et al., 2016).

At barn og unge tenderer til å utsette å fortelle om vold og overgrep har ført til at flere forskere har avdekket overgrep som ingen før har fått vite om (Lemaigre et al., 2017). Muligheten for å potensielt avdekke volds- og overgrepserfaringer som aldri før er blitt fortalt om, fører med seg et betydelig etisk ansvar for å legge til rette for oppfølging i etterkant av undersøkelsen. Flere har ytret bekymring for hvorvidt barn og unge tar skade av, eller blir retraumatisert, av å delta i undersøkelser som spør om volds- og overgrepserfaringer (Newman et al., 2006). Tidligere studier viser at barn og unge i liten grad opplever slike undersøkelser som ubehagelige (Dos Santos, 2015; Jensen, 2012). For et fåtall av ungdommene kan deltakelse likevel vekke ubehag og vansker, og disse er det viktig å ivareta på best mulig måte, både underveis og i etterkant av gjennomføring (Dyb et al., 2016). I UEVO-studien ble dette løst ved at deltakerne, etter å ha sendt inn utfylt spørreskjema, fikk mulighet til å melde bekymring for seg selv eller andre, ved å fylle ut et kontaktskjema. Skjemaet var laget slik at det ikke kunne kobles tilbake til svarene i spørreskjemaet, og ble også kryptert og sendt til en annen server. Både elever som samtykket til deltakelse, ikke samtykket og trakk seg underveis fikk denne muligheten. På dette skjemaet kunne ungdommene oppgi hvem de ønsket å snakke med. Valget stod mellom helsesykepleier på skolen, en navngitt lærer eller annen voksenperson ved skolen, en operatør fra Røde Kors' hjelpetelefon Kors på halsen eller den kommunale barnevernstjenesten. De måtte deretter oppgi eget navn, telefonnummer og skole. Denne informasjonen ble deretter videreformidlet av forskningsgruppen til rette hjelpere. Slik sørget man for at eventuell meldeplikt eller avvergingsplikt ble fanget opp og håndtert i samtale med ungdommene lokalt, og ikke gjennom svarene som kom frem i undersøkelsen. På denne måten ivaretok man også anonymiteten til svarene i undersøkelsen. At ungdommene er informert om at det ikke er svarene deres som vil videreformidles til andre instanser, kun eventuelt oppgitt ønske om en samtale, kan ha stor betydning for hvorvidt ungdom velger å svare ærlig om sine erfaringer (Hafstad & Augusti, 2019). Gjennom tett kontakt med skolene sikret man også at helsesykepleier, sosiallærer eller annen egnet voksenperson var i beredskap den aktuelle dagen for gjennomføring. Slik sørget man for at terskelen skulle være lavest mulig for å oppsøke hjelp i etterkant av gjennomføring.

At vi i denne studien benytter oss av data som omhandler barn og unges volds- og overgrepserfaringer gjør det spesielt viktig å formidle funnene på en forståelig og respektfull måte. Dette er spesielt viktig for å ta hensyn til de ungdommene som har svart på undersøkelsen og for å unngå at de føler seg stigmatisert. Vi er derfor spesielt opptatt av å formidle resultatene og diskutere funnene på en måte som ivaretar deltakernes integritet og selvrespekt.

Resultater

Innledende analyser

Med kjennskap til forekomsten av multiviktimisering rapportert både i internasjonale og nordiske studier, ønsket vi å undersøke grad av overlapp mellom volds- og overgrepstyper i vårt utvalg. Resultatene viste at mange av de som er utsatt har opplevd flere typer vold og overgrep. Tabell 2 viser den overlappende forekomsten med andre typer for hver type vold og overgrep. Eksempelvis har 51,3 % av de som har opplevd omsorgssvikt også opplevd en form for trusselrelatert mishandling, og 23,8 % av de som har opplevd trusselrelatert mishandling har også opplevd omsorgssvikt. Resultatene viser en høy grad av overlapp for alle volds- og overgrepstyper.

Tabell 2

Overlappende volds- og overgrepstyper i prosent

	Omsorgssvikt	Trussel	Psykisk vold	Fysisk vold	Seksuelle overgrep
Omsorgssvikt	–	51,3	37,3	35,7	12,4
Trussel	23,8	–	58,4	63,4	19,6
Psykisk vold	30	100	–	56,6	16
Fysisk vold	26,4	100	52,1	–	15,5
Seksuelle overgrep	29,5	100	47,1	49,3	–

Merk. Tabellen leses horisontalt, fra venstre til høyre.

I forkant av hovedanalysene ønsket vi å undersøke den gjennomsnittlige skåren på måleinstrumentene for livskvalitet og psykiske helseplager, både for de som er utsatt og for de som ikke er utsatt. Resultatene viste at ungdom som rapporterer volds- og overgrepstilfeller i snitt rapporterer lavere livskvalitet og høyere grad av psykiske helseplager enn de som ikke rapporterer noen tilfeller av vold og overgrep. Seksuelle overgrep er forbundet med størst svekkelse i livskvalitet, med en gjennomsnittsskåre på 41,54 på KS-10, som er nesten et standardavvik lavere enn t-verdiens gjennomsnitt på 50. Seksuelle overgrep var også forbundet med størst grad av psykiske helseplager, med en gjennomsnittsskåre på HSCL-10 på 1,22. Til sammenligning er klinisk cut-off på 1,85. Se tabell 3 for gjennomsnittsskårer på KS-10 og HSCL-10 for de resterende volds- og overgrepstypene.

Tabell 3

Gjennomsnittsskåre på KS-10 og HSCL-10 hos deltakere med og uten volds- og overgrepserfaringer

	KS-10	HSCL-10
Omsorgssvikt	43,58	0,85
Trussel	43,8	0,97
Psykisk vold	41,96	1,13
Fysisk vold	43,3	0,99
Seksuelle overgrep	41,54	1,22
Ingen	53,07	0,35

Merk. KS-10 = KIDSCREEN-10, t-verdier. HSCL-10 = Hopkins Symptom Checklist, cut-off på 1,85.

I forkant av analysene av hjelpesøking som moderator på sammenhengen mellom volds- og overgrepserfaringer og livskvalitet, ville vi undersøke hvor mange av de utsatte ungdommene som hadde oppsøkt profesjonell hjelp. Resultatene viste at den største andelen volds- og overgrepsutsatte ikke hadde søkt om hjelp for det de har vært utsatt for. Utsatte for psykisk vold var den gruppen hvor størst andel av ungdommene hadde søkt om hjelp (27,3 %). Blant de utsatt for omsorgssvikt hadde kun 19,5 % søkt om hjelp. Se tabell 4 for antall og andel av ungdommer som hadde søkt om hjelp for alle volds- og overgrepstyper.

Tabell 4

Antall deltakere som oppgir å ha oppsøkt hjelp i de ulike gruppene av volds- og overgrepssatte

	Antall	Andel
Søkt om hjelp		
Omsorgssvikt	252	19,5 %
Trussel	618	23,3 %
Psykisk vold	436	27,3 %
Fysisk vold	424	24,3 %
Seksuelle overgrep	136	25 %

Sammenheng mellom omsorgssvikt og livskvalitet

I første regresjonsanalyse var formålet å undersøke om det finnes en sammenheng mellom ungdommers opplevelser av omsorgssvikt og deres livskvalitet. Resultatene er oppsummert i tabell 5. Resultatene indikerer en tendens til noe høyere livskvalitet hos yngre ungdommer enn hos eldre, og at gutter har noe høyere livskvalitet enn jenter. Denne effekten består når familieøkonomi blir lagt til i modellen. Lav familieøkonomi ser ut til å ha en negativ sammenheng med livskvalitet. Når utsatthet for omsorgssvikt ble lagt til i siste steg av regresjonsanalysen ble den forklarte variansen 20 % ($F(4, 8526) = 534,115, p < ,001$). Omsorgssviktsvariabelen forklarte altså ytterligere 13,2 % av variansen i livskvalitet, etter å ha kontrollert for alder, kjønn og familieøkonomi ($R^2 \text{ change} = ,132, F \text{ change}(1, 8526) = 1404,670, p < ,001$). Det var en betydelig nedgang i betaværdien til familieøkonomi, som kan indikere en overlapp mellom rapportert familieøkonomi og omsorgssvikt. Resultatene viser at det å ha opplevd omsorgssvikt har en negativ sammenheng med ungdommers livskvalitet. Beregning av effektstørrelse viste at denne var moderat (Cohens $f^2 = ,250$).

Tabell 5*Multipel regresjonsanalyse: omsorgssvikt og livskvalitet*

n = 8531	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>P</i>
Steg 1				
Alder	-1,206 (-1,456 - ,956)	,128	-,100	< ,001
Kjønn	4,273 (3,834 - 4,711)	,224	,202	< ,001
Steg 2				
Alder	-1,143 (-1,390 - -,956)	,126	-,095	< ,001
Kjønn	4,131 (3,697 - 4,566)	,222	,195	< ,001
Familieøkonomi	-7,627 (-8,784 - -6,471)	,590	-,135	< ,001
Steg 3				
Alder	-1,009 (-1,239 - -,780)	,117	-,084	< ,001
Kjønn	4,390 (3,987 - 4,793)	,206	,207	< ,001
Familieøkonomi	-4,522 (-5,606 - -3,438)	,553	-,080	< ,001
Omsorgssvikt	-4,190 (-4,409 - -3,971)	,112	-,367	< ,001
	Adjusted R	ΔR		
Modell 1	,050			< ,001
Modell 2	,068	,018		< ,001
Modell 3	,200	,132		< ,001

Sammenheng mellom trusselrelatert mishandling og livskvalitet

For å belyse sammenhengen mellom trusselrelatert barnemishandling og livskvalitet, gjennomførte vi en ny regresjonsanalyse (se tabell 6). Alder, kjønn og familieøkonomi forklarte omtrent like mye varians, og viste de samme tendensene som i forrige analyse. Etter at trussel ble lagt til i modellen økte den forklarte variansen til 17,3 % ($F(4, 8296) = 432,936$, $p < ,001$). Trusselvariabelen forklarte dermed 10,7 % mer av variansen i livskvalitet (R square change = ,107, F change (1, 8296) = 1068,405, $p < ,001$). Betaværdien til familieøkonomi ble nærmere halvert, noe som antyder at det i likhet med omsorgssvikt er en overlapp mellom trusselrelatert mishandling og familieøkonomi. Samlet viser resultatene at trusselrelaterte

opplevelser har en negativ sammenheng med ungdommers livskvalitet, kontrollert for kjønn, alder og familieøkonomi. Også her var effektstørrelsen moderat (Cohens $f^2 = ,209$).

Tabell 6

Multipel regresjonsanalyse: trusselrelatert mishandling og livskvalitet

n = 8301	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>P</i>
Steg 1				
Alder	-1,216 (1,470 - -,962)	,130	-,100	< ,001
Kjønn	4,185 (3,740 - 4,630)	,277	,197	< ,001
Steg 2				
Alder	-1,149 (-1,401 - -,897)	,128	-,095	< ,001
Kjønn	4,047 (3,605 - 4,488)	,225	,191	< ,001
Familieøkonomi	-7,522 (-8,709 - -6,335)	,606	-,132	< ,001
Steg 3				
Alder	-,795 (-1,033 - -,557)	,121	-,066	< ,001
Kjønn	3,678 (3,262 - 4,094)	,212	,174	< ,001
Familieøkonomi	-4,244 (-5,379 - -3,110)	,579	-,075	< ,001
Trussel	-5,050 (-5,352 - -4,747)	,154	-,334	< ,001
	Adjusted R	ΔR		
Modell 1	,049			< ,001
Modell 2	,066	,017		< ,001
Modell 3	,172	,107		< ,001

For å undersøke muligheten for at undergruppene av trussel påvirker livskvalitet ulikt, ble det gjennomført en tredje regresjonsanalyse. Her ble psykisk vold, fysisk vold og seksuelle overgrep lagt inn i samme analyse, slik at de kontrollerte for hverandre. Alder, kjønn og familieøkonomi viste samme andel forklart varians og tendens som i de to foregående analysene. Etter at de ulike typene vold ble lagt til i steg 3 ble den forklarte variansen 17,4 % ($F(6, 8456) = 298,993, p < ,001$). De ulike typene vold forklarte ytterligere 10,8 % av variansen i livskvalitet, etter å ha kontrollert for alder, kjønn og familieøkonomi ($R^2 \text{ change} = ,108, F \text{ change}(3, 8456) = 368,739, p < ,001$). Effektstørrelsen var moderat (Cohens

$f^2 = ,210$). Som forventet er dette nærmest identisk som i analysen av den overordnede trusselvariabelen. Men selv om alle voldsformene var signifikante, hadde de markant forskjellig betaverdi, hvor psykisk vold hadde høyere beta enn fysisk vold og seksuelle overgrep. Samlet viser resultatene at alle de tre voldsformene har en negativ sammenheng med livskvalitet, hvor psykisk vold viser en større sammenheng enn de to andre formene.

Tabell 7

Multipel regresjonsanalyse: psykisk vold, fysisk vold, seksuelle overgrep og livskvalitet

n = 8483	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>P</i>
Steg 1				
Alder	-1,207 (-1,459 - -,956)	,128	-,100	< ,001
Kjønn	4,210 (3,770 - 4,650)	,225	,199	< ,001
Steg 2				
Alder	-1,146 (-1,395 - -,896)	,127	-,095	< ,001
Kjønn	4,066 (3,629 - 4,503)	,223	,192	< ,001
Familieøkonomi	-7,567 (-8,726 - -6,407)	,592	-,135	< ,001
Steg 3				
Alder	-,809 (-1,044 - -0,573)	,120	-,067	< ,001
Kjønn	3,719 (3,306 - 4,132)	,211	,175	< ,001
Familieøkonomi	-4,059 (-5,170 - -2,949)	,556	-,072	< ,001
Psykisk vold	-5,460 (-6,086 - -4,834)	,319	-,195	< ,001
Fysisk vold	-2,607 (-2,963 - -2,252)	,181	-,163	< ,001
Seksuelle overgrep	-2,265 (-2,816 - -1,713)	,281	-,082	< ,001
	Adjusted R	ΔR		
Modell 1	,049			< ,001
Modell 2	,067	,018		< ,001
Modell 3	,174	,108		< ,001

Effekten av psykiske helseplager og hjelpesøking

For å undersøke sammenhengen mellom barnemishandling og livskvalitet nærmere, ble det gjennomført to moderatoranalyser. Vi ønsket å undersøke i hvilken grad psykiske helseplager påvirker sammenhengen mellom mishandling og livskvalitet, og undersøke om det å søke hjelp påvirker sammenhengen mellom mishandling og livskvalitet.

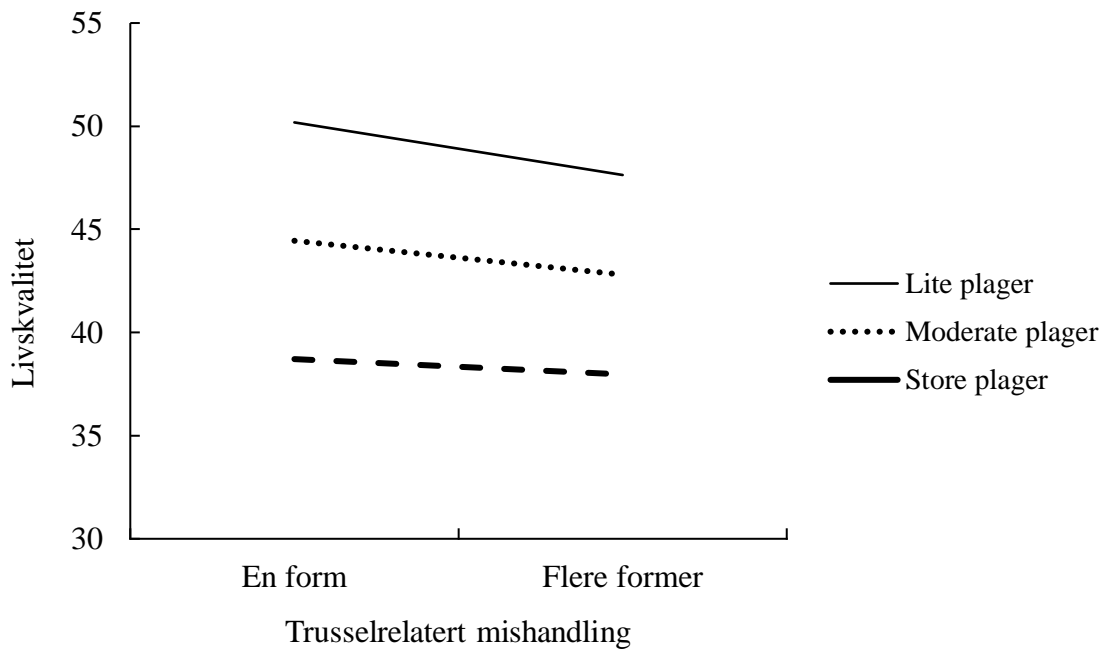
I første analyse ble det undersøkt om psykiske helseplager modererer sammenhengen mellom vold og overgrep og livskvalitet. For sammenhengen mellom trusselrelatert mishandling og livskvalitet viste psykiske helseplager en signifikant interaksjonseffekt, som indikerer at psykiske helseplager modererer forholdet mellom trusselrelatert mishandling og livskvalitet (trussel*HSCL: $B = 1,1482$, $p < ,01$, $KI = ,4110 - 1,8854$). Tabell 8 viser sammenhengen mellom trussel og livskvalitet på tre ulike nivåer av psykiske helseplager: lave, moderate og høye. Lave nivåer av psykiske helseplager tilsvarer ett standardavvik under gjennomsnittet, moderat nivå tilsvarer gjennomsnittet og høye nivåer tilsvarer psykiske helseplager ett standardavvik over gjennomsnittet i gruppen som oppgir trusselrelatert mishandling. Trusselrelatert mishandling samvarierer med livskvalitet kun på de to laveste nivåene, men ikke på høyeste nivå av plager, hvor effekten akkurat ikke oppfyller et signifikansnivå på 0,05 når man også tar høyde for effekten av psykiske helseplager. Moderator-effekten blir illustrert av en økende helning i de ustandardiserte regresjonskoeffisientene for de to laveste nivåene av psykiske helseplager, se figur 2. Dette viser at ungdommer utsatt for trusselrelatert mishandling i hjemmet og som har lave og moderate psykiske helseplager, også har en lavere livskvalitet enn ungdom uten psykiske helseplager.

Tabell 8

Effekten av trusselrelatert mishandling på livskvalitet på tre ulike nivåer av psykiske helseplager

HSCL	<i>B</i>	<i>p</i>	95 % KI	
,1844	-2,5496	< ,001	-3,3892	-1,7101
,9717	-1,6456	< ,001	-2,2346	1,0566
1,7591	-,7416	,0742	-1,5557	,0726

Merk. KI = konfidensintervall



Figur 2. Modereringseffekt av psykiske helseplager på sammenhengen mellom trusselrelatert barnemishandling og livskvalitet.

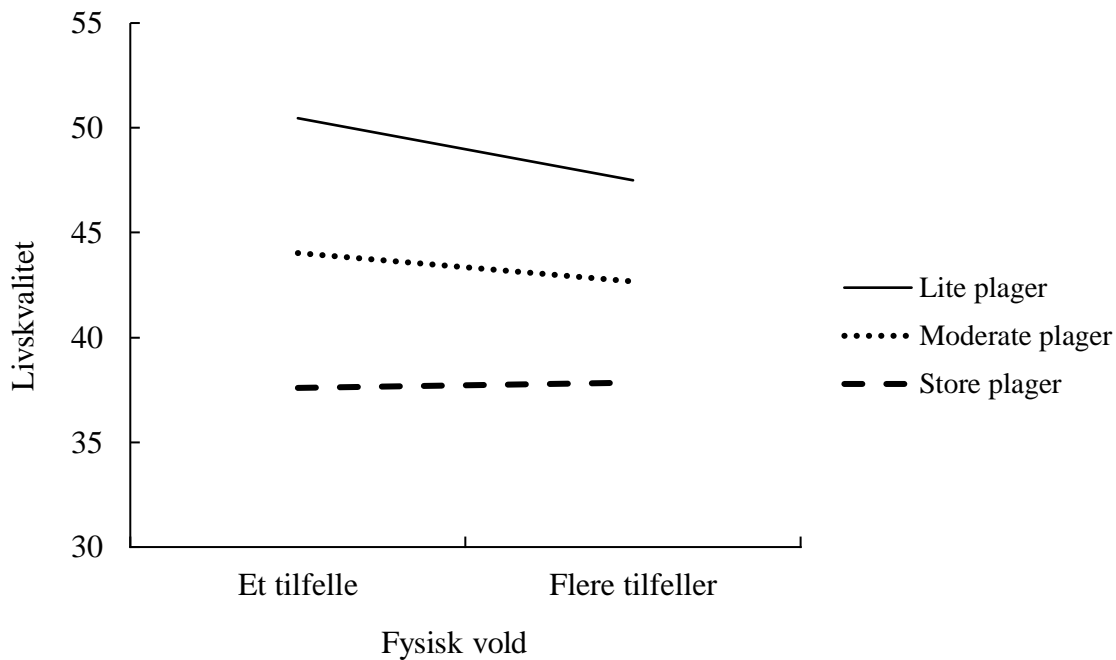
Sammenhengen mellom fysisk vold og livskvalitet ser også ut til å modereres av psykiske helseplager (fysisk vold*HSCL: $B = 1,9985$, $p < ,001$, $KI = 1,0949 - 2,9021$). Også her er det en sammenheng mellom fysisk vold og livskvalitet kun på de to laveste nivåene av psykiske helseplager, og effekten på høyeste nivå av helseplager er tydelig ikke-signifikant (se tabell 9).

Tabell 9

Effekten av fysisk vold på livskvalitet på tre ulike nivåer av psykiske helseplager

HSCL	<i>B</i>	<i>p</i>	95 % KI	
,1902	-2,9612	< ,001	-3,9048	-2,0176
,9940	-1,3550	< ,001	-2,0550	-,6549
1,7977	,2513	,6450	-,8185	1,3212

Merk. KI = konfidensintervall



Figur 3. Modereringseffekt av psykiske helseplager på sammenhengen mellom fysisk vold og livskvalitet.

I både figur 2 og 3 ser vi at linjene er relativt flate. Sammenhengen mellom trusselrelatert mishandling eller fysisk vold og livskvalitet er altså ikke veldig sterk når psykiske helseplager blir inkludert i analysene. Effekten av psykiske helseplager blir derimot tydelig illustrert av avstanden mellom linjene i grafene. Samlet ser det ut til at når ungdommer har mye plager, endrer ikke livskvaliteten seg signifikant fra et voldstilfelle til flere. Sammenhengen mellom utsatthet og livskvalitet kommer sterkest til uttrykk når nivået av helseplager er lavt. Utsatthet for trusselerfaringer eller fysisk vold gir lavere livskvalitet når ungdommene har lite eller moderate psykiske helseplager, men svekkelsen i livskvalitet er størst når ungdommene har store plager.

For psykisk vold (psykisk vold*HSCL: $B = .1706$), seksuelle overgrep (seksuelle overgrep*HSCL: $B = .5811$) og omsorgssvikt (omsorgssvikt*HSCL: $B = -.3759$) ble det ikke påvist noen signifikant moderatoreffekt av psykiske helseplager. Psykiske helseplager bidrar altså ikke til å forklare sammenhengen mellom disse formene for mishandling og livskvalitet.

Når det gjelder hjelpesøking ble det ikke funnet støtte for en interaksjon for verken omsorgssvikt (omsorgssvikt*hjelpesøking: $B = -.231$) eller trussel (trussel*hjelpesøking: B

= .504). Å søke profesjonell hjelp ser altså ikke ut til å gi utslag i livskvalitet for utsatte ungdommer i dette utvalget.

Diskusjon

Flere studier har vist svekkelser i livskvalitet hos voksne som har blitt utsatt for mishandling i barne- og ungdomsårene (Afifi et al., 2017; Corso et al., 2007; Edwards et al., 2004; Weber et al., 2016). Det er gjort få studier med barn og unge som deltakere, men de som foreligger har også vist en tydelig negativ effekt av volds- og overgrepserfaringer på livskvalitet (Al-Fayez et al., 2012; Jernbro et al., 2015; Weber et al., 2017). Studien vår er den første vi kjenner til som deler volds- og overgrepserfaringer inn i dimensjonene omsorgssvikt og trussel for å undersøke effekten disse har på livskvalitet. Et slikt overordnet skille mellom omsorgssvikt og trussel tar hensyn til at mange barn opplever flere former for overgrep, samtidig som det skiller mellom belastninger som har vist seg å ha ulike konsekvenser på flere områder av barns utvikling (McLaughlin & Lambert, 2017; Miller et al., 2018).

Resultatene fra studien viste at både erfaringer relatert til omsorgssvikt og trussel hadde en negativ sammenheng med ungdoms livskvalitet. Etter å ha kontrollert for faktorer som kjønn, alder og familieøkonomi, forklarte omsorgssvikt 13,2 % og trusselrelaterte erfaringer 10,7 % av utfallet i livskvalitet. Tallene er ikke veldig store, men effekten kan sies å være betydelig med tanke på hvor mange aspekter som er vist å påvirke livskvaliteten, som for eksempel fysisk helse, akademiske krav, sosial støtte og personlighet (Otto et al., 2017). Små effekter er også forventet i et populasjonsutvalg, og vil uansett kunne ha stor påvirkning på folkehelsen fordi det angår et så stort antall mennesker. Resultatene indikerte også at jo flere former for vold og overgrep ungdommen var blitt utsatt for, jo lavere livskvalitet rapporterte ungdommen. Dette kan indikere at det eksisterer et dose-responsforhold, slik man har funnet i andre studier når man har studert negative konsekvenser av vold og overgrep (Edwards et al., 2004; Gilbert et al., 2009; Greger et al., 2016; Jernbro et al., 2014; Jernbro et al., 2015).

Vi fant at ungdommens psykiske helseplager modererte sammenhengen mellom trusselrelaterte erfaringer, fysisk vold og livskvalitet. Blant ungdom som ble utsatt for trussel eller fysisk vold, og som oppga lettere psykiske helseplager, fant vi en signifikant svekkelse i livskvalitet fra et tilfelle eller en form, til flere. Denne sammenhengen var ikke lenger signifikant ved store psykiske helseproblemer. Studien fant ingen signifikant

interaksjonseffekt av psykiske helseplager for omsorgssvikt, psykisk vold eller seksuelle overgrep. Vi fant ikke støtte for at det å søke profesjonell hjelp gir utslag på livskvaliteten, uavhengig av om ungdommen har opplevd omsorgssvikt eller trusselrelatert mishandling. Å ha søkt hjelp etter volds- og overgrepserfaringer ga altså ikke en signifikant økning i livskvalitet i dette utvalget.

Både omsorgssvikt og trusselrelaterte erfaringer reduserer livskvalitet

Til tross for at omsorgssvikt så langt ikke er forsket like mye på som andre former for vold og overgrep, indikerer våre funn at dette er like skadelig for livskvaliteten som trusselrelatert mishandling. I regresjonsanalysen forklarte omsorgssvikt faktisk ørlite mer av utfallet i livskvalitet enn trusselrelatert mishandling. Dette skiller seg fra Evren og medforfattere (2011) som fant at omsorgssvikt ikke kunne predikere livskvalitet hos voksne. Samtidig ser andre studier ut til å samsvare med våre funn. Gilbert og medforfattere (2009) fant at omsorgssvikt var minst like skadelig som andre voldsformer i vestlige høyinntektsland. Lo og medforfattere (2021) fant at livskvalitet var sterkere assosiert med omsorgssvikt og psykisk vold enn andre former for mishandling i et utvalg bestående av kinesiske ungdommer. En annen studie fra Kina sammenlignet omsorgssvikt, psykisk vold og fysisk vold og fant at omsorgssvikt hadde sterkest sammenheng med livskvalitet av de tre formene (Sun, 2020). Det samme gjelder Corso og medforfattere (2008), som fant at det å ha opplevd emosjonell omsorgssvikt i barndommen var den sterkeste prediktoren for livskvalitet i voksen alder i et amerikansk utvalg.

En mulig årsak til sammenhengen mellom omsorgssvikt og livskvalitet i vår studie kan være at omsorgssvikt i høy grad overlapper med andre mishandlingsformer (se tabell 2). Hele 51,3 % av ungdommene som rapporterer omsorgssvikt opplever også trusselrelatert mishandling. 37 % rapporterer psykisk vold, 36 % fysisk vold og 12 % å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. En mulighet er derfor at det er den doble belastningen ved å erfare både omsorgssvikt og trusselrelatert mishandling som fører til at omsorgssvikt har en sammenheng med en større svekkelse i livskvalitet. Dette samsvarer med Jernbro og medforfattere (2014), som fant at de som opplever omsorgssvikt er de som oftest opplever multiviktimisering. De fant også at barn utsatt for multiviktimisering oftere opplever gjentatt og/eller alvorlig mishandling, som videre kan bidra til å forklare hvorfor omsorgssvikt i noe større grad er mer negativt for livskvaliteten (Jernbro et al., 2014). I vårt utvalg er omsorgssvikt den minst

utbredte formen for mishandling etter seksuelle overgrep (se tabell 1). Det er også en av de minst rapporterte mishandlingsformene i Jernbro og medforfattere (2014) sitt utvalg. Utsatte for omsorgssvikt ser derfor ut til å være en liten, men spesielt sårbar gruppe.

Resultatene våre indikerer også at trusselrelaterte erfaringer reduserer livskvalitet.

Regresjonsanalysen med den overordnede trusselvariabelen forklarte omtrent like mye varians som når formene for vold ble lagt inn som separate variabler. De to analysene ga oss likevel noe ulik informasjon. Analysen med trusselvariabelen ga oss informasjon om i hvilken grad ungdommene er utsatt for multiviktimisering, altså antall former for vold ungdommene var utsatt for. Vi vet at mange barn opplever multiviktimisering og at dette bidrar til ytterligere nedsatt livskvalitet, sammenlignet med utsatte som rapporterer å ha opplevd færre antall former for vold (Chan, 2013; Vink et al., 2019; Witt et al., 2016). Samtidig ga analysen med de separate voldsvariablene informasjon om sammenhengen mellom de ulike formene for vold og livskvalitet. I denne analysen pekte psykisk vold seg ut som den formen for vold som ga størst svekkelse i livskvalitet i vårt utvalg. DMAP-rammeverket foreslår at de tre formene for trusselrelatert mishandling påvirkes av de samme underliggende mekanismene. At vi gjennom å undersøke de ulike formene for trussel separat oppdaget at psykisk vold har en sterkere sammenheng med livskvalitet enn fysisk vold og seksuelle overgrep, viser at informasjon muligens går tapt dersom man kun benytter seg av den dimensjonelle modellen og ser trusselerfaringene under ett. Selv om rammeverket forsøker å ta hensyn til at ulike belastninger kan ha spesifikke sammenhenger med utfall, ser det ut til at noen av disse fremdeles kan bli maskert.

Flere studier viser til resultater i tråd med våre funn og tendensen i forskningsfeltet ser ut til å være at der studiene sammenligner effekten av fysisk vold, psykisk vold og omsorgssvikt, ser psykisk vold og omsorgssvikt ut til å ha sterkere sammenheng med livskvalitet. Som nevnt fant Lo og medforfattere (2021) i likhet med vår studie at lav livskvalitet var sterkere assosiert med psykisk vold og omsorgssvikt enn andre former for vold. Sun (2020) fant at etterfulgt av omsorgssvikt hadde psykisk vold sterkere sammenheng med livskvalitet enn fysisk vold. Å ha vært utsatt for psykisk vold og omsorgssvikt kan altså se ut til å påvirke livskvaliteten negativt i større grad enn om man har vært utsatt for annen type vold. I likhet med ofre for omsorgssvikt, er ofre for psykisk vold ofte utsatt for flere voldstyper (se tabell 1). 30 % av ungdommene som rapporterer å ha opplevd psykisk vold rapporterer også å ha opplevd

omsorgssvikt. Tilsvarende rapporterer 57 % også fysisk vold og 16 % å ha vært utsatt for seksuelle overgrep.

Flere studier har forsøkt å identifisere hvilke mekanismer som ligger bak sammenhengen mellom spesifikke former for vold og tilknyttede konsepter til livskvalitet, som subjektivt velvære eller livstilfredshet. Wu og medforfattere (2021) undersøkte sammenhengen mellom ulike former for vold og subjektivt velvære i lys av selv-relaterte faktorer som selvfølelse og selvmedfølelse. De fant at psykisk mishandling (som i den studien omfattet både psykisk vold og omsorgssvikt) var negativt assosiert med velvære gjennom selvfølelse, og gjennom en sekvensiell sti fra selvfølelse til selvmedfølelse. Assosiasjonen ble ikke funnet for de andre formene for mishandling. Resultatet kan tolkes som at de intrapersonlige prosessene relatert til selvet er mer sårbare for psykisk vold og omsorgssvikt enn for fysisk vold eller seksuelle overgrep. Disse resultatene er i tråd med andre funn som viser at psykisk mishandling har skadelige konsekvenser for individet som utsettes for det, gjennom svekkelse av selvverd og evne til selvregulering av emosjonell uro/ubehag (Arslan, 2016; Wu et al., 2018).

Li og medforfattere (2021) fant i sin studie at internaliserende vansker, som angst- og depresjonssymptomer, samt evne til å regulere stress og uro, fullt ut medierte sammenhengen mellom psykisk mishandling i barndommen og livstilfredshet. Jo høyere grad av psykisk mishandling deltakerne hadde opplevd, jo større internaliserende vansker hadde de, hvilket påvirket livstilfredsheten negativt. Ifølge tilknytningsteori spiller omsorgsgiverne en kritisk rolle i barns sosiale og emosjonelle utvikling, og dersom barnet blir utsatt for mishandling kan dette føre til utvikling av en negativ indre arbeidsmodell (Bowlby, 1969). Den negative arbeidsmodellen inneholder negative representasjoner som “jeg fortjener ikke å bli elsket” og “andre mennesker er ikke til å stole på” (Baldwin et al., 1996). Mennesker med slike destruktive representasjoner er vist å være mer sårbare for internaliserende vansker (Nelson et al., 2017). At internaliserende vansker er negativt relatert til både livstilfredshet og livskvalitet kan også forklares ved Hankins teori (2005) som sier at unge voksne med høye nivå av internaliserende vansker kan være mer sensitive og føle på håpløshet og hjelpeløshet. Frustrasjonen og desperasjonen rundt dette kan ytterligere redusere livskvaliteten deres. Flere studier finner også at utsatte for psykisk vold og omsorgssvikt hadde høyere skårer på angst, depresjon, stress og nevrotisismetrekk, sammenlignet med utsatte for andre typer vold (Dye, 2020; Spertus et al., 2003). At vår studie viser at omsorgssvikt og psykisk vold gir størst svekkelse i livskvalitet kan derfor se ut til å være et meningsfullt funn.

Samtidig eksisterer det også noen studier som har funnet at seksuelle overgrep er den formen for mishandling som gir størst utslag i livskvalitet (da Silva-Júnior et al., 2018; Witt et al., 2016), og en metaanalyse av Weber og medforfattere (2016) fant ikke evidens for at noen former for mishandling gir verre utfall i livskvalitet enn andre. Muligens skyldes det at studier gjerne opererer med ulike definisjoner og ulikt antall former for mishandling, som gjør direkte sammenligninger vanskelig. At ulike studier konkluderer ulikt når det kommer til effekt av spesifikke voldsformer, kan derfor tenkes å reflektere forskjeller i metodisk fremgangsmåte, heller enn forskjeller i voldens natur. I tråd med dette vil hvordan vi har målt vold og overgrep i vår studie kunne tenkes å påvirke funnene våre. For eksempel var det et kriterie at handlingene skulle danne et mønster over tid for at de skulle defineres som psykisk vold og omsorgssvikt, mens det ved fysisk vold eller seksuelle overgrep var tilstrekkelig med ett tilfelle. Dette kan ha bidratt til at omsorgssvikt og psykisk vold representerer mer alvorlige grader av mishandling i vår studie, mens det ved fysisk vold og seksuelle overgrep var en større bredde i alvorlighetsgrad.

Når det gjelder kontrollvariablene kjønn, alder og familieøkonomi viste de som forventet en sammenheng med livskvalitet. Resultatene fra regresjonsanalysene viste at det å være jente var assosiert med lavere livskvalitet, hvilket er funnet både i den generelle ungdomsbefolkningen (Bisegger et al., 2005; Meade & Dowswell, 2016; Michel et al., 2009; Ravens-Sieberer et al. 2008; Ravens-Sieberer et al., 2009) og i studier på barn og unge utsatt for mishandling (da Silva-Júnior et al., 2018; Jernbro et al., 2015, Keenaghan & Kilroe., 2008). Vi fant også at de yngre deltakerne rapporterte en høyere livskvalitet enn de eldre, hvilket også er i tråd med hva andre studier har funnet (Bisegger et al., 2005; Michel et al., 2009; Ravens-Sieberer et al. 2008; Ravens-Sieberer et al., 2009; Weber et al., 2017). Resultatene viste også en sammenheng mellom familieøkonomi og livskvalitet, i form av at ungdommene som opplevde familieøkonomien som dårlig rapporterte å ha lavere livskvalitet enn de som opplevde den som god.

Psykiske helseplager modererer sammenhengen mellom vold og livskvalitet

Det er veldokumentert at mishandling er forbundet med en økt risiko for psykiske helseutfordringer (se f.eks. Alvarez-Segura et al., 2014; Amado et al., 2015; Li et al., 2016; Lindert et al., 2014). Psykiske helseutfordringer er også funnet å være assosiert med lav

livskvalitet (Ravens-Sieberer et al., 2008; Sharpe et al., 2016). Siden disse faktorene virker å henge tett sammen, ønsket vi å undersøke om graden av psykiske helseplager påvirker sammenhengen mellom utsatthet for mishandling og livskvalitet. Resultatene viste at psykiske helseplager modererte forholdet mellom trusselrelatert mishandling og livskvalitet, og mellom fysisk vold og livskvalitet. Sammenhengen mellom grad av utsatthet og livskvalitet var tilstede når nivået av psykiske helseplager var lavt eller moderat. Når de psykiske plagene var store, ble ikke livskvaliteten redusert ytterligere av at ungdommen var utsatt for flere tilfeller (ved fysisk vold) eller flere former (ved trusselrelatert mishandling). Ved andre mishandlingsformer ble det ikke funnet en moderatoreffekt av psykiske helseplager.

At lettere psykiske helseplager påvirker sammenhengen mellom vold og livskvalitet kan ha viktige implikasjoner. Det kan bety at dersom utsatte ungdommer med lettere psykiske helseplager får hjelp, vil det kunne ha positive ringvirkninger på livskvaliteten. Intervensjoner rettet mot lettere psykiske helseplager vil dermed både kunne bidra til å bedre den psykiske helsen, og i tillegg hindre den nedgangen man ser i livskvalitet ved gjentatt vold. Det har blitt påpekt hvordan tidlig intervensjon kan hindre at helseproblemer forverres eller i det hele tatt oppstår (Marmot et al., 2008). Ved psykiske helseplager spesifikt kan man tenke seg at hvordan individet forstår og håndterer plagene tidlig i forløpet vil være avgjørende for hvordan plagene utvikler seg videre (Rutter et al., 2006). Dersom plagene får utvikle seg til å bli alvorlige, øker risikoen for mer kroniske tilstander og tilbakefall (Burcasa & Iacono, 2007; Gibb et al., 2010). Å sikre ungdommer tidlig psykisk helsehjelp vil derfor både kunne hindre unødig lidelse, og potensielt være ressursbesparende, da det vil være mer krevende å hjelpe ungdommene på senere stadier når plagene er mer alvorlige.

Å intervenere tidlig kan også være spesielt effektivt i ungdomstiden. Ungdomstiden er en sårbar periode hvor det foregår store endringer fysiologisk, psykologisk og sosialt, og den utgjør derfor et potensielt mulighetsvindu for påvirkning (Moffitt et al., 2011). Det er også den perioden i livet hvor de fleste alvorlige psykiske lidelser debuterer, og det har derfor blitt kalt den mest kritiske perioden for tidlig intervensjon (Kessler et al., 2005). Dersom ungdommen får tidlig hjelp som styrker deres psykiske helse, vil ikke det bare kunne beskytte ungdommen mot nåværende lidelse, men også kunne forebygge en forverring av symptomer som kan føre til psykiske lidelser i voksen alder. Dette er også særs viktig ved mishandlingserfaringer, som har en sterk sammenheng med psykiske helseproblemer gjennom hele livsløpet (Li et al., 2016; Lindert et al., 2014). Våre resultater impliserer at det også vil

kunne bidra til økt livskvalitet. Studier med voksne deltakere som finner økt livskvalitet ved behandling av psykiske lidelser kan sies å støtte denne sammenhengen (se f.eks. Heldt et al., 2006; Hofmann et al., 2017; Oei & McAlinden, 2014; Talkovsky et al., 2017).

Det er viktig å presisere at det vi omtaler som små, moderate og store plager i denne studien, ikke representerer kliniske nivåer. Små og store psykiske helseplager tilsvarende skårer henholdsvis ett standardavvik under og over gjennomsnittet for psykiske helseplager i gruppen som oppgir å ha opplevd vold (trusselrelatert mishandling eller fysisk vold). Moderate plager tilsvarende graden av psykiske helseplager de utsatte i de to gruppene oppgir i gjennomsnitt, som er langt under klinisk nivå (se tabell 3). At plagene er relativt små er å forvente når vi studerer et populasjonsutvalg, hvor det er stor bredde i hvor alvorlig vold ungdommene har blitt utsatt for. Til sammenligning vil kliniske utvalg i større grad være avgrenset til alvorlige tilfeller, og derfor henge sammen med større gjennomsnittlig svekkelse i psykiske helse. I et populasjonsutvalg vil selv en liten svekkelse i psykiske helseplager være betydelig, fordi det potensielt angår veldig mange ungdommer. Forebyggende arbeid og tidlig intervensjon for å ivareta ungdommers psykiske helse etter mishandling vil derfor være av stor betydning i et folkehelseperspektiv.

Resultatene våre viste at ved store psykiske helseplager påvirket ikke graden av utsatthet ungdommens livskvalitet. Muligens er det sånn at når ungdommen har store psykiske helseplager vil livskvaliteten nødvendigvis være dårlig, og at effekten av psykiske helseplager dermed "slår ut" effekten av mishandling. Flere studier med voksne deltakere har også observert at sammenhengen mellom mishandling og livskvalitet reduseres eller forsvinner når den sees sammen med alvorlige psykiske helseplager. En studie som så på assosiasjonen mellom PTSD, traumehistorie og helseproblemer, fant at det var kun PTSD som hadde en signifikant sammenheng med helseproblemer når de to ble lagt til i samme regresjonsanalyse. I denne studien innebar traumer alt fra å ha vært i krig til å bli utsatt for vold eller seksuelle overgrep (Weisberg et al., 2002). Cloitre og medforfattere (2001) fant også at når PTSD og fysisk eller seksuelt misbruk i barndommen ble studert sammen, var det kun PTSD som hadde en signifikant sammenheng med kvinners oppfattede helsestatus. Andre studier har vist at effekten av barnemishandling på nåværende helse fullt ut medieres av psykiske helseplager. Lang og medforfattere (2006) fant at PTSD-symptomer fullt ut medierte sammenhengen mellom barnemishandling og utfall i helse hos kvinnelige veteraner, mens Beck og medforfattere (2014) fant at psykiske helseplager fullt ut medierte sammenhengen mellom

psykisk vold og fysisk helse hos unge voksne. Andre har funnet at psykiske helseplager delvis medierer forholdet mellom mishandling i barndommen og helse i voksen alder (Aversa et al., 2014; Chartier et al., 2009; Lin et al., 2018).

Resultatene våre indikerer en sterk sammenheng mellom psykiske helseplager og livskvalitet, hvor graden av plager var tett forbundet med grad av svekkelse i livskvalitet (illustrert av figur 2 og 3). Selv om psykiske helseplager og livskvalitet er definisjonsmessig forskjellig, vekker det spørsmål om måleinstrumentene muligens fanger opp samme informasjon. Dersom vi ser til innholdet i måleinstrumentene vi har benyttet (HSCL-10 for psykiske helseplager og KS-10 for livskvalitet) kan innholdet se ut til å være noe overlappende. For eksempel stiller HSCL-10 et spørsmål om ungdommen har kjent seg nedtrykt eller tungsindig, mens KS-10 etterspør om ungdommen har kjent seg trist og ensom. Andre spørsmål kan sies å stå i motsetning til hverandre, eksempelvis spørsmålet om “en følelse av at alt er et slit” i HSCL-10 og spørsmålet om ungdommen har “følt seg full av energi” i KS-10. En undersøkelse av korrelasjonen viste at sammenhengen var sterk, men ikke fullstendig overlappende (Pearsons $r = .59$). Tidligere studier har også stilt spørsmål om den sterke sammenhengen mellom psykiske helseplager og livskvalitet skyldes en overlapp i spørsmålsformuleringer. De fant like effekter i analyser med og uten overlappende spørsmål, som indikerer at psykiske helseplager og lav livskvalitet ikke nødvendigvis går hånd i hånd (Dey et al., 2012; Sharpe et al., 2016). I disse studiene ble det imidlertid benyttet et annet mål for psykiske helseplager enn HSCL-10, og vi kan derfor ikke utelukke at sammenhengen var kunstig sterk i vår studie.

Andre studier utfordrer også ideen om at psykiske helseplager er ensbetydende med lav livskvalitet. Bot og medforfattere (2011) fant at 10 % av barn med psykiske vansker rapporterte høy livskvalitet. I samsvar med dette fant Sharpe og medforfattere (2016) det samme hos 12 % av barn med psykiske vansker i en studie med over 45 000 deltakere. Bastiaansen og medforfattere (2005), som undersøkte livskvalitet og symptomnivå hos barn med psykiske lidelser, fant at 11 % opplevde en økning i livskvalitet etter ett år, men ingen endring i symptomtrykk. Psykisk helse og livskvalitet ser derfor ut til å være tett forbundet, men ser ikke ut til å være ensbetydende med hverandre. Som Bastiaansen og medforfattere (2005) skriver – livskvalitet handler om i hvilken grad ungdommen opplever å fungere godt i hverdagen. Det innebærer ikke psykiske helseplager, men heller hvilken virkning disse plagene har på ungdommens hverdag.

Hjelpesøking modererer ikke effekten av mishandling på livskvalitet

Vi fant ingen støtte for at det å ha søkt profesjonell hjelp modererer sammenhengen mellom mishandling og livskvalitet. På en måte er det overraskende at hvorvidt ungdommene har søkt hjelp eller ikke, ikke gjenspeiles i deres livskvalitet. Barnemishandling har alvorlige og langvarige helsekonsekvenser, og vi har et utbredt hjelpeapparat som arbeider for å fange opp og ivareta utsatte barn for å hindre disse konsekvensene. Mangfoldige studier viser at intervensjoner har positive effekter (se f.eks. Bartlett et al. 2018; Bennett et al. 2021; Swenson et al. 2010). Et viktig poeng er at vi i vår studie kun baserer oss på et enkelt ja-nei spørsmål om ungdommen har søkt hjelp eller ikke. Det er derfor mye vi ikke vet. Vi vet ikke hvilken tjeneste de som har søkt om hjelp har oppsøkt (eller om de har blitt oppsøkt selv), om det for eksempel er helsesykepleier, fastlege, barnevernet eller barne- og ungdomspsykiatrien. Vi har heller ikke informasjon om hvor lenge de har mottatt hjelp. Spørsmålet kan både fange opp de som nylig har søkt om hjelp og de som har vært inne i hjelpeapparatet over lengre tid. Det er også uvisst om det kun er ungdommen selv som har fått hjelp, eller om familien har blitt involvert. Det er ukjent hvilken oppfølging de har fått fra den eventuelle tjenesten, og i hvilken grad de har vært fornøyd med hjelpen. Det kan hende at ungdommene har en manglende tillit til voksne som følge av overgrepene, og derfor har en manglende tillit til hjelpeapparatet. Dette er bare noen av mange potensielle faktorer som kan forklare hvorfor det ikke ble funnet en effekt av hjelpesøking i vår studie.

Et annet poeng er at studier som viser effekt av intervensjoner ofte er kliniske studier, som gir en mer detaljert innsikt i deltakerens opprinnelige tilstand, behandlingen som gis og resultatene av denne. Det kan for eksempel være randomiserte kontrollerte studier som sammenligner to grupper med likt utgangspunkt, hvor kun den ene gruppen mottar behandling. I vår studie er utvalget svært heterogent, og ungdommene har opplevd ulike grader av mishandling og har ulike livsomstendigheter. De aller fleste studier undersøker også effekten av intervensjoner for tilstander eller lidelser, ikke for å ha vært utsatt for vold og overgrep i seg selv. En studie på samme utvalg fant at forklaringen de fleste ungdommene som ikke oppsøkte hjelp oppga var at de ikke hadde behov for det eller tenkte hendelsen var alvorlig nok (Buer, 2020). En mulighet er derfor at ungdommene som har søkt om hjelp opplever mer symptomer, mens de som ikke har søkt hjelp opplever mindre symptomer og derfor ikke opplever det samme behovet. I tråd med dette kan også hende de har opplevd mer alvorlig mishandling enn de som ikke søker hjelp. Dette støttes av en studie som fant at

høyere alvorlighetsgrad og fysisk skade var forbundet med at barna oftere fortalte (Hershkowitz, 2006). Dersom dette er tilfellet gir det mening at det å søke hjelp ikke modererer utfallet i livskvalitet i vårt utvalg.

Vi har kun funnet én annen studie som benyttet livskvalitet som utfallsmål for å undersøke effekten av hjelpetiltak hos volds- og overgrepsofsatte barn og ungdom. Dette er en brasiliansk studie som fulgte 118 barn og unge som fikk tilbud om et støtteprogram ved et hjelpesenter (da Silva-Júnior et al., 2018). Utfallsmålet var en lengre versjon av instrumentet vi har benyttet, KIDSCREEN-52, som genererer ti underfasetter for livskvalitet, blant annet autonomi, fysisk livskvalitet og psykologisk livskvalitet. Interessant nok fant de at deltakerne som fullførte programmet skåret lavere på psykologisk livskvalitet enn de som droppet ut. De stiller spørsmål ved om det skyldes at de som fullførte programmet hadde det verre som følge av mishandlingen enn de som valgte å ikke fullføre. I tillegg påpeker de at behandling ikke alltid gir en umiddelbar opplevelse av lindring. De psykologiske intervensjonene kan ha vekket vonde og intense følelser, og det å gå i behandling kan bidra til at man i større grad erkjenner rollen som et offer (da Silva-Júnior et al., 2018). I tråd med dette kan det være at de som ikke har søkt hjelp kanskje ikke har innsett at det de har blitt utsatt for er galt, og at det er noe å søke hjelp for. Dette støttes av en kvalitativ studie fra 2004, som viste at ungdommer utsatt for seksuelle overgrep i flere tilfeller ikke visste at de var blitt utsatt for et overgrep (Crisma et al., 2004). Det kan også hende at ungdommer som ikke har søkt hjelp bevisst eller ubevisst fornekte hendelsen, i frykt for at å tematisere det vil gjøre ting vanskeligere. Det kan også skyldes at de ønsker å bevare de gode sidene av relasjonen til overgriper, som kanskje er en de er glad i og avhengig av, og kjenner en stor lojalitet overfor (Crisma et al., 2004; Leimagre et al., 2017; Münzer et al., 2016).

I vår studie etterspør vi spesifikt profesjonell hjelp. Mange ungdommer opplever også mye støtte fra mennesker i livet sitt som ikke er profesjonelle, og som beskytter deres livskvalitet tross vonde opplevelser. En studie av Lo og medforfattere (2021) fant at dersom ungdommer opplevde god sosial støtte fra jevnaldrende, ble ikke sammenhengen mellom fysisk vold og internaliserende vansker lengre signifikant. Å ha støttende voksne i livet, både profesjonelle og ikke-profesjonelle, har blitt vist å være en beskyttende faktor for barn i risiko (Dang et al., 2014; Rhodes, 1994). Prowell og Williams (2021) fant at unge mennesker utsatt for seksuelle overgrep rapporterte gjennomsnittlig eller høyere sosial og emosjonell livskvalitet dersom de hadde en god relasjon til en støttende voksen. Jo lengre de hadde kjent hverandre, jo mer

nylig de hadde hatt kontakt og jo høyere alder den utsatte hadde på datainnsamlingstidspunktet, jo bedre livskvalitet ble rapportert. Dette viser at støtte og hjelp fra andre kan være avgjørende for ungdommen, men at samspillet mellom faktorer er for komplekst til at det ble fanget opp i vår studie.

Implikasjoner for forebygging og klinisk praksis

Mange barn og unge blir dessverre utsatt for multiviktimisering. Våre funn støtter at det å bli utsatt for gjentatt mishandling gir en større svekkelse i ungdommers livskvalitet. Det er derfor viktig at multiviktimisering blir anerkjent av de som arbeider med barn og unge. En omfattende kartlegging av mishandlingen kan hjelpe terapeuter og andre profesjonelle å identifisere de mest utsatte barna. Samtidig støtter resultatene viktigheten av tidlig intervensjon. Når ungdommenes plager ikke er for omfattende ser grad av mishandling ut til å ha en effekt på deres livskvalitet. Intervensjoner som ivaretar ungdommenes psykiske helse, før plagene blir store, kan derfor trolig svekke den negative effekten av barnemishandling på barnas dagligliv og funksjonsnivå. Både forebyggende tiltak og intervensjoner som ivaretar den psykiske helsen kan derfor være sentralt for å bevare ungdommenes livskvalitet.

Kunnskap om at livskvaliteten svekkes etter vold og overgrep, indikerer at intervensjoner rettet direkte mot å ivareta livskvaliteten i ungdomsbefolkningen også vil være et viktig forebyggende tiltak. Dette underbygges videre av at lav livskvalitet og psykopatologi ikke er det samme, og at god livskvalitet er mulig selv ved psykiske plager (Bastiaansen et al., 2005; Bot et al., 2011; Sharpe et al., 2016). God livskvalitet kan potensielt også fungere som en buffer mot å utvikle psykiske plager. Dette støttes av de Vasconcelos (2020) som fant at livstilfredshet medierte sammenhengen mellom mishandling og depressive symptomer. Livstilfredshet har også blitt funnet å beskytte mot depressive symptomer som følge av skolestress (Moksnes et al., 2016), og bidra til motstandsdyktighet mot traumatiske reaksjoner hos barn som vokser opp i krig (Veronese et al., 2017). Mange ulike tiltak kan potensielt bidra til å fremme livskvaliteten. Det kan være å styrke barn sine relasjoner til jevnaldrende og familie, iverksette tiltak som øker trivsel på skolen eller sikre et godt og tilgjengelig fritidstilbud.

Styrker, begrensninger og videre forskning

Dette er en av de første studiene som vi kjenner til på livskvalitet etter mishandling hvor deltakerne fremdeles er barn. Funnene våre er derfor med på å fylle et kunnskapshull når det gjelder forståelsen vår av barns opplevelse av livet etter mishandling. Dataene vi har benyttet er hentet fra UEVO-studien, en viktig kohortstudie på forekomst av vold og overgrep i et representativt utvalg i Norge. Å undersøke livskvaliteten hos et representativt utvalg er avgjørende, fordi det gir oss et inntrykk av hva som er tendensen i befolkningen. Det fanger bredden, sammenlignet med kliniske studier som er avgrenset til de barna som er mest syke og sårbare. Kunnskap om hvordan livskvaliteten ser ut i et representativt utvalg gir også et sammenligningsgrunnlag i kliniske studier. At denne studien, som har et svært heterogent utvalg, viser en svekkelse i livskvalitet etter mishandlingserfaringer, indikerer at livskvalitet også kan være et viktig utfallsmål i kliniske studier, i tillegg til mål som undersøker symptomer.

Det er bred enighet om at mishandling kan deles inn i omsorgssvikt, psykisk vold, fysisk vold og seksuelle overgrep, slik vi har gjort i denne studien. Å undersøke flere former samtidig tar hensyn til at barn som er utsatt ofte opplever flere former for mishandling. Det kan derfor være misledende å kun undersøke en eller to former for mishandling, slik mange studier i feltet gjør. En pågående diskusjon er likevel om vold i hjemmet også burde bli inkludert som en egen form for mishandling (NKVTS, 2018). Studier viser at mange barn utsatt for vold og overgrep også er eksponert for vold i hjemmet (Hamby et al., 2010). Det kan derfor anses som en begrensning at vi ikke har undersøkt dette. I studien har vi benyttet det teoretiske rammeverket DMAP, som i større grad enn tidligere inndelinger gir mulighet til å fange kompleksiteten i vold og overgrep. Det er økende evidens for at dimensjonene gir ulike utviklingsmessige konsekvenser (Miller et al., 2018). Samtidig har rammeverket mottatt kritikk for å behandle utsatte for omsorgssvikt og trusselrelatert mishandling som to ulike populasjoner, når realiteten er at mange barn opplever begge formene for mishandling. En diskusjon i feltet er derfor om en modell som tar mer hensyn til helheten i individets opplevelse vil gi mulighet til å undersøke og forstå effekten av volds- og overgrepserfaringer enda mer presist (Smith & Pollak, 2021).

At barn er deltakere i studien er også en styrke fordi det innebærer at det har gått kortere tid siden hendelsene, sammenlignet med studier med voksne deltakere. Det øker sannsynligheten

for å fange opp mer presise opplevelser, som resulterer i mer presis og pålitelig kunnskap om hva som kan gjøres for å hjelpe barn utsatt for vold (Hafstad & Augusti, 2019). Selv om det fremdeles vil være en risiko for hukommelsesbias, det vil si at barna husker og evaluerer erfaringer forskjellig, vil denne trolig være mindre enn i retrospektive studier med voksne deltakere. Det kan likevel hende at barna ikke har fått nok avstand til hendelsene til å forstå hva de virkelig handlet om (Hafstad & Augusti, 2019). En annen begrensning ved å bruke barn som respondenter er at det gjør det vanskelig å få informasjon om mishandling i barnas første leveår, som potensielt kan føre til en underestimering av sammenhenger.

Studien vår er kryss-seksjonell, noe som begrenser muligheten til å trekke konklusjoner om kausalitet. I fremtiden burde det derfor gjennomføres longitudinelle studier for å undersøke hvordan livskvaliteten til utsatte barn og unge utvikles og endres over lengre tid. I videre studier vil det også være interessant å bruke et lengre måleinstrument for livskvalitet (eksempelvis KIDSCREEN-27 eller KIDSCREEN-52). Det vil gi mulighet til å undersøke sammenhengen mellom mishandling og ulike aspekter av livskvalitet. Livskvalitet er et omfattende konsept, og fanger opp tilfredshet med fysisk, psykologisk og sosial funksjon. At vi kun har benyttet én indeks for livskvalitet i denne studien gjør at vi ikke har noe informasjon om utfallet i de ulike domenene, som muligens blir påvirket forskjellig. Et mer omfattende måleinstrument kan gi mer spesifikk informasjon om hvilken påvirkning mishandling har på barnas dagligliv og funksjonsnivå, som kan benyttes for å utvikle mer spesifikke forebyggende tiltak og intervensjoner for å fremme positiv fungering og livskvalitet.

Et mer omfattende måleinstrument for helseplager vil også kunne åpne for å studere sammenhengen mellom vold, helseplager og livskvalitet mer inngående, eksempelvis om sammenhengen er forskjellig ved eksternaliserende og internaliserende vansker. Som nevnt i innledningen har omsorgssvikt blitt vist å være spesielt assosiert med eksternaliserende vansker (Miller et al., 2018; Tibu et al., 2016). I vår studie stilte vi kun ett enkelt spørsmål om ungdommen hadde søkt hjelp eller ikke. Kanskje hadde vi funnet mer spesifikke effekter dersom vi hadde informasjon om tidspunktet ungdommen hadde søkt hjelp og hvilket tilbud hen hadde fått.

Konklusjon

Forskningen har etterspurt flere studier som undersøker livskvalitet hos barn og unge som er utsatt for vold og overgrep. Vår studie imøtegår denne etterspørselen og finner, i tråd med de få studiene som eksisterer, at volds- og overgrepserfaringer har en sammenheng med en svekkelse i ungdommers livskvalitet. I våre resultater ser omsorgssvikt og psykisk vold ut til å være noe mer skadelig enn fysisk vold og seksuelle overgrep for livskvaliteten. Muligens skyldes dette at omsorgssvikt og psykisk vold er spesielt knyttet til selvfølelses- og tilknytningsproblematikk, som gjør ofrene mer sårbare for svekkelse i livskvalitet. Vi fant også at sammenhengen mellom trusselrelatert mishandling og livskvalitet, samt fysisk vold og livskvalitet modereres av psykiske helseplager. Funnene kan sies å støtte betydningen av tidlig intervensjon, før ungdommen utvikler en høy grad av psykiske plager, da dette ikke bare kan gi en reduksjon i psykiske helseplager, men også bidra til økt livskvalitet.

Å fremme god psykisk helse i ungdomsbefolkningen er viktig, fordi det vil kunne styrke utsatte barn og unges livskvalitet. Å intervenere i ungdomstiden er også viktig i et langtidsperspektiv, da ungdomsfasen er et mulighetsvindu for å intervenere og hjelpe. Hvordan ungdommen håndterer plager i denne livsfasen, vil kunne legge føringer for hvordan livskvaliteten blir videre i livet. Selv om mange studier finner en effekt av hjelpetiltak, ble det ikke funnet evidens for at det å få hjelp påvirket sammenhengen mellom mishandling og livskvalitet i denne studien. Det kan være mange grunner til dette, som at sammenhengen mellom mishandling, hjelp og livskvalitet er mer kompleks enn hva vår studie fanget opp. Mye gjenstår for å forstå prosessene som forklarer sammenhengen mellom mishandling og livskvalitet. Så lenge mishandling fremdeles forekommer, må vi fortsette å forsøke å forstå disse prosessene, slik at vi utvikler gode intervensjoner som forhindrer og korrigerer negative utfall.

Referanseliste

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., & Øverlien, C. (2016). Vold og overgrep mot barn og unge: definisjoner og typologiskering. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J.-H. Schulz (Red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 265-280). Oslo: Universitetsforlaget.
- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., de Graaf, R., ten Have, M., & Sareen, J. (2007). Child Abuse and Health-Related Quality of Life in Adulthood. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195(10), 797–804. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181567fdd>
- Al-Fayez, G. A., Ohaeri, J. U., & Gado, O. M. (2012). Prevalence of physical, psychological, and sexual abuse among a nationwide sample of Arab high school students: Association with family characteristics, anxiety, depression, self-esteem, and quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(1), 53–66. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0311-2>
- Alvarez-Segura, M., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Plaza, A., Imaz, M. L., Hermida-Barros, L., San, L., & Burtchen, N. (2014). Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 343–357. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0440-9>
- Amado, B. G., Arce, R., & Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention*, 24(1), 49–62. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.03.002>
- Annerbäck, E.-M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G., & Gustafsson, P. A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden—Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 36(7–8), 585–595. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.006>
- Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 52, 200–209. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.010>
- Augusti, E.-M., & Myhre, M. C. (2021). The Barriers and Facilitators to Abuse Disclosure and Psychosocial Support Needs in Children and Adolescents Around the Time of Disclosure. *Child Care in Practice*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/13575279.2021.1902279>
- Aversa, L. H., Lemmer, J., Nunnink, S., McLay, R. N., & Baker, D. G. (2014). Impact of childhood maltreatment on physical health-related quality of life in U.S. active duty

- military personnel and combat veterans. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1382–1388.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.004>
- Baldwin, M. W., Keelan, J. P. R., Fehr, B., Enns, V., & Koh-Rangarajoo, E. (1996). Social-cognitive conceptualization of attachment working models: Availability and accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 94–109.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.1.94>
- Barnekonvensjonen. (1989). *Konvensjon om barnets rettigheter* (20-11-1989 nr. 1 Multilateral). Lovdata. <https://lovdata.no/traktat/1989-11-20-1>
- Barneombudsloven. (1981). *Lov om barneombud* (LOV-2009-06-19-43). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1981-03-06-5>
- Bartlett, J. D., Griffin, J. L., Spinazzola, J., Fraser, J. G., Noroña, C. R., Bodian, R., Todd, M., Montagna, C., & Barto, B. (2018). The impact of a statewide trauma-informed care initiative in child welfare on the well-being of children and youth with complex trauma. *Children and Youth Services Review*, 84, 110–117.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.11.015>
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., & Ferdinand, R. F. (2005). Psychopathology in children: Improvement of quality of life without psychiatric symptom reduction? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(7), 364–370. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0481-8>
- Beck, N., Palic, S., Andersen, T. E., & Roenholt, S. (2014). Childhood Abuse Types and Physical Health at the Age of 24: Testing Health Risk Behaviors and Psychological Distress as Mediators. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(4), 400–413.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2014.892047>
- Bennett, R. S., Denne, M., McGuire, R., & Hiller, R. M. (2021). A Systematic Review of Controlled-Trials for PTSD in Maltreated Children and Adolescents. *Child Maltreatment*, 26(3), 325–343. <https://doi.org/10.1177/1077559520961176>
- Berman, A. H., Liu, B., Ullman, S., Jadbäck, I., & Engström, K. (2016). Children’s Quality of Life Based on the KIDSCREEN-27: Child Self-Report, Parent Ratings and Child-Parent Agreement in a Swedish Random Population Sample. *PLOS ONE*, 11(3), e0150545.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150545>
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Bisegger, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., & the European Kidscreen group. (2005). Health-related quality of life: Gender differences in childhood and adolescence. *Sozial- Und Präventivmedizin SPM*, 50(5), 281–291.
<https://doi.org/10.1007/s00038-005-4094-2>

- Bot, M., de Leeuw den Bouter, B. J. E., & Adriaanse, M. C. (2011). Prevalence of psychosocial problems in Dutch children aged 8–12 years and its association with risk factors and quality of life. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *20*(4), 357–365. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000540>
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Volume 1. *Attachment*. New York: Basic Books.
- Buer, H. S. (2020). Barns prosess med å fortelle om vold og overgrep: Hvilke faktorer hindrer eller legger til rette for at barn kan fortelle? [Hovedoppgave, Universitetet i Oslo].
- Burcusa, S. L., & Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, *27*(8), 959–985. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>
- Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2020). A Systematic Review of Reviews of the Outcome of Noninstitutional Child Maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, *21*(4), 828–843. <https://doi.org/10.1177/1524838018801334>
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *201*(12), 1007–1020. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000049>
- Chan, K. L. (2013). Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: Prevalence and associations with health. *Preventive Medicine*, *56*(3–4), 207–210. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.12.018>
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2009). Health Risk Behaviors and Mental Health Problems as Mediators of the Relationship Between Childhood Abuse and Adult Health. *American Journal of Public Health*, *99*(5), 847–854. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.122408>
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J., & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, *85*(7), 618–629. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Cloitre, M., Cohen, L. R., Edelman, R. E., & Han, H. (2001). Posttraumatic Stress Disorder and Extent of Trauma Exposure as Correlates of Medical Problems and Perceived Health Among Women with Childhood Abuse. *Women & Health*, *34*(3), 1–17. https://doi.org/10.1300/J013v34n03_01
- Cohen J. E. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X., & Mercy, J. A. (2008). Health-Related Quality of Life Among Adults Who Experienced Maltreatment During Childhood. *American Journal of Public Health, 98*(6), 1094–1100. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.119826>
- Crisma, M., Bascelli, E., Paci, D., & Romito, P. (2004). Adolescents who experienced sexual abuse: Fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse & Neglect, 28*(10), 1035–1048. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.03.015>
- da Silva-Júnior, I. F., Hartwig, A. D., Demarco, G. T., Stürmer, V. M., Scobernatti, G., Goettems, M. L., & Azevedo, M. S. (2018). Health-related quality of life of maltreated children and adolescents who attended a service center in Brazil. *Quality of Life Research, 27*(8), 2157–2164. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1881-9>
- Dang, M. T., Conger, K. J., Breslau, J., & Miller, E. (2014). Exploring Protective Factors among Homeless Youth: The Role of Natural Mentors. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 25*(3), 1121–1138. <https://doi.org/10.1353/hpu.2014.0133>
- de Vasconcelos, N. M., Ribeiro, M., Reis, D., Couto, I., Sena, C., Botelho, A. C., Bonavides, D., Hemanny, C., Seixas, C., Zeni, C. P., & de Oliveira, I. R. (2020). Life satisfaction mediates the association between childhood maltreatment and depressive symptoms: A study in a sample of Brazilian adolescents. *Brazilian Journal of Psychiatry, 42*(3), 250–257. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0535>
- Dey, M., Landolt, M. A., & Mohler-Kuo, M. (2012). Health-related quality of life among children with mental disorders: A systematic review. *Quality of Life Research, 21*(10), 1797–1814. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0109-7>
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect, 28*(7), 771–784. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- Dos Santos, N. E. (2015). *Kartlegging av traumer hos barn og unge – hvordan reagerer barn og unge i BUP?* (Masteroppgave.) Universitetet i Oslo: Oslo.
- Dyb, G., Glad, K. A., Hafstad, G. S., Holt, T., Myhre, M. C., Skjørten, K.,... Hauge, M.-I. (2016). Juridiske, etiske og metodiske problemstillinger ved gjennomføring av omfangsundersøkelser med barn og unge om vold og seksuelle overgrep (Rapport 5/2016). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Dye, H. L. (2020). Is Emotional Abuse As Harmful as Physical and/or Sexual Abuse? *Journal of Child & Adolescent Trauma, 13*(4), 399–407. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00292-y>

- Edwards, V. J., Anda, R. F., Felitti, V. J., & Dube, S. R. (2004). Adverse childhood experiences and health-related quality of life as an adult. I K. A. Kendall-Tackett (Red.), *Health consequences of abuse in the family: A clinical guide for evidence-based practice*. (s. 81–94). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10674-005>
- Evren, C., Sar, V., Dalbudak, E., Cetin, R., Durkaya, M., Evren, B., & Celik, S. (2011). Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependent men: Impact of childhood emotional abuse and dissociation. *Psychiatry Research, 186*(1), 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.004>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 7–26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Forskrift om barns rett til selv å samtykke til deltakelse i forskning. (2017). *Forskrift om barn mellom 12 og 16 år sin rett til selv å samtykke til deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning*. (FOR-2018-07-04-1154). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2017-06-28-1000>
- Gibb, S. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2010). Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. *British Journal of Psychiatry, 197*(2), 122–127. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.076570>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 373*(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2016). Child maltreatment and quality of life: A study of adolescents in residential care. *Health and Quality of Life Outcomes, 14*(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0479-6>
- Hafstad, G. S., & Augusti, E. (red.) (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten. En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. (NKVTS Rapport 2019: 4). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Hamby, S. (2017). On defining violence, and why it matters. *Psychology of Violence, 7*(2), 167–180. <https://doi.org/10.1037/vio0000117>
- Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H., & Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse & Neglect, 34*(10), 734–741. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.03.001>

- Hankin, B. L. (2005). Childhood Maltreatment and Psychopathology: Prospective Tests of Attachment, Cognitive Vulnerability, and Stress as Mediating Processes. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 645–671. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-9631-z>
- Haraldstad, K., & Richter, J. (2014). Måleegenskaper ved den norske versjonen av KIDSCREEN. PsykTestBarn.
- Haraldstad, K., Christophersen, K.-A., & Helseth, S. (2017). Health-related quality of life and pain in children and adolescents: A school survey. *BMC Pediatrics*, 17(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0927-4>
- Heldt, E., Blaya, C., Isolan, L., Kipper, L., Teruchkin, B., Otto, M. W., Fleck, M., & Manfro, G. G. (2006). Quality of Life and Treatment Outcome in Panic Disorder: Cognitive Behavior Group Therapy Effects in Patients Refractory to Medication Treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(3), 183–186. <https://doi.org/10.1159/000091776>
- Hershkowitz, I. (2006). Delayed disclosure of alleged child abuse victims in Israel. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 444–450. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.444>
- Hofmann, S. G., Curtiss, J., Carpenter, J. K., & Kind, S. (2017). Effect of treatments for depression on quality of life: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(4), 265–286. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1304445>
- IBM. (2020). IBM Corp. Armonk [Programvare]. NY: IBM Corp.
- Jaffee, S. R. (2017). Child Maltreatment and Risk for Psychopathology in Childhood and Adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 525–551. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005>
- Jensen, T. K. (2012). Intervjuer med barn og unge i spesielt vanskelige livssituasjoner. Kan vi snakke med barn om alt? I: E. Backe-Hansen & I. Frønes (red.), *Metoder og perspektiver i barne- og ungdomsforskning* (s. 95-120). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jernbro, C., Tindberg, Y., Lucas, S., & Janson, S. (2015). Quality of life among Swedish school children who experienced multitype child maltreatment. *Acta Paediatrica*, 104(3), 320–325. <https://doi.org/10.1111/apa.12873>
- Jernbro, C., & Janson, S. (2016). *Våld mot barn 2016. En nationell kartläggning*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Jud, A., Landolt, M. A., Tatalias, A., Lach, L. M., & Lips, U. (2013). Health-related quality of life in the aftermath of child maltreatment: Follow-up study of a hospital sample. *Quality of Life Research*, 22(6), 1361–1369. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0262-z>
- Keenaghan, C., & Kilroe, J. (2008). *A Study on the Quality of Life Tool KIDSCREEN for Children and Adolescents in Ireland: Results of the KIDSCREEN National Survey 2005*:

- (531082013-001) [Data set]. American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/e531082013-001>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kloppen, K., Maehle, M., Kvello, Ø., Haugland, S., & Breivik, K. (2015). Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment in the Nordic countries: A Review: Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment. *Child Abuse Review*, *24*(1), 51–66.
<https://doi.org/10.1002/car.2324>
- Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., McQuaid, J. R., Malcarne, V. L., Dresselhaus, T. R., & Stein, M. B. (2006). Relationships among childhood maltreatment, PTSD, and health in female veterans in primary care. *Child Abuse & Neglect*, *30*(11), 1281–1292.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.005>
- Lanier, P., Kohl, P. L., Raghavan, R., & Auslander, W. (2015). A Preliminary Examination of Child Well-Being of Physically Abused and Neglected Children Compared to a Normative Pediatric Population. *Child Maltreatment*, *20*(1), 72–79.
<https://doi.org/10.1177/1077559514557517>
- Lemaigre, C., Taylor, E. P., & Gittoes, C. (2017). Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, *70*, 39–52. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.009>
- Li, A., Wang, S., & Liu, X. (2021). Childhood psychological maltreatment and life satisfaction among Chinese young adults: The mediating role of internalizing problems and the buffering role of social support. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02126-3>
- Li, M., D’Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, *46*(4), 717–730. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002743>
- Lin, H.-H. S., Naimi, A. I., Brooks, M. M., Richardson, G. A., Burke, J. G., & Bromberger, J. T. (2018). Child maltreatment as a social determinant of midlife health-related quality of life in women: Do psychosocial factors explain this association? *Quality of Life Research*, *27*(12), 3243–3254. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1937-x>

- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 59*(2), 359–372. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5>
- Lo, C. K., Ho, F. K., Yan, E., Lu, Y., Chan, K. L., & Ip, P. (2021). Associations Between Child Maltreatment and Adolescents' Health-Related Quality of Life and Emotional and Social Problems in Low-Income Families, and the Moderating Role of Social Support. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(15–16), 7436–7455. <https://doi.org/10.1177/0886260519835880>
- Machlin, L., Miller, A. B., Snyder, J., McLaughlin, K. A., & Sheridan, M. A. (2019). Differential Associations of Deprivation and Threat With Cognitive Control and Fear Conditioning in Early Childhood. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 13*, 80. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00080>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet, 372*(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- McLaughlin, K. A., & Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: Mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology, 14*, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.004>
- McLaughlin, K. A., & Sheridan, M. A. (2016). Beyond Cumulative Risk: A Dimensional Approach to Childhood Adversity. *Current Directions in Psychological Science, 25*(4), 239–245. <https://doi.org/10.1177/0963721416655883>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Gold, A. L., Duys, A., Lambert, H. K., Peverill, M., Heleniak, C., Shechner, T., Wojcieszak, Z., & Pine, D. S. (2016). Maltreatment Exposure, Brain Structure, and Fear Conditioning in Children and Adolescents. *Neuropsychopharmacology, 41*(8), 1956–1964. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.365>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 47*, 578–591. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>
- Meade, T., & Dowswell, E. (2015). Health-related quality of life in a sample of Australian adolescents: Gender and age comparison. *Quality of Life Research, 24*(12), 2933–2938. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1033-4>

- Meade, T., & Dowswell, E. (2016). Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: A three year longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *14*(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0415-9>
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D. C., & Abel, T. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A multilevel analysis. *Quality of Life Research*, *18*(9), 1147–1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9538-3>
- Miller, A. B., Sheridan, M. A., Hanson, J. L., McLaughlin, K. A., Bates, J. E., Lansford, J. E., Pettit, G. S., & Dodge, K. A. (2018). Dimensions of deprivation and threat, psychopathology, and potential mediators: A multi-year longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, *127*(2), 160–170. <https://doi.org/10.1037/abn0000331>
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W., Ross, S., Sears, M. R., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *108*(7), 2693–2698. <https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108>
- Moksnes, U. K., Løhre, A., Lillefjell, M., Byrne, D. G., & Haugan, G. (2016). The Association Between School Stress, Life Satisfaction and Depressive Symptoms in Adolescents: Life Satisfaction as a Potential Mediator. *Social Indicators Research*, *125*(1), 339–357. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0842-0>
- Mossige, S., & Stefansen, K. (red). (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007-2015* (Rapport 5/16). Oslo: NOVA.
- Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer (Rapport 1/2015). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Münzer, A., Fegert, J. M., Ganser, H. G., Loos, S., Witt, A., & Goldbeck, L. (2016). Please Tell! Barriers to Disclosing Sexual Victimization and Subsequent Social Support Perceived by Children and Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, *31*(2), 355–377. <https://doi.org/10.1177/0886260514555371>
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *169*(2), 141–151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. *Hva er vold mot barn?*. NKVTS. <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/hva-er-vold-mot-barn/#content>

- Nelson, J., Klumpp, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 96–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
- Newman, E., Risch, E., & Kassam-Adams, N. (2006). Ethical Issues in Trauma-Related Research: A Review. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 1(3), 29–46. <https://doi.org/10.1525/jer.2006.1.3.29>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Oei, T. P., & McAlinden, N. M. (2014). Changes in quality of life following group CBT for anxiety and depression in a psychiatric outpatient clinic. *Psychiatry Research*, 220(3), 1012–1018. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.036>
- Oslo Economics. (2017). *Samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak fra barnevernet* (Rapport 2017-1). https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Samfunnsokonomisk_analyse_av_hjelpetiltak_fra_barnevernet.pdf
- Otto, C., Haller, A.-C., Klasen, F., Hölling, H., Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U., & on behalf of the BELLA study group. (2017). Risk and protective factors of health-related quality of life in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *PLOS ONE*, 12(12), e0190363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190363>
- Palacio-Vieira, J. A., Villalonga-Olives, E., Valderas, J. M., Espallargues, M., Herdman, M., Berra, S., Alonso, J., & Rajmil, L. (2008). Changes in health-related quality of life (HRQoL) in a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up. *Quality of Life Research*, 17(10), 1207–1215. <https://doi.org/10.1007/s11136-008-9405-7>
- Pinheiro, P. S. (2006). *World report on violence against children*. https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/document_files/world_report_on_violence_against_children.pdf
- Prosser, L. A., & Corso, P. S. (2007). Measuring health-related quality of life for child maltreatment: A systematic literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-42>

- Prowell, A. N., & Williams, J. (2021). Mentoring as a protective factor: Exploring its impact on childhood sexual abuse survivors. *Children and Youth Services Review, 128*, 106169. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2021.106169>
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., Wille, N., & The European KIDSCREEN Group. (2008). Mental health of children and adolescents in 12 European countries—Results from the European KIDSCREEN study. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 15*(3), 154–163. <https://doi.org/10.1002/cpp.574>
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J., & Bullinger, M. (2006). Generic Health-Related Quality-of-Life Assessment in Children and Adolescents: Methodological Considerations. *Pharmacoeconomics, 24*(12), 1199–1220. <https://doi.org/10.2165/00019053-200624120-00005>
- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M., & Klasen, F. (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: Development, current application, and future advances. *Quality of Life Research, 23*(3), 791–803. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0428-3>
- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., Alikasifoglu, M., Välimaa, R., Ottova, V., & Erhart, M. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health, 54*(S2), 151–159. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5406-8>
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., & Kilroe, J. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: A short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research, 19*(10), 1487–1500. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9706-5>
- Rhodes, J. E. (1994). Older and wiser: Mentoring relationships in childhood and adolescence. *The Journal of Primary Prevention, 14*(3), 187–196. <https://doi.org/10.1007/BF01324592>
- Riecher-Rössler, A. (2017). Sex and gender differences in mental disorders. *The Lancet Psychiatry, 4*(1), 8–9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30348-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30348-0)
- Ross, C. E., Masters, R. K., & Hummer, R. A. (2012). Education and the Gender Gaps in Health and Mortality. *Demography, 49*(4), 1157–1183. <https://doi.org/10.1007/s13524-012-0130-z>

- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3–4), 276–295. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x>
- Sharpe, H., Patalay, P., Fink, E., Vostanis, P., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). Exploring the relationship between quality of life and mental health problems in children: Implications for measurement and practice. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 659–667. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0774-5>
- Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2021). Rethinking Concepts and Categories for Understanding the Neurodevelopmental Effects of Childhood Adversity. *Perspectives on Psychological Science*, 16(1), 67–93. <https://doi.org/10.1177/1745691620920725>
- Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S., & Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1247–1258. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.05.001>
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113–118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of Child Maltreatment With the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and Psychometric Data for a National Sample of American Parents. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 249–270. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00174-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00174-9)
- Sun, X. (2020). Child Maltreatment and Quality of Life Among Urban Chinese Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626051990033. <https://doi.org/10.1177/0886260519900331>
- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R., & Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 497–507. <https://doi.org/10.1037/a0020324>
- Talkovsky, A. M., Paulus, D. J., Kuang, F., & Norton, P. J. (2017). Quality of Life Outcomes Following Transdiagnostic Group Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(2), 93–114. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.01>

- Thulin, J., Kjellgren, C., & Nilsson, D. (2020). Children's Disclosure of Physical Abuse—The Process of Disclosing and the Responses from Social Welfare Workers. *Child Care in Practice*, 26(3), 285–299. <https://doi.org/10.1080/13575279.2018.1555139>
- Tibu, F., Sheridan, M. A., McLaughlin, K. A., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2016). Disruptions of working memory and inhibition mediate the association between exposure to institutionalization and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 46(3), 529–541. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002020>
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453–476. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000174>
- Veronese, G., Pepe, A., Jaradah, A., Al Muranak, F., & Hamdouna, H. (2017). Modelling life satisfaction and adjustment to trauma in children exposed to ongoing military violence: An exploratory study in Palestine. *Child Abuse & Neglect*, 63, 61–72. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.018>
- Vink, R. M., van Dommelen, P., van der Pal, S. M., Eekhout, I., Pannebakker, F. D., Klein Velderman, M., Haagmans, M., Mulder, T., & Dekker, M. (2019). Self-reported adverse childhood experiences and quality of life among children in the two last grades of Dutch elementary education. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104051. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104051>
- Weber, S., Jud, A., & Landolt, M. A. (2016). Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: A systematic review. *Quality of Life Research*, 25(2), 237–255. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1085-5>
- Weber, S., Jud, A., Landolt, M. A., & Goldbeck, L. (2017). Predictors of health-related quality of life in maltreated children and adolescents. *Quality of Life Research*, 26(10), 2717–2727. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1615-4>
- Weisberg, R. B., Bruce, S. E., Machan, J. T., Kessler, R. C., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2002). Nonpsychiatric Illness Among Primary Care Patients With Trauma Histories and Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatric Services*, 53(7), 848–854. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.7.848>
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), 153–159. <https://doi.org/10.1007/BF00435734>

- Witt, A., Münzer, A., Ganser, H. G., Fegert, J. M., Goldbeck, L., & Plener, P. L. (2016). Experience by children and adolescents of more than one type of maltreatment: Association of different classes of maltreatment profiles with clinical outcome variables. *Child Abuse & Neglect*, 57, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.05.001>
- World Health Organization. (2014). *Basic documents* (48. utg.). WHO. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>
- World Health Organization. (2016, 30. september). *Child maltreatment*. WHO. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Wu, Q., Cao, H., Lin, X., Zhou, N., & Chi, P. (2021). Child Maltreatment and Subjective Well-being in Chinese Emerging Adults: A Process Model Involving Self-esteem and Self-compassion. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626052199392. <https://doi.org/10.1177/0886260521993924>