

Tiden leger ikke alle sår

*Konsekvensene av psykologisk mishandling under
barns utvikling og dannelse - et systematisk review*



Av Thea M. Melby

*Sticks and stones may break my bones,
but words can also hurt me.
Stones and sticks break only skin,
while words are ghosts that haunt me.*

*Slant and curved the word-swords fall
to pierce and stick inside me.
Bats and bricks may ache through bones,
but words can mortify me.*

*Pain from words has left its scar
on mind and heart that's tender.
Cuts and bruises now have healed;
it's words that I remember.*

- Truth, By Barrie Wade

Rapportens samlede antall tegn
(med mellomrom & fotnoter): 161 107
Svarende til antall normalsider à 2400 tegn: 67.1

10. Semester, Psykologi,
Speciale

Aalborg Universitet
Dato: 28.05.2021

Thea M. Melby, Studienummer: 20166974
Veileder: Kristine Kahr Nilsson

Abstract

The following Master's Thesis provides a theoretical and empirical investigation, synthesis and discussion of psychological maltreatment (PM) as a possible developmental psychopathological risk factor. Within a developmental and ecological framework, important conditions for child development are described including the complex social systems surrounding the child, the caregiver-child-relation, and children's basic needs. Psychological maltreatment is hereafter theoretically and empirically evaluated as a possible developmental risk factor in relation to the described developmental conditions and needs. The overall aim of this thesis was to investigate and discuss the possible developmental psychopathological consequences of childhood exposure to PM.

Objective: To systematically review and synthesize evidence for the association between childhood PM and subsequent psychopathological outcomes, in accordance with the PRISMA 2020 Statement.

Methods: Systematic literature searches with customized search strategies were conducted in four electronic databases (Embase, PsycInfo, ProQuest & PubMed). To be eligible, longitudinal cohort studies had to investigate self-reported and/or agency-reported childhood PM in association with later psychiatric symptomatology and/or mental disorders. Study quality and risk of bias were assessed using the *Newcastle-Ottawa Scale*. Study characteristics and findings are presented in tables, followed by a narrative synthesis of the results.

Results: 12 reports, of moderate to high study quality, were included in the qualitative synthesis comprising 9 longitudinal cohort studies and data on 23126 children and youth, mainly located in the U.S., Australia and Europe. Childhood PM was associated with a two- to three-fold increased risk of subsequent mental disorders. Childhood PM significantly predicted depression (OR = 1.6-5.9), anxiety (OR = 1.4-2.8), PTSD (OR = 2.2-4.3), internalizing (OR = 1.6-3.1) and externalizing (OR = 1.6-2.9) behavior as

well as substance abuse (OR = 2.1). Non-suicidal self-harm and behavioral disorders were also significantly predicted by PM.

Discussion: Evidence was limited by potential selection bias, confounding variables, attrition bias, potential recall- and social desirability-bias, as well as potential missing data, due to reporting barriers among professionals. The qualitative synthesis' sensitivity, specificity and validity is challenged by definitional and operational disagreements, in terms of exposure ascertainties. Generalizability of findings are also limited. Synthesized evidence highlights childhood PM as a prevalent and serious developmental risk factor for subsequent psychopathology and underlines the need for both preventative and early interventional strategies. This association, as possibly mediated by neuro-physical, psychosocial and multi-/equifinal mechanisms, is discussed.

The systematic review has important implications for the psychological field and practice. There is an urgent need to recognize and acknowledge PM as a global threat to children's developmental outcomes and future mental health. Development of shared definitions and operationalizations of PM, as well as prioritized training and education of professionals, in identification, assessment and intervention of PM, are crucial. Increased political, public and societal focus on promoting positive and appropriate caregiving practices is also necessary. Further research should strive to identify causes, mediating factors and consequences of childhood PM in relation to a lifelong and accumulating exposure to stressors and protective factors. Population-based interventional studies are also needed to further assess and evaluate the effectiveness, and possible improvement of, current strategies for prevention and intervention of children and youth exposed to, or in risk of being exposed to, PM. A global effort, cooperation and prioritization of child protection and welfare is of utmost importance.

Innholdsfortegnelse

INNLEDNING	1
OPPGAVENS AVGRENSNING OG PROBLEMFORMULERING	2
BAKGRUNN	3
BARNETS UTVIKLING OG DANNEELSE	3
<i>Barnets utvikling innad komplekse sosiale systemer</i>	<i>5</i>
<i>Omsorgsgiver-barn-relasjonen</i>	<i>7</i>
<i>Barnets grunnleggende behov</i>	<i>10</i>
<i>Når barns grunnleggende behov ikke blir møtt</i>	<i>12</i>
SKADELIGE FORHOLD FOR BARNES UTVIKLING – OMSORGSSVIKT OG MISHANDLING	12
PSYKOLOGISK MISHANDLING	14
UTFORDRINGER MED DEFINISJON OG KONSEPTUALISERING	15
<i>Bred eller snever definisjon?</i>	<i>16</i>
<i>Barneoppdragelse – uhensiktsmessig versus mishandlende</i>	<i>19</i>
PÅ VEI MOT EN ENDELIG DEFINISJON	21
<i>Definisjon</i>	<i>21</i>
Fiendtlig avvisning (<i>spurning</i>)	22
Terrorisering (<i>terrorizing</i>)	22
Utnyttelse og korrupsjon (<i>exploiting/corrupting</i>)	22
Manglende emosjonell tilgjengelighet og responsivitet (<i>emotional unresponsiveness</i>)	23
Isolasjon (<i>isolating</i>)	23
Mental, fysisk og utdannelsesmessig forsømmelse (<i>mental health, medical and educational neglect</i>) ..	23
PSYKOLOGISK MISHANDLING OG UTVIKLING – EN TEORETISK TILNÆRMING	24
<i>Risikofaktorer og konsekvenser på tvers av flere sosiale systemer</i>	<i>25</i>
<i>Relasjonen til en psykologisk utilgjengelig og/eller mishandlende omsorgsgiver</i>	<i>27</i>
<i>Et angrep på barns grunnleggende behov</i>	<i>28</i>
OPPSUMMERING OG BEGRUNNELSE FOR METODE	29
METODE	30
SYSTEMATISK REVIEW OG PRISMA	31
PROSEDYRE FOR GJELDENE SR	32
<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	<i>32</i>
<i>Informasjonskilder</i>	<i>34</i>
<i>Søkestrategi og litteratursøk</i>	<i>34</i>
<i>Screening og seleksjon</i>	<i>35</i>
<i>Innsamling og syntetisering av dataenheter</i>	<i>36</i>

<i>Metodologisk kvalitet og risiko for bias</i>	37
RESULTATER	38
STUDIESELEKSJON	38
DEMOGRAFISKE KARAKTERISTIKKER	41
FUNN – PSYKOLOGISK MISHANDLING OG RISIKO FOR SENERE PSYKOPATOLOGI	45
<i>Depresjon og depressive symptomer</i>	45
<i>Angstlidelser og PTSD</i>	46
<i>Atferdsproblemer og -forstyrrelser</i>	46
<i>Overordnede funn – en oppsummering</i>	47
DELKONKLUSJON.....	51
<i>Interessekonflikt og finansiering</i>	51
DISKUSJON	51
PSYKOLOGISK MISHANDLING – EN UTVIKLINGSPSYKOPATOLOGISK RISIKOFAKTOR?	52
<i>Potensielle årsaksmekanismer</i>	55
Nevrofysiologiske mekanismer.....	55
Psykososiale mekanismer	57
<i>Individuelle forskjeller</i>	58
STYRKER OG SVAKHETER VED DEN KVALITATIVE SYNTSE	59
INTERVENSJON & FOREBYGGELSE	65
<i>Status i dag</i>	66
<i>Multisystemisk innsats og tverrfaglig samarbeid</i>	67
Hva foreldre og omsorgsgivere behøver	67
Hva barn behøver	68
Samfunnsmessig og offentlig innsats.....	68
Psykologfaglig og relasjonsfokuset innsats	69
IMPLIKASJONER FOR DET PSYKOLOGISKE FELT OG PRAKSIS	71
<i>Implikasjoner for forskning</i>	73
KONKLUSJON	74
REFERANSELISTE	76
PENSUMLISTE	89

Bilag A: Fullstendige søkestrategier

Innledning

Barneoppdragelse er et meget privat anliggende for mange og det er en generell holdning til at foreldrene “vet best”. Da det for et par generasjoner siden ble stilt spørsmål til hvorvidt fysisk disiplinering av barn var hensiktsmessig og nødvendig, var det den gang omfattet av en stor berøringsangst. Måten vi snakker til våre barn på ser også ut til å være omfattet av den samme berøringsangst, da det er familiens “egen sak” hvor streng oppdragelse, kritikk og kjeft man utsetter sitt eget barn for (Christoffersen, 2019, p. 4). Dessverre er det mange foreldre som ikke vet best, og selv om refselsretten er avskaffet forekommer det fortsatt vold i nordiske hjem – både i synlige og usynlige former (Jønson & Eistrup, 2016; Kloppen, Mæhle, Kvello, Haugland & Breivik, 2015).

I dag utsettes 300 millioner barn jevnlig for fysisk avstraffelse og/eller psykisk vold (World Health Organization [WHO], 2020, para. 4). Psykisk vold og emosjonelt misbruk utgjør den mest utbredte formen for barnemishandling og omsorgssvikt på verdensbasis, der over én av tre barn har blitt psykologisk mishandlet (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink & IJzendoorn, 2015). Undersøkelser viser også at så mange som 17-23% av danske barn har blitt utsatt for mobbing, kritikk og trusler, blitt ydmyket og nedverdiget i offentligheten og/eller oversett eller ignorert av sine foreldre, gjentatte ganger (Christoffersen, Armour, Lasgaard, Andersen & Elklit, 2013; Jønson & Eistrup, 2016). Til tross for dette er psykologisk mishandling den minst anerkjente, minst undersøkte og potensielt den mest skadelige formen for mishandling og omsorgssvikt i dag (Brassard, Hart & Glaser, 2020, p. 4).

Det har tatt over 45 år med omfattende og internasjonal forskning, av høy kvalitet, innenfor psykologisk mishandling, mobbing, mikroaggresjoner og fiendtlige arbeidsmiljøer for å bevise at ord kan skade andre like mye, og ofte mer, enn hva slag og spark kan (Brassard et al., 2020, p. 4). Til tross for Barnekonvensjonens (1989) eksplisitte stadfestelse av barns rett til beskyttelse mot alle former for fysisk og psykisk vold (Forente Nasjoner [FN], 1989, Artikkel 19), var det først i 2019 at et lovforslag som kriminaliserte psykisk vold, på lik linje med fysisk vold, ble vedtatt i Danmark (Jf.

Straffeloven § 243). Daværende justisminister Søren P. Poulsen begrunnet lovforslaget med følgende skriftlige kommentar;

“[Psykisk vold] kan have store konsekvenser for den personlige frihed og en persons psykiske velbefindende (...). [Disse konsekvenser] kan – især i nære relationer – være langvarige eller endog livsvarige, da den psykiske vold nedbryder ofrenes psykiske integritet” (Poulsen, 2019, para. 2).

Det empiriske og teoretiske felt er preget av store uoverensstemmelser vedrørende definisjon, konseptualisering og operasjonalisering av psykologisk mishandling. Dog er det en enighet om at psykologisk mishandling beskriver et vedvarende mønster og/eller ekstreme tilfeller, der omsorgsgiver krenker et barns psykologiske behov og formidler til barnet at det er defekt, udugelig, inkompetent, uønsket eller ikke god nok (Brassard, Hart, Baker & Chiel, 2019; Glaser 2002/2011).

Men hva er egentlig konsekvensene av å leve og vokse opp i en familie hvor man ikke føler seg trygg, elsket eller ivaretatt, der foreldre slår hverandre og/eller misbruker ens søsken? Der fars temperament er uforutsigbart og voldsomt eller der mors behov og ønsker tar mer plass enn barnets? Hvilken betydning har et miljø der vonde ord, ydmykelse og kritikk påfører mer lidelse, enn hva et fysisk slag kan?

Oppgavens avgrensning og problemformulering

Den tilgjengelige forskningen på området er meget begrenset, og vi har ennå ikke et klart bilde av PMs etiologi, mekanismer og omfang. Det eksisterer heller ingen systematiske undersøkelser av hvilke psykopatologiske konsekvenser PM kan ha. Masteroppgaven har derfor som formål å adressere og drøfte følgende problemformulering:

Hva er de utviklingspsykopatologiske konsekvensene av psykologisk mishandling?

Masteroppgaven vil ta utgangspunkt i en teoretisk og empirisk undersøkelse av PM ut ifra et utviklingspsykopatologisk og økologisk perspektiv. På bakgrunn av redegjørelser for og analyser av PM, i relasjon til barns utvikling og dannelse, vil en systematisk identifisering, undersøkelse og oppsummering av publisert forskning på området

utarbeides. Med utgangspunkt i oppgavens problemformulering har det systematiske review som formål å besvare følgende forskningsspørsmål:

Utgjør eksponering for psykologisk mishandling i barndommen en risikofaktor for senere psykopatologi hos barn og unge?

Syntetiseringen av den identifiserte og bearbeidede forskning utgjør utgangspunktet for en etterfølgende diskusjon av hvordan vi kan forstå, forklare og håndtere PM som en potensiell utviklingspsykopatologisk risikofaktor. Reviewets styrker og svakheter samt oppgavens implikasjoner for det psykologiske felt og praksis blir også fremhevet og diskutert.

Bakgrunn

I følgende avsnitt vil bakgrunnen for og den gjeldende kontekst psykologisk mishandling forekommer i gjennomgås. Innledningsvis vil jeg redegjøre for hvordan barn utvikles både fysiologisk og psykososialt. Deretter vil jeg utdype tre viktige betingelser for barnets utvikling, nemlig barnets omkringliggende miljø og sosiale systemer, omsorgsgiver-barn-relasjonen og barnets grunnleggende behov. Avslutningsvis vil jeg redegjøre for barnemishandling og omsorgssvikt som et eksempel på skadelige forhold under barns utvikling og dannelses. Dette avsluttende avsnittet vil utgjøre introduksjonen og overgangen til masteroppgavens hovedemne: psykologisk mishandling av barn og unge.

Barnets utvikling og dannelses

Et barn utvikles gjennom seks utviklingsperioder; den prenatale periode (unntfangelse til fødsel), nyfødt og spedbarnsalder (fødsel til to år), tidlige barndom (to til seks år) og senere barndom (seks til 11 år), samt ungdomsår (11-18 år) og ung voksenalder (18-25 år; Berk, 2014, p. 5f). Barnets utvikling er avhengig av et dynamisk samspill mellom biologiske, psykologiske og miljømessige faktorer som genetikk, tilknytning, familiedynamikk og interpersonelle samspill, personlighet og indre psykiske struktur, samt kultur og historie (Berk, 2014, p. 4; Hart & Møhl, 2017, p. 65). Alle mennesker blir født med en unik sammensetning av gener og genetisk koding, altså en genotype.

Disse gener og arvelige disposisjoner vil, gjennom miljømessige påvirkninger og ytre stimuli, komme til uttrykk i form av atferd altså ens fenotype (Hart & Møhl, 2017, p. 66f). Denne epigenetiske forståelsen av utvikling er en viktig anerkjennelse av samspillet mellom arv og miljø der barnets genetiske anlegg, relasjonelle samspill og miljø er uatskillelige faktorer og betingelser, for barnets utviklende trekk og kapasiteter (Berk, 2014, p. 9; Hart & Møhl, 2017, p. 66). Det er også en generell enighet om at det forekommer både nivåmessige og kontinuerlige endringer i barnets utvikling, der utviklingen både er preget av noen universelle menneskelige karakteristikk og av noen individuelle og unike aspekter (Berk, 2014, p. 9).

Fysiologiske faktorer som spiller inn under et barns utvikling omfatter i starten det prenatale miljø, herunder morens kosthold, helse og stressnivå, samt hormoner, tidlig sykdom, genetikk og ulykker eller uhell som forekommer både pre- og postnatalt. Videre vil også den tidlige ernæring, pleie og omsorg for barnet, og hvorvidt barnet mottar tilstrekkelig kjærlighet og oppmerksomhet, være viktig for barnets fysiologiske utvikling (Doyle & Timms, 2014, p. 36). Barnets nevrologiske utvikling begynner allerede under graviditeten og barnet blir født med omkring 100 milliarder nerveceller (Berk, 2014, p. 185; Doyle & Timms, 2014, p. 36). Hjernens tidlige utvikling og funksjon er avhengig av aktivitet og stimulering slik at nevroner kan aktiveres og forbindes, i kraft av den elektriske signalisering som forekommer mellom nervecellene (Berk, 2014, p. 185; Doyle & Timms, 2014, p. 37f). Dannelsen av nevrologiske forbindelser og synapser, i form av aktiveringsnettverk, vil forsterkes gjennom barnets tidlige erfaringer og sensoriske input. Utviklende nevrologiske aktiveringsnettverk understøtter også barnets sensoriske, motoriske, emosjonelle samt kognitive funksjon og utvikling. Nevrologiske forbindelser som ikke stimuleres eller aktiveres vil med tiden svinne hen, miste den synaptiske forbindelse og forsvinne i en prosess kalt synaptisk *pruning* (Berk, 2014, p. 185; Doyle & Timms, 2014, p. 37f). Under de første leveårene vil dannelsen av synapser og nevrologiske nettverk være akselerert og barnets tidlige opplevelser vil derfor være av ekstrem viktighet for barnets nevrologiske utvikling og struktur, samt senere motoriske, kognitive og sosiale evner (Berk, 2014, p. 185; Doyle & Timms, 2014, p. 38f).

Det finnes flere forskjellige teoretiske tilnærminger til barns psykososiale utvikling. De psykoanalytiske tilnærmingene fremhever viktigheten av emosjonell omsorg og

sensitivitet overfor barnet. Videre vil en hensiktsmessig håndtering av såkalte psykologiske konflikter, i løpet av utviklingen, være viktig for dannelsen av et individs personlighet og evne til å fungere som voksen (Berk, 2014, p. 15f; Doyle & Timms, 2014, pp.52-54). Tilknytningsteorien har vært innflytelsesrik ift. forståelsen av barns sosio-emosjonelle utvikling der trygge, tilgjengelige og sensitive omsorgsgivere anses som avgjørende for en gunstig utvikling og dannelse (Doyle & Timms, 2014, p. 56; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1982/1988). Videre har behaviorismen og sosial læringsteori fremhevet hvordan atferd endres, forsterkes, eller dempes hos barnet, i relasjon til de konsekvenser og reaksjoner denne atferd får. Barns atferd vil også styres av sosiale normer, der barnet lærer av å observere andres atferd og handlinger (Berk, 2014, p. 17f; Doyle & Timms, 2014, p. 59f). Kognitive tilnærminger fokuserer på barnets indre liv, innlæringsevner og hukommelse, da barnet til enhver tid vil aktivt prosessere informasjon og prøve å forstå verden. Den kognitive utvikling antas å avhenge av barnets tilegnelse, revidering og utvikling av kognitive “skjemaer”. Barnets muligheter til å lære og tilegne seg nye erfaringer anses derfor som ekstremt viktige (Berk, 2014, p. 19f; Doyle & Timms, 2014, p. 61f). Avslutningsvis har nyere teoretiske tilnærminger, som sosiokulturell teori og økologiske systemteorier, fremhevet rollen som barnets omkringliggende miljø og systemer spiller. Barn er nemlig dypt avhengige av og kan ikke overleve uten relasjoner til andre mennesker (Berk, 2014, pp. 24-28; Bronfenbrenner, 1977; Doyle & Timms, 2014, pp. 6, 63).

I de følgende avsnitt vil jeg utdype tre betingelser som vil være avgjørende for barns utvikling og dannelse, herunder barnets sosiale miljø, omsorgsgiver-barn-relasjonen og barnets grunnleggende behov. Jeg kommer også til å presentere tre teoretiske tilnærminger som har vært sentrale i forståelsen av disse betingelsene. Disse er Bronfenbrenners (1977) økologiske systemteori, tilknytningsteori (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1982/1989), og Maslows (1970) behovshierarki.

Barnets utvikling innad komplekse sosiale systemer

Bronfenbrenner (1977) argumenterte for viktigheten av å forstå menneskelig utvikling som innleiret i et komplekst system av relasjoner. Individets utvikling og dannelse kan ikke kun forstås ut i fra den umiddelbare situasjon personen er en del av, da utviklingen også vil avhenge av de større sosiale kontekster og systemer som personens miljø og

intime sfære er innleiret i (p. 513f). Det “økologiske” miljø barnet utvikles innad består nemlig av sammenvevde relasjonelle strukturer på forskjellige nivåer, der det ene system er innleiret i det neste (Bronfenbrenner, 1977, p. 514).

Såkalte mikrosystemer utgjør barnet selv og dets nærmeste relasjoner, inkludert familie, barnehage, skole, nabolag og venner. Mesosystemet, som det andre systemet i Bronfenbrenners modell, omfatter relasjonene mellom de forskjellige mikrosystemer som barnet er innleiret i. Systemet omfatter f.eks. hvordan barnets mestring på skolen ikke kun avhenger av lærere og skolens læringsmiljø, men også av trivsel blant jevnaldrende og/eller familiære omstendigheter (Berk, 2014, p. 27f; Bronfenbrenner, 1977, pp. 514f, 519, 523). Eksosystemet kan anses for mesosystemers uformelle og formelle kontekster, herunder lokalsamfunnet og spesifikke sosiale strukturer eller institusjoner som omsorgsgivers arbeidsplass, lokale legekantor eller kommune. Altså systemer som direkte eller indirekte vil kunne påvirke, begrense eller avgjøre det som forekommer i barnets umiddelbare omstendigheter. Til slutt vil alle disse relasjonelle systemer være innleiret i et større makrosystem, som omfatter kulturelle verdier, sosiale normer, lovgivning, politikk og rettigheter (Berk, 2014, p. 28; Bronfenbrenner, 1977, pp. 515, 525-527). Bronfenbrenners modell omfatter også en dynamisk tidsdimensjon, chronosystemet, som omfatter de miljømessige forandringer, hendelser, nye betingelser og omstendigheter som forekommer i løpet av barnets utvikling og dannelse (Berk, 2014, p. 28; Bronfenbrenner, 1977, p. 525f).

Bronfenbrenner fremhever altså hvordan barnet, i løpet av utviklingen, vil eksponeres for og være en del av flere og flere sosiale systemer, og utvidede sosiale sfærer (Sameroff, 2000, p. 307). Dog vil mikrosystemene være de mest avgjørende for barnets tidlige utvikling da disse utgjør barnets primære (og i starten eneste) kilde til sensorisk og sosial input. Innad mikrosystemene vil alle samspill være av resiprokt natur der barnets egne biopsykososiale karakteristikk, i samspill med andre familiemedlemmer og voksne, skaper en unik sosial dynamikk som barnet utvikles innad (Berk, 2014, p. 27; Bronfenbrenner, 1977, pp. 514, 519). I tillegg vil barnets omsorgsgivere utgjøre et bindeledd mellom barnet og de ytre sosiale systemer, da nabolaget som familien bor i, omsorgsgiverens tilgang til ressurser, den utvidede familie, kollegaer og bekjente, samt omsorgsgiverens kulturelle arv, rettigheter, lovpålagte ansvar og holdninger til ytre ekso- og makrosystemer, direkte og indirekte vil virke inn på barnet i kraft av den

omsorg og oppdragelse barnet mottar (Berk, 2014, p. 28; Bronfenbrenner, 1977, pp. 515, 523, 525-527). I løpet av barndommen vil barnets mikrosystem og umiddelbare miljø utvide seg, der jevnaldrende venner, klassekamerater og lærere også kommer til å spille en viktig rolle under den videre utvikling og dannelsen. Med andre ord vil især barnets nærmeste relasjoner og resiproke interaksjoner, i kraft av større sosiale systemer og relasjonelle samspill, være avgjørende for barnets biopsykososiale evner og trivsel (Berk, 2014, p. 27).

En økologisk modell fremhever hvordan barnets utvikling påvirkes av flere miljømessige faktorer, organisert på flere sosiale nivåer, der de gjeldende systemers innvirkning og viktighet også vil variere med barnets alder (Sameroff, 2000, p. 307). Barnets utvikling må altså forstås som innleiret i et sammensatt, komplekst og dynamisk miljø, av flere sosiale systemer og sfærer, som i mer eller mindre direkte interaksjon med barnet vil fremme og/eller begrense dets biopsykososiale utvikling og dannelsen (Berk, 2014, pp. 25, 28; Bronfenbrenner, 1977, pp. 513, 518, 527; Doyle & Timms, 2014, p. 6). Herunder et komplekst og dynamisk miljø som vil være avgjørende for hvorvidt barnet opplever en positiv og hensiktsmessig forelder-barn-relasjon, og får dekket sine grunnleggende behov.

Omsorgsgiver-barn-relasjonen

Omsorgsgiver-barn-relasjonen utgjør det første miljø som barnets genetikk, temperament og trekk er i samspill med (Hart & Møhl, 2017, pp. 66f; Sameroff, 2000, p. 309). Barnets medfødte evne til å kommunisere med, tilpasse seg og søke en omsorgsgivers oppmerksomhet, i form av å eksempelvis å smile, strekke seg etter, klamre seg til, gråte, følge etter, eller rope på mor/far, er med til å sikre en nødvendig proksimitet og nærhet til omsorgsgiveren. Omsorgsgiveren fungerer nemlig ikke kun som barnets "sikre base" og beskyttelse mot fare og trusler, men utgjør også et viktig utgangspunkt for samt en kilde til utforskning og stimulering. Denne utforskning og stimulering er avgjørende for barnets sensorimotoriske, kognitive og sosioemosjonelle utvikling (Bowlby, 1982, pp. 180, 208, 225f, 297, 375; Hart & Møhl, 2017, pp. 67, 74; Sameroff, 2000, p. 309). Vygotsky (1978) poengterte også viktigheten av omsorgsgiver-barn-relasjonen, især for den kognitive utvikling og læring. Han mente at barn vil oppnå det største læringsutbyttet når de kan observere og bli veiledet av voksne og/eller mer

kompetente jevnaldrende, i den såkalte sonen for “proksimal utvikling” (Berk, 2014, pp. 24f; Doyle & Timms, 2014, p. 63f; Vygotsky, 1978, pp. 84-86). Et barns utvikling og problemløsningsevner vil altså påvirkes av forskjellige sosiale og kulturelle faktorer.

Ifølge tilknytningsteorien utgjør barnets aller første og tidligste relasjon(er) fundamentet for den personlighetsmessige dannelse og utvikling (Bowlby, 1982, pp. 177, 378). Bowlby (1982) fremhevet at barnet vil, gjennom interaksjoner og dynamiske samspill med omsorgsgiveren, utvikle og danne indre representasjoner eller arbeidsmodeller for hvordan verden, mennesker og relasjoner fungerer (Bowlby, 1982, pp. 267f, 353f; Hart & Møhl, 2017, p. 72). Hvordan omsorgsgiveren behandler sitt barn, herunder omsorgsgiverens responsivitet, sensitivitet og omsorg overfor barnets signaler, vil derfor være avgjørende for den relasjon og tilknytning barnet får til omsorgsgiveren. Disse samspill vil også utgjøre utgangspunktet for barnets indre representasjoner og forventninger til andre (Bowlby, 1982, pp. 332, 345f, 361; Bowlby, 1988, p. 19). Disse indre representasjonene, og graden av trygghet barnet opplever i relasjon til sin omsorgsgiver, vil også komme til uttrykk som barnets såkalte “tilknytningsmønster” (Ainsworth et al., 1978, p. 27f; Bowlby, 1982, p. 332; Hart & Møhl, 2017, p. 74).

På bakgrunn av *The Strange Situation Study* identifiserte Ainsworth, Blehar, Waters og Wall (1978) slike tilknytningsmønstre blant 106 barn. Deres undersøkelser og observasjoner indikerte nemlig at et barns reaksjonsmønster overfor sin mor, når de gjenforenes etter å ha vært atskilt i en kortere periode, kan utgjøre en indikator for barnets tilknytningstrygghet til moren (Ainsworth et al., 1978, pp. 31-43). Tre tilknytningsmønstre ble avdekket:

Sikker tilknytning (*Group B*, Ainsworth et al., 1978): kontaktsøkende barn som utviser mer harmoniske, samarbeidende og positive interaksjoner med mor, anvender mor som en sikker base og er aktiv og utforskende (Ainsworth et al., 1978, pp. 311-314; Hart & Møhl, 2017, p. 75).

Usikker engstelig/ambivalent tilknytning (*Group C*, Ainsworth et al., 1978): engstelige barn med stor separasjonsangst når det forlates og ambivalente samspill med en mindre responsiv mor. Barnet både søker og unngår kontakt med

mor eller er mer passiv i kontakten med henne når de gjenforenes (Ainsworth et al., 1978, pp. 314-316; Hart & Møhl, 2017, p. 75).

Usikker avvisende/unngående tilknytning (*Group A*, Ainsworth et al., 1978): anspente, frustrerte og hemmede barn som utsettes for unngående, ubehagelige, rigide og/eller aggressive mor-barn-samspill. Barnet ignorerer og/eller avviser mor når hun vender tilbake (Ainsworth et al., 1978, pp. 316-321; Hart & Møhl, 2017, p. 75).

Noen år senere identifiserte Main og Solomon (1986) et fjerde tilknytningsmønster blant de barna som ikke passet inn i de tre grupper identifisert av Ainsworth et al. (1978):

Usikker desorganisert tilknytning (*Group D*, Main & Solomon, 1986): desorganiserte og/eller desorienterte barn som utsettes for forstyrrende mor-barn-samspill og/eller mishandling, der mor både er en kilde til angst og omsorg på samme tid. Disse barna utviser motsigende, forvirrende og bizarre atferdsmønstre der de f.eks. nærmer seg mor sidelengs/baklengs eller kikker vekk, plutselig stivner til eller rygger når mor vender tilbake. Disse barna fremviser også plutselige skift i humør og uttrykk, der barnet går fra akutt gråt/latter, til å virke fjern, redd, forvirret og/eller motløs (Hart & Møhl, 2017, p. 75f; Main & Solomon, 1986, pp. 114-120).

Tidlige tilknytningsmønstre anses for å ha en viss kontinuitet og vil påvirke alle senere interpersonelle relasjoner, også i voksen alder (Hart & Møhl, 2017, p. 76). Fremtidig relasjonsdannelse vil nemlig ta utgangspunkt i barnets tidlige tanke-, følelses- og atferdsmønstre, og de mer eller mindre hensiktsmessige opplevelser av og indre representasjoner for omsorg som barnet har tilegnet seg (Bowlby, 1982, pp. 207f, 350, 365, 378). Tilknytningsteorien fremhever viktigheten av omsorgsgiver-barn-relasjonen ift. barns personlighetsdannelse, kognitive læring, utvikling og fremtidige sosiale kompetanser. Barnets tidlige samspill med omsorgsgiveren, og evne til å relatere seg til andre, utgjør også en viktig indikator for barnets fremtidige psykiske helse (Bowlby, 1982, pp. 349, 357f, 378; Bowlby, 1988, pp. 9, 26; Hart & Møhl, 2017, p. 76; Sameroff, 2000, pp. 306, 309).

Barnets grunnleggende behov

Alle barn har noen universelle og grunnleggende behov som må møtes og tilfredsstilles, i mer eller mindre grad, innad omsorgsgiver-barn-relasjonen. Hvorvidt og i hvilken grad disse behov oppfylles, vil være viktige for forståelsen av hvilke betingelser barnets utvikling og dannelse tar utgangspunkt i. Både fysiologiske, emosjonelle og relasjonelle behov er tilstedeværende i barndommen og er alle avgjørende for barnets overlevelse, biopsykososiale utvikling, trivsel og helse (Maslow, 1948, p. 433; Maslow, 1970, pp. 53f; Rafaeli, Bernstein & Young, 2010, p. 7; Sameroff, 2000, p. 309).

Maslows (1970) motivasjonsteori konseptualiserte mennesket som motivert og drevet av grunnleggende “høyere” og “lavere” behov. De “lavere” behovene er ansett som de mest essensielle og viktige for mennesket. Disse behovene må i større eller mindre grad være oppfylt før de “høyere” behov oppleves relevante og motiverende (Maslow, 1948, p. 433; Maslow, 1970, p. 53f). De høyere og lavere behov er dermed ordnet i et hierarki, også kjent som *the Hierarchy of Needs* (Maslow, 1948, p. 433; Maslow, 1970, pp. 24, 47, 57). Under barnets første leveår vil det som utgangspunkt være de lavere behovene som er viktigst, da disse er nødvendige for barnets overlevelse og utvikling (Maslow, 1948, p. 433f). Med utgangspunkt i Maslows teori er barns grunnleggende behov som følger:

Fysiologiske behov: Barn vil ikke overleve uten næring, væske, luft, varme, søvn og muligheter til å bevege seg. Tilstrekkelig mental og fysisk stimulering er nødvendig for sensorimotorisk, kognitiv og sosial/emosjonell utvikling. Ved manglende tilfredsstillelse av et eller flere av disse behovene vil eventuelle høyere behov være uviktige og irrelevante (Doyle & Timms, 2014, p. 11; Maslow, 1970, pp. 35-38).

Trygghet- og sikkerhetsbehov: Barn trenger en sikker base og en tilknytning som de kan føle seg trygge hos og som vil beskytte dem mot fare. En opplevelse av stabilitet, struktur og grenser, og å være fri fra frykt, angst og kaos er essensielt. Barn har behov for å leve og utvikle seg i et stabilt, forutsigbart og trygt miljø (Doyle & Timms, 2014, p. 11; Maslow, 1970, pp. 39-43).

Tilhørighet- og kjærlighetsbehov: Barn trenger å føle tilhørighet til og være elsket av en omsorgsgiver og/eller familie, herunder en grunnleggende kontakt, nærhet og omsorg. Altså et behov for omsorgsgivende og kjærlige relasjoner samt en opplevelse av å tilhøre og kunne være stolt av ens kulturelle og sosiale arv (Doyle & Timms, 2014, p. 11; Maslow, 1970, pp. 43-45).

Behov for selvrespekt og anerkjennelse: Barn trenger å føle seg verdifull for og anerkjent av signifikante andre, herunder en følelse av selvrespekt og en evne til å respektere andre. Å oppleve seg som tilstrekkelig, viktig og god nok er nødvendig for at barnet utvikler en grunnleggende selvsikkerhet og selvverd, samt en evne til å tro på seg selv og sine evner (Doyle & Timms, 2014, p. 11; Maslow, 1970, p. 45f).

Potensiale og (utviklende) behov for selvaktualisering: Barnets opplevelse av egne kapasiteter og evner, samt egne ønsker og mål, vil avhenge av den kontekst og miljø barnet utvikler seg i. Barnets selvoppfattede potensiale for å lykkes med noe eller kunne oppnå noe, både i nåtid og i fremtiden, vil avhenge av om barnet blir støttet, oppmuntret og anerkjent for sine personlige mål og ønsker. Et behov for og lyst til å prestere og oppnå disse mål avhenger også av hvorvidt de lavere behov er tilstrekkelig møtt og tilfredsstilt (Doyle & Timms, 2014, p. 11; Maslow, 1970, p. 46f).

Behov for trygghet, stabilitet, pleie og aksept, samt for autonomi, kompetanse og identitetsfølelse, fremheves også av Rafaeli, Bernstein og Young (2010) som noen av barnets grunnleggende emosjonelle behov (p. 7). I tillegg poengterer de også at barn har et grunnleggende behov for å kunne uttrykke sine behov og følelser, behov for spontanitet og lek, og behov for å leve i en verden med realistisk grensesetting og klare rammer og regler (Rafaeli et al., 2010, p. 7). Viktigheten av en involvert, sensitiv, omsorgsfull og konsekvent omsorgsgiver som stiller realistiske krav, setter grenser på en konstruktiv måte og sørger for et stabilt og forutsigbart hjem, blir her tydeliggjort.

Hvorvidt barnet får alle sine fysiologiske, relasjonelle og emosjonelle behov møtt avhenger av de sosiale systemer og betingelser omsorgsgiver-barn-relasjonen er innleiret i. En mer eller mindre tilstrekkelig tilfredsstillelse av barnets utviklingsmessige behov, vil være avgjørende for barnets fysiske og mentale helse, trivsel og utvikling (Maslow, 1970, pp. 72-75; Rafaeli et al., 2010, p. 7). I tillegg vil de tidligste erfaringene barnet

har av å (ikke) få sine fysiologiske, emosjonelle og sosiale behov dekket, utgjøre utgangspunktet for indre representasjoner og skjemaer. Disse vil kunne ha en vedvarende innvirkning på hvordan barnet kommer til å forstå, oppfatte og agere i verden samt danne relasjoner til andre (Bowlby, 1982, pp. 267f, 353f; Rafaeli et al., 2010, pp. 8, 11-13)

Når barns grunnleggende behov ikke blir møtt

I de foregående avsnitt ble det redegjort for barns utvikling og dannelselse under alminnelige forhold - en utvikling som foregår innleiret i flere sosiale systemer og sfærer, og er betinget av barnets relasjon til omsorgsgiverne samt deres evne til å møte barnets grunnleggende behov. Mange barn vil vokse opp med trygge og omsorgsfulle omsorgsgiver-barn-relasjoner, der de får dekket de fleste (eller til tider alle) grunnleggende behov. Dog vil også (altfor) mange barn være innleiret i ustabile, mishandlende, forsømmende og/eller truende omsorgsgiver-barn-relasjoner der grunnleggende fysiologiske, emosjonelle og/eller sosiale behov ikke dekkes. I de neste avsnitt vil jeg derfor redegjøre for barns utvikling og dannelselse under skadelige forhold, herunder hvilke konsekvenser omsorgssvikt og mishandling har for barns utvikling og dannelselse.

Skadelige forhold for barns utvikling – omsorgssvikt og mishandling

FNs konvensjon for barns rettigheter (1989) stadfester at alle barn skal beskyttes

“(...) mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnytting, herunder seksuelt misbruk” (FN, 1989, Artikkel 19).

Dog utgjør omsorgssvikt og barnemishandling en prevalent og global trussel mot menneskers liv og helse som har store samfunnsmessige, økonomiske og sosiale konsekvenser verden over (WHO, 2020, para. 2, 7-9). Barnemishandling defineres som overgrep, mishandling, neglisjering, forsømmelse og svikt som barn under 18 år utsettes for (WHO, 2020, para. 1). Barnemishandling inndeles som regel i fire hovedtyper:

- Fysiske overgrep
- Seksuelle overgrep
- Neglisjering og forsømmelse (både fysisk og emosjonelt)

-
- Psykologisk mishandling/vold

(Berk, 2014, p. 599; NHI.no, 2021; Sundhed.dk, 2019)

Altfor mange barn utsettes for omsorgssvikt og barnemishandling i dag. En omfattende samling og syntetisering av 244 metaanalyser som undersøkte forekomsten av barnemishandling og omsorgssvikt verden over, fant at 127 ut av 1000 barn har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Videre har 226 ut av 1000 barn opplevd fysisk vold og mishandling, 363 ut av 1000 barn har opplevd psykisk vold og emosjonell mishandling, og 163 ut av 1000 barn har opplevd å bli fysisk forsømt og neglisjert, mens 184 ut av 1000 barn har opplevd emosjonell forsømmelse (Stoltenborgh et al., 2015). World Health Organization (WHO) fremhever også at nesten tre ut av fire barn, i alderen to-fire år, jevnlig utsettes for fysisk avstraffelse og/eller psykisk vold, mens én ut av fem kvinner, og én ut av 13 menn, rapporterer å ha blitt seksuelt misbrukt som barn (WHO, 2020, para. 4). En samling av prevalensstudier fra Norge, Sverige, Danmark, Finland og Island har indikert at mellom 0.2-1.2 prosent av nordiske barn har blitt utsatt for seksuelt misbruk av en forelder, eller steforelder (Kloppen et al., 2015, p. 55). Det ble også funnet at mellom tre til ni prosent av nordiske barn har blitt utsatt for alvorlig fysisk vold, og syv til 12.5 prosent har vært vitne til vold i hjemmet (Kloppen et al., 2015, p. 59). Kun ett studie undersøkte forsømmelse og emosjonell mishandling, og fant at 15 prosent av de undersøkte danske barna hadde opplevd fysisk forsømmelse før de var 12 år, mens 23 prosent av danske unge hadde opplevd emosjonell mishandling (Christoffersen et al., 2013, pp. 151, 154; Kloppen et al., 2015, p. 59f). Dessverre eksisterer det store mørketall og flere studier fremhever hvordan en langt høyere forekomst av omsorgssvikt og mishandling avdekkes gjennom selvrapporterte målinger, sammenlignet med offentlige/profesjonelle registreringer (Kloppen et al., 2015, p. 52; NHI.no, 2021; Stoltenborgh et al., 2015, p. 44; Sundhed.dk, 2019).

Alle former for omsorgssvikt og mishandling anses som svært alvorlig og potensielt ødeleggende for barns utvikling og dannelse, herunder fysiske og psykiske helse. Mishandling og/eller svikt utsetter barnet for skadelige mengder stress som vil kunne forstyrre den tidlige hjerneutvikling og hemme barnets utviklende nervesystem, og immunforsvar (Berk, 2014, p. 602; Maikovich-Fong, Speltz, & Jaffee, 2015, pp. 229, 233; WHO, 2020, para. 7). Barnemishandling og omsorgssvikt er altså assosiert med mange alvorlige konsekvenser herunder: redusert forventet levealder, kroniske og

akutte helseproblemer, autoimmune sykdommer, fordøyelsesproblemer og magesmerter, hodepine, tretthet og redusert fysisk vekst; forhøyet risiko for sosiale, emosjonelle og atferdsmessige vanskeligheter, inkludert depressive lidelser, atferdsforstyrrelser, angstlidelser, hyperaktivitet, vold og aggresjon, risikopreget seksuell atferd og stoff(mis)bruk, samt suicidale tendenser og selvmordsforsøk. Barnemishandling og omsorgssvikt er også assosiert med kognitive svekkelser inkludert språkvansker og lavere akademisk prestasjon (Angelakis, Gillespie & Panagioti, 2019; Berk, 2014, p. 602; Dube et al., 2003; Felitti et al., 1998; Hetrick, Rodrigo & Bocchini, 2020; Maikovich-Fong et al., 2015, pp. 229-236; McKay et al., 2021; WHO, 2020, para. 7-9).

En viktig tendens innenfor den nåværende forskning vedrørende barnemishandling og omsorgssvikt, er at spesielt én form for mishandling (og omsorgssvikt) forekommer hyppigere enn først antatt/anerkjent. Denne mishandlingsform har også blitt assosiert med de mest omfattende, alvorlige og varige konsekvenser for barns utvikling og dannelse. Psykologisk mishandling utgjør nemlig en av de mest “usynlige” formene for barnemishandling og forsømmelse, og kan se ut til å være den mishandlingsform som forekommer hyppigst blant barn, både på verdensplan og her i Norden (Christoffersen et al., 2013; Stoltenborgh et al., 2015). Denne formen for psykologisk/emosjonelt misbruk og forsømmelse kan potensielt utgjøre en større risiko for utviklingsmessige svekkelser, og ugunstige fysiske, sosioemosjonelle og nevrologiske utfall (Hetrick et al., 2020). Psykologisk mishandling utgjør masteroppgavens fokusområde, og vil bli redegjort for i de neste avsnitt.

Psykologisk mishandling

I de følgende avsnitt vil jeg først redegjøre for de utfordringer teoretikere og praktikere har hatt med å definere og operasjonalisere psykologisk mishandling som fenomen. En teoretisk syntese av den tilgjengelige litteratur på området presenteres innledningsvis, etterfulgt av en sammenfatning av den diskusjon som har forekommet de siste tiår vedrørende forskjellige teoretiske tilnærminger, definisjonsmessige utfordringer og viktige aspekter ved psykologisk mishandling. Deretter vil en endelig definisjon for psykologisk mishandling presenteres, med utgangspunkt i den teoretiske syntese og den offisielle definisjon ved *The American Professional Society on the Abuse of Children* (APSAC). Avslutningsvis vil jeg presentere en teoretisk tilnærming og analyse av

psykologisk mishandling, herunder hvilke konsekvenser dette kan ha for barns utvikling og danning, med fokus på barnets miljø, relasjon til omsorgsgivere og barnets grunnleggende behov.

Utfordringer med definisjon og konseptualisering

Psychological maltreatment, heretter omtalt som psykologisk mishandling, argumenteres for å være den “minst anerkjente og adresserte formen for barnemishandling” i dag, og beskrives som en “internasjonal trussel mot barns sikkerhet og trivsel” (Brassard et al., 2020, p. 1). Til tross for dette har det over flere tiår manglet en offisiell og generell definisjon for, og konseptualisering av, psykologisk mishandling. Som Garbarino (1978) den gang beskrev; “*Theorists and practitioners alike believe that emotional abuse exists. Despite this belief, we have made little progress in conceptually and operationally defining emotional abuse.*” (p. 89). På tvers av politikk, profesjonelle og forskningsmessige miljøer, litteratur, og juridiske forskrifter, har psykologisk mishandling blitt likestilt med, eller ansett som relatert til, begreper som; emosjonelt misbruk (*emotional abuse*), emosjonell forsømmelse/omsorgssvikt (*emotional neglect*), psykisk vold (*mental cruelty/mental violence*), emosjonell mishandling (*emotional maltreatment*), mental skade (*mental injury*), psykologisk misbruk (*psychological abuse*), og psykologisk forsømmelse/omsorgssvikt (*psychological neglect*; Brassard et al., 2020, p. 1; Hart, Germain & Brassard, 1987, p. 5f; Garbarino, 1978, p. 89; McGee & Wolfe, 1991, p. 3; O'Hagan, 1995, p. 449).

På bakgrunn av den pågående diskusjon, og forsøk på å komme frem til en generell og anvendelig definisjon for psykologisk mishandling, har følgende poenger blitt fremhevet;

Psykologisk mishandling ...

- forekommer isolert, men ofte samtidig med, eller er innleiret i, andre former for barnemishandling
- burde defineres, forstås og undersøkes ut ifra et utviklingspsykopatologisk og økologisk perspektiv
- burde defineres med henblikk på både omsorgsgivers atferd (mishandlende/forsømmende omsorgsgiver-barn-interaksjoner), og hvilke potensielle,

sannsynlige og/eller faktiske skader, forstyrrelser og konsekvenser, barnet utsettes for

- omfatter et gjentakende, vedvarende mønster eller miljø av interaksjoner, mellom omsorgsgiver og barn, og/eller alvorlige enkelthendelser
- innebærer primært psykologiske, ikke-fysiske handlinger, som forårsaker hovedsakelig psykologiske konsekvenser for barnet
- inkluderer både direkte handlinger/inngrep overfor barnet (*commission*), og manglende handling/inngrep overfor barnet (*omission*), som kan ordnes i flere subtyper/former
- krenker barnets grunnleggende behov, og forstyrrer barnets selvbylde og -konsept
- lokaliseres på et kontinuum av mer eller mindre positiv og hensiktsmessig oppdragelse, omsorg og sensitivitet
- vurderes ut i fra den gjeldende omsorgsgiver-barn-interaksjons intensitet, hyppighet, form og uttrykk, og i relasjon til det spesifikke barns alder og biopsykososiale betingelser

(tilpasset fra: Brassard et al., 2019; Brassard et al., 2020; Doyle & Timms, 2014; Garbarino & Vondra, 1987; Glaser 2002/2011; Hart & Brassard, 1987; Hart et al., 1987; O'Hagan, 1995; McGee & Wolfe, 1991; Navarre, 1987).

Disse poengene er som nevnt en syntese og sammenfatning, av en historisk diskusjon som har pågått de siste tiårene. En kortfattet beskrivelse av disse diskusjonene og tilhørende argumenter og standpunkter, kan leses her i de følgende avsnitt.

Bred eller snever definisjon?

En av utfordringene med å definere psykologisk mishandling (PM) har vært å bestemme hvorvidt definisjonen skal være bred og omfattende, eller mer innsnevret og spesifikk. Alle former for barnemishandling vil omfatte et psykologisk aspekt, og har blitt assosiert med betydelige psykologiske konsekvenser og skader, i tillegg til eventuelle fysiske skader. Derfor har noen teoretikere argumentert for at alle former for barnemishandling og omsorgssvikt omfatter PM, da både fysisk vold, forsømmelse, og seksuelle overgrep, utsetter barnet for en enorm psykologisk påkjenning, og krenker barnets grunnleggende psykologiske behov (Garbarino & Vondra, 1987, p. 28; Hart et

al., 1987, p. 14; Navarre, 1987, pp. 48, 50f, 53). I tillegg har det også blitt fremhevet at PM, til tross for å ha blitt ansett som en type mishandlende atferd utført av en omsorgsgiver, også kan forekomme mellom jevnaldrende i form av f.eks. mobbing da dette utgjør en form for psykisk vold (Doyle & Timms, 2014, p. 6; O'Hagan, 1995, p. 454).

Garbarino og Vondra (1987) har også fremhevet hvordan PM kan forekomme både i en direkte og indirekte form, der omsorgsgivere utover å direkte mishandle, terrorisere, manipulere og forsømme et barn, også kan utsette barnet for indirekte PM ved at barnet er vitne til voldsomme konflikter og/eller vold i hjemmet, eller ved å være en del av kaotiske og dysfunksjonelle familier preget av autoritær, inkonsekvent eller grenseløs oppdragelse, alkoholiserende foreldre og/eller være ofre for egosentrerte foreldre, som prioriterer egne behov til fordel for barnets (pp. 29-40). Det har derfor også blitt diskutert hva psykologisk mishandling (og de relaterte anvendte begrepene) faktisk omfatter og innebærer. På tvers av flere teoretiske og empiriske tilnærminger er det en enighet om at PM kan inndeles i flere subtyper og former. Garbarino (1978) foreslo opprinnelig fem aspekter ved PM, som senere ble utvidet til syv forskjellige subtyper av Hart, Germain og Brassard (1987), herunder å avvise, nedverdige, terrorisere, isolere, ikke-sosialisere, utnytte, og nekte barnet emosjonell responsivitet (p. 7). PM har også blitt ansett for å omfatte både direkte handlinger (*omission*), og et fravær av handlinger (*commission*). I forlengelse av dette anvendes ofte emosjonelt misbruk, og emosjonell forsømmelse (*emotional abuse and neglect*) synonymt med PM, da dette anses som overlappende underkategorier ved PM (Brassard et al., 2019; Brassard et al., 2020; Doyle & Timms, 2014; Hart et al., 1987; Glaser, 2002). O'Hagan (1995) har argumentert for å skille "psykologisk misbruk", som skadelig for barnets kognitive utvikling og funksjon, fra "emosjonelt misbruk", som skadelig for barnets emosjonelle utvikling og funksjon. Dog fremhever Glaser (2002) at denne distinksjonen ikke er hensiktsmessig, da kognisjon og emosjoner er tett forbundet og avhengig av hverandre (p. 698). Det argumenteres også for at en anvendelse og henvisning til det overordnede begrep "psykologisk mishandling", til fordel for "emosjonell mishandling", foretrekkes da dette bedre rommer både de kognitive, affektive, beslutningsmessige og interpersonelle aspektene ved denne formen for barnemishandling (Brassard et al., 2019, p. 4).

I forlengelse av dette har det også vært en utfordring å avgjøre hvorvidt definisjonen skal avgrenses til, og ta utgangspunkt i, den mishandlede atferd eller de konsekvenser denne atferd har for barnets helse og utvikling (Glaser, 2002, p. 701; McGee & Wolfe, 1991, pp. 4-6). Altså hvorvidt en observasjon av psykologisk mishandlende atferd er tilstrekkelig (der skadevirkninger på barnet ikke trenger å være umiddelbart synlig), eller om både destruktiv oppdragelse, og atferdsproblemer eller forstyrrelser hos barnet, skal være tilstedeværende, for å identifisere en forekomst av PM. Juridiske instanser og lovverk baserer seg ofte på definisjoner som refererer til synlig skade, lidelse eller forstyrrelser hos barnet. Profesjonelle og kliniske fellesskap prioriterer i større grad barnets trygghet og sikkerhet, der all atferd som potensielt kan eller sannsynligvis vil påføre barnet skade anses som tilstrekkelig for å identifisere PM (Brassard et al., 2019, p. 4; McGee & Wolfe, 1991, p. 6). Det vil være problematisk å basere definisjonen for PM kun på evidens for skadevirkninger hos barnet, da alle former for skadevirkninger som ses ved emosjonelt misbruk og forsømmelse, også kan tilskrives andre årsaker. I tillegg vil også tilsvarende atferd utvist av omsorgsgiver kunne ha forskjellige (skade)virkninger på barnet i relasjon til det enkelte barns utviklingsmessige nivå og karakteristikk (Brassard et al., 2020, p. 4; Glaser, 2011, p. 867; Hart et al., 1987, p. 17; McGee & Wolfe, 1991, p. 8f).

Det har også vært diskusjoner vedrørende hvorvidt PM kun kan påføre barnet psykologisk skade, eller om også fysiske konsekvenser skal inngå i definisjonen (McGee & Wolfe, 1991, p. 6). Garbarino (1978) fremhevet kun psykologiske skadevirkninger på barnets selvverd og sosiale kompetanse (p. 95f), mens Hart, Germain og Brassard (1987) formulerte PM som handlinger som vil eller kommer til “å skade barnets atferdsmessige, kognitive, affektive eller fysiske funksjon” (egen oversettelse, p. 6). Som utgangspunkt blir det i dag ansett som verdifullt å avgrense PM til ikke-fysiske handlinger, som primært forårsaker psykologiske konsekvenser og skader på barnet, men også kan, i visse tilfeller, føre til fysiologiske forstyrrelser og skader. Selv om de psykologisk mishandlende aspekter ved andre former for mishandling anerkjennes, er det viktig å fremheve PM som et separat fenomen som også forekommer isolert, og uavhengig av, andre former for barnemishandling (Brassard et al., 2020, p. 5; Glaser, 2011, p. 869; McGee & Wolfe, 1991, p. 11). Glaser (2011) argumentere også for viktigheten av å definere PM ut i fra en mulig eller potensiell skadevirkning, da dette forhåpentligvis vil senke terskelen for en mer effektiv identifikasjon og rapportering

av PM. En mer effektiv gjenkjennelse og identifikasjon vil også forbedre en samfunnsmessig forebygging og behandling av disse tilfellene (p. 867f). En anerkjennelse av PM som en egen form for barnemishandling er også viktig for å i høyere grad kunne fange opp og identifisere, alle de tilfellene som i så stor grad underrapporteres i dag (Brassard et al., 2020, p. 4; Doyle & Timms, 2014, p. 4; Glaser, 2002, p. 700; Glaser, 2011, p. 869).

Barneoppdragelse – uhensiktsmessig versus mishandlende

Som utgangspunkt defineres psykologisk mishandling (PM) som interaksjoner forekommende mellom omsorgsgiver og et barn (Brassard et al., 2019, p. 5; Glaser, 2011, pp. 868-700), der disse interaksjoner er innleiret i en spesifikk kontekst av gitte risikofaktorer på tvers av flere sosiale sfærer og systemer (Bronfenbrenner, 1977; Glaser, 2011, p. 871; Hart et al., 1987, p. 16). Per definisjon vil en omsorgsgiver som emosjonelt/psykologisk forsømmer sitt eget barn automatisk utøve en form for emosjonelt misbruk (Doyle & Timms, 2013, p. 5f). En annen utfordring har derfor vært hvordan vi kan identifisere og differensiere mellom når en gjeldende foreldreatferd faktisk er psykologisk mishandlede, og ikke bare “uhensiktsmessig” eller “uheldig”. Alle foreldre kan og vil i de aller fleste tilfeller kunne agere på en negativ, usensitiv, nonresponsiv, upassende og/eller utnyttende måte overfor sitt barn. Selv om dette vil være ubehagelig for barnet er det usannsynlig at slike isolerte tilfeller fører til alvorlige og signifikante skader ift. barnets utvikling og dannelse (Doyle & Timms, 2013, p. 5; Glaser, 2011, p. 868). Det finnes dog unntak, da spesifikke alvorlige hendelser hvor barnet er vitne til f.eks. selvmord, vold i familien, eller blir forlatt, automatisk anses som PM (Brassard et al., 2019, p. 5f; Doyle & Timms, 2013, p. 10; Glaser, 2002, p. 705; Glaser, 2011, p. 868).

Vanskeligheter assosiert med å kunne diskriminere mellom god, dårlig og emosjonelt/psykologisk mishandlende oppdragelse anses som en av hovedårsakene til den begrensede anerkjennelse av PM (Brassard et al., 2019, p. 11). En oppstilling av foreldreatferd på et kontinuum fra positiv til skadelig (se Figur 1; Wolfe & McIsaac, 2011), har i forlengelse av dette utgjort en viktig ressurs og hjelpemiddel. Hvis PM ligger langs et kontinuum av forskjelligartede omsorgsgiver-barn-relasjoner, som strekker seg fra positiv, sunn og fordelaktig, til skadelig, mishandlende og

forsømmende, har det dog vært spesielt problematisk å avgjøre hvor terskelnivået mellom dysfunksjonell/dårlig og emosjonelt mishandlende/forsømmende skal ligge (Brassard et al., 2019, p. 11; McGee & Wolfe, 1991, p. 12; Wolfe & McIsaac, 2011, p. 807). I forlengelse av dette har det i høy grad blitt argumentert for at en eventuell grense, mellom uhensiktsmessig/negativ og psykologisk mishandlende omsorgsgiveratferd, må avgjøres ift. den frekvens, hyppighet og intensitet denne negative foreldre-atferd forekommer i (Glaser, 2011, p. 868; McGee & Wolfe, 1991, p. 11f). PM representerer nemlig en gitt dynamikk eller miljø, altså et mønster av skadelig omsorgsgiveratferd, som interagerer med barnets spesifikke sårbarheter, styrker og utviklingsmessige nivå (Brassard et al., 2019, p. 4; Hart et al., 1987, p. 17; McGee & Wolfe, 1991, p. 10; Navarre, 1987, p. 46f).

På tvers av forskjellige kulturelle kontekster vil det også være uenigheter vedrørende hva som anses som god og dårlig barneoppdragelse, der det er betydelige forskjeller i anvendelsen av psykologisk (og fysisk) aggressivitet overfor barn rundt om i verden. En velformulert definisjon for PM vil dog ha bred kulturell anvendelighet og sensitivitet (Brassard et al., 2020, p. 5; Glaser, 2011, p. 870). Omsorgsgiver-barn-interaksjoner som krenker et barns grunnleggende behov og utgjør en potensiell eller faktisk skade på barnets utvikling, dannelse og selvverd vil utgjøre (psykologisk) barnemishandling, uansett hvor i verden du kommer fra (Baker, 2009, p. 706; Brassard et al., 2020, p. 5; Glaser, 2011, p. 870). Dermed kommer vi frem til enda en viktig faktor ved PM; PM anses som mishandlende og spesielt destruktivt i kraft av det negative budskapet omsorgsgiverens handlinger (eller manglende handlinger) formidler. Nemlig at barnet ikke er elsket, ønsket og/eller viktig nok, at det ikke fortjener grunnleggende omsorg, kjærlighet, trygghet og/eller tilhørighet, og at det er inkompetent, udugelig og/eller ikke god nok (Baker, 2009, p. 706; Brassard et al., 2019, p. 8; Garbarino & Vondra, 1987, p. 27; Navarre, 1987, p. 49).

	Mest positiv ←		→ Mest negativ
	Konstruktiv foreldre praksis	Uhensiktsmessig foreldre praksis	Følelsesmessig forsømmelse og psykisk vold
Stimulering og følelsesmessige uttrykk	Utviser en bred vifte av sensoriske stimuleringer og positive følelsesmessige uttrykk Uttrykker glede ved barnets innsats og prestasjoner	Utviser rigide følelsesmessige uttrykk og manglende fleksibilitet i reaksjonene overfor barnet Virker ubekymret ift. barnets utviklingsmessige/psykologiske behov	Uttrykker betinget kjærlighet og ambivalente følelser overfor barnet Utviser begrenset eller ingen sensitivitet ift. barnets behov
Interaksjoner	Engasjerer seg i kompetente barnesentrerte samspill for å oppmuntre utviklingen	Ofte ufølsom ift. barnets behov, uvennlig Dårlig balanse mellom barnets uavhengighet og avhengighet av forelderen	Følelsesmessig eller fysisk avviser barnets søken etter oppmerksomhet Utnytter barnets avhengighetsstatus gjennom tvang, trusler eller bestikkelse
Konsistens og forutsigbarhet	Utviser konsistens og forutsigbarhet for å fremme forholdet til barnet	Reagerer ofte uforutsigbart, noen ganger med følelsesmessige utladninger	Reagerer ofte uforutsigbart etterfulgt av følelsesmessige utladninger
Regler og grenser	Setter grenser for barnets sikkerhet og helse Har passende sikkerhetsforanstaltninger ift. barnets alder	Uklare eller inkonsekvente regler omkring barnets sikkerhet og helse	Sporadisk, lunefull Utnytter eller manipulerer barnet til foreldrenes fordel
Disiplinerende praksiser	Tilfeller av kjeft, kritikk og avbrytelse av barnets aktivitet Lærer barnet gjennom handlinger fremfor psykologiske kontrollmetoder	Bruker ofte tvangsmetoder og minimerer barnets kompetanse Bruker psykologiske kontrollmetoder som forvirrer eller gjør barnet lei seg	Bruker grusomme og harde kontrollmetoder som skremmer barnet Krenker de normative standarder for disiplin
Emosjonell overlevering og tone	En emosjonell overlevering og tone som er klar og tydelig, men ikke skremmende	Anvender verbalt og ikke-verbalt press, ofte for å få urealistiske forventninger innfridd	Skremmende, truende, nedverdiggende og fornærmende

Figur 1 Kontinuum av foreldreomsorg og emosjonell sensitivitet (tilpasset fra Wolfe & McIsaac, 2011, p. 807)

På vei mot en endelig definisjon

I kraft av disse oppmerksomhetspunkter, argumenter og teoretiserte betingelser for psykologisk mishandling, vil en endelig definisjon bli presentert i det følgende avsnitt.

Definisjon

Med utgangspunkt i *The American Professional Society on the Abuse of Children* (APSAC) sin reviderte definisjon og formulering, defineres psykologisk mishandling som

“et gjentakende mønster eller ekstreme tilfeller av omsorgsgivers atferd som krenker barnets grunnleggende psykologiske behov (m.a.o. trygghet, sosialisering, emosjonell og sosial støtte, kognitiv stimulering, respekt), og formidler at barnet er verdiløst, defekt, inkompetent, uelsket, uønsket, truet, primært til stede for å møte andres behov, og/eller erstattelig.” (egen oversettelse, Brassard et al., 2019, p. 4)

Psykologisk mishandling (PM) deles inn i seks underkategorier av omsorgsgiver-barn-interaksjoner. Disse er:

Fiendtlig avvisning (*spurning*)

Verbale og ikke-verbale handlinger hos omsorgsgiver, som avviser og nedverdiger et barn. Omfatter å ydmyke, nedverdige, rakke ned på, eller andre former for fiendtlig eller avvisende atferd overfor barnet. Innebærer også å latterliggjøre barnets fysiske, psykologiske og atferdsmessige karakteristikk, som å vise kjærlighet, frykt, sinne eller sorg. Det kan også innebære en forskjellsbehandling av barnet, der barnet utsettes for mer kritikk, straff, disiplinering, og/eller ekstra husarbeid, enn andre barn i husstanden, og/eller at dette barnet får færre klær, mindre mat o.l.

Terrorisering (*terrorizing*)

Atferd hos omsorgsgiver som truer eller skremmer barnet, herunder trusler om, eller atferd som mest sannsynlig vil, fysisk skade, drepe, eller forlate barnet, og/eller plassere barnet, barnets signifikante andre, eller barnets elskede objekter, i en farlig eller skremmende situasjon. Innebærer å utsette barnet for skremmende eller kaotiske omstendigheter, og/eller plassere barnet i farlige situasjoner. Innebærer også trusler om, eller faktisk utøvelse av, vold, overgrep og/eller forsømmelse, overfor barnet selv, en annen omsorgsgiver/signifikant annen, et kjæledyr, eller en viktig eiendel. Terrorisering omfatter også å forhindre et barn i å oppnå nødvendig søvn og hvile, mat, lys, drikke, og tilgang til toalett.

Utnyttelse og korrupsjon (*exploiting/corrupting*)

Omsorgsgiveratferd som oppfordrer et barn til å utvikle upassende atferd eller holdninger, f.eks. selvdestruktive, antisosiale, kriminelle, avvikende, eller annen

maladaptiv atferd. Det kan omfatte en modellering, tillatelse eller oppfordring til, kriminell aktivitet, stoffmisbruk, prostitusjon, vold, eller være ond mot en annen person. Det kan også innebære en oppfordring til utviklingsmessig upassende atferd, som å gjøre barnet til en “liten voksen”, som skal trøste, passe på, eller påta seg et voksent ansvar overfor foreldre eller søsken, eller fastholde barnet på et infantilt og barnslig utviklingsnivå. Utnyttelse og korrupsjon kan også komme til uttrykk ved å fremtvinge barnets underkastelse, ved å være påtrengende, invaderende eller dominant. Det gis lite plass til barnets tanker, følelser og ønsker, og barnet tvinges til å leve etter foreldrenes ønsker og drømmer. Å begrense, forstyrre eller direkte svekke barnets utvikling, innenfor kognitive, sosiale, affektive/emosjonelle, eller fysiske domener, inngår også i denne subtype, f.eks. i form av fabrikkert eller påført sykdom (*Münchausen by proxy*).

Manglende emosjonell tilgjengelighet og responsivitet (*emotional unresponsiveness*)

Omfatter atferd hos omsorgsgiver som ignorerer barnets forsøk på, og behov for, å interagere med omsorgsgiver, og en manglende uttrykkelse av omsorg og kjærighet overfor og under interaksjon med barnet. Denne underkategori innebærer at omsorgsgiver er fraværende og uinvolvert, kun interagerer med barnet når det er nødvendig, ikke uttrykker varme, omsorg, eller kjærighet overfor barnet, og er emosjonelt utilgjengelig, eller usensitiv overfor barnets psykologiske behov.

Isolasjon (*isolating*)

Innebærer at omsorgsgiver fratar barnet rimelige og hensiktsmessige muligheter for å interagere/kommunisere med jevnaldrende, eller andre voksne, i og/eller utenfor hjemmet. Inkluderer handlinger som å sperre inne, begrense, eller pålegge barnet urimelige regler og grenser ift. egen frihet til å bevege seg, og interagere med andre familiemedlemmer, jevnaldrende, eller voksne i sitt nærmiljø.

Mental, fysisk og utdannelsesmessig forsømmelse (*mental health, medical and educational neglect*)

Omsorgsgivere som ignorerer, benekter, ikke tillater, eller ikke klarer å sørge for, den nødvendige behandlingen barnet behøver, ift. mental helse, medisinske, og

utdanningsmessige behov. Denne formen for forsømmelse innebærer at omsorgsgiver ikke søker hjelp og ignorerer behovet for, eller nekter å sørge for, en behandling av barnets alvorlige helsemessige, emosjonelle/atferdsmessige og/eller utdanningsmessige problemer, vanskeligheter eller behov.

Innleiret i alle disse underkategoriene for PM er også former for fysiske og/eller seksuelle overgrep, og/eller fysisk forsømmelse og omsorgssvikt, da disse formene for barnemishandling også vil utgjøre, eller kan forekomme samtidig med, tilfeller av fiendtlig avvisning, terrorisering, utnyttelse, emosjonell utilgjengelighet, isolasjon, og en forsømmelse av barnets mentale, fysiske og utdanningsmessige behov. Redegjørelsen for den samlede definisjonen for PM, inkludert de seks underkategorier, er en tilpasning (og oversettelse) av de presenterte definisjoner i Brassard, Hart, Baker og Chiel (2019), Glaser (2002/2011), og Ottosen (2019).

Som poengtert og fremhevet i de tidligere avsnitt burde PM forstås og undersøkes ut ifra en utviklingspsykopatologisk og økologisk referanseramme. Derfor vil de neste avsnittene omfatte en teoretisk og utviklingsmessig tilnærming til PM.

Psykologisk mishandling og utvikling – en teoretisk tilnærming

Fra et utviklingspsykopatologisk perspektiv, vil psykologisk mishandling (PM) kunne utgjøre en alvorlig risikofaktor for barnets utvikling, dannelse og fremtidige psykiske helse, som enten vil vedlikeholdes, forverres eller forbedres i kraft av de sosiale systemer og den familie barnet er en del av (Harder & Simonsen, 2017, p. 118f; McGee & Wolfe, 1991, p. 13f; Rosenberg & Germain, 1987, p. 244f). I forlengelse av dette, er det viktig at PM forstås og vurderes ut ifra hvert enkelttilfelle. Risikoen for eller faktiske tilfeller av PM, og eventuelle konsekvenser av PM, vil nemlig avhenge av det enkelte barns utviklingsmessige betingelser og omkringliggende miljø (Brassard et al., 2020, p. 4; Garbarino, 1978, p. 94; Glaser, 2011, p. 867; Hart et al., 1987, pp. 15-17; McGee & Wolfe, 1991, p. 8f; Rosenberg & Germain, 1987, p. 246f).

Derfor har det også blitt fremhevet at en eksponering for PM, og de spesifikke former for PM et barn utsettes for, vil kunne ha mer alvorlige konsekvenser avhengig av

hvilket utviklings- og aldersmessige nivå et barn er på. En tidligere eksponering for PM, i svært ung alder, har blitt ansett som alvorligere og forbundet med mer omfattende skadevirkninger enn å bli utsatt for lignende atferd senere i livet (Brassard et al., 2019, p. 28; Brassard et al., 2020, p. 4; Glaser, 2002, p. 709f; McGee & Wolfe, 1991, p. 15; Navarre, 1987, p. 46; Rosenberg & Germain, 1987, p. 244). Tidlig mishandling og neglekt kan potensielt bidra til alvorlige forstyrrelser av barnets nevrologiske, kognitive og psykososiale utvikling (Brassard et al., 2019, pp. 19-26; Doyle & Timms, 2014, p. 39, 52-64f; Glaser, 2011, p. 867; McGee & Wolfe, 1991, p. 15).

Risikofaktorer og konsekvenser på tvers av flere sosiale systemer

Fra et økologisk systemteoretisk standpunkt vil et barns sårbarhet for å bli utsatt for, og utvikle mer eller mindre alvorlige konsekvenser av, psykologisk mishandling, være avhengig av det miljø og de innleirede systemer barnet utvikles innad. Derfor vil barnets individuelle utviklingsmessige nivå og relaterte sårbarhet utgjøre et dynamisk samspill mellom barnets individuelle karakteristikk og omkringliggende sosiale systemer (Berk, 2014, p. 27; Bronfenbrenner, 1977, pp. 513f, 518f; Garbarino & Vondra, 1987, p. 28; Hart & Brassard, 1987, p. 247; Rosenberg & Germain, 1987, p. 246f).

Innad i barnets mikrosystem vil barnet selv kunne være preget av karakteristikk som øker dets sårbarhet for mishandling. Herunder vil det ansvar og evt. de utfordringer som er assosiert med f.eks. spedbarns-, eller tenåringsalder, barnets medfødte temperament, eventuelle funksjonshemming eller atferdsproblemer, samt kronisk sykdom, og annet, kunne utsette barnet for en større risiko for mishandling (Brassard et al., 2019, p. 29f; Rosenberg & Germain, 1987, p. 246). Det er dog viktig å påpeke at uansett hvor “utfordrende” et barn er vil mishandling aldri være et barns ansvar eller skyld. I tillegg er viktig å fremheve at eventuelle belastende karakteristikk hos barnet også kan ha blitt utviklet som en konsekvens av tidligere, eller allerede forekommende, mishandling (Brassard et al., 2019, p. 29f; Glaser, 2002, p. 698).

Videre vil omsorgsgiverens egne karakteristikk og personlighet, oppvekst, fysiske og psykiske helse, manglende kunnskap og erfaring og holdninger til barnet utgjøre en risikofaktor i barnets mikrosystem. I relasjon til omsorgsgiverens erfaringer og

oppvekst, eksisterer det en generell overbevisning om at omsorgsgivere som mishandler og forsømmer sine egne barn, sannsynligvis har blitt mishandlet og forsømt selv, samt at barn som eksponeres for misbruk og forsømmelse, vil være mer tilbøyelige til å mishandle og svikte sine egne fremtidige barn (Schelbe & Geiger, 2017, p. 1). Intergenerasjonell overføring av barnemishandling, også beskrevet som “spøkelser på barnerommet” (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975), eller vandrende traumer henviser til denne gjentakelsen av uhensiktsmessige, skadelige og/eller traumatiserende foreldrepraksiser, der foreldre kan modellere og gjenta de samme interaksjoner med sitt eget barn, som de selv ble utsatt for av sine egne foreldre (Fraiberg et al., 1975, p. 388f; Schelbe & Geiger, 2017, p. 3). Forskning understøtter en assosiasjon mellom foreldres egne erfaringer av mishandling og forekomst av mishandling av egne barn (St-Laurent, Dubois-Comtois, Milot & Cantinotti, 2019; Madigan et al., 2019). Det har også blitt funnet en betydelig link mellom psykologisk mishandlede foreldre og en tendens til å psykologisk mishandle sine egne barn (Madigan et al., 2019). Derfor kan omsorgsgiverens oppvekst, og tidlige relasjon til egne omsorgsgivere, potensielt utgjøre en betydelig risikofaktor for forekomsten av PM.

Et familiært mikrosystem i samspill med større makro- og eksosystemer vil også kunne utgjøre en sårbarhetsfaktor i barnets sosiale økologi. Diskriminering og arbeidsledighet, begrenset tilgang til sosiale velferdssystemer og støtte, kultur og religion, samt politikk og nasjonale lovverk, kan ha en innvirkning på det familiære miljø og stressnivå. En families økonomi og tilgang til ressurser, antall barn i hjemmet ift. voksne, samt forekomst av vold, stoffmisbruk og kriminell aktivitet i hjemmet eller i nabolaget, vil også utgjøre en betydelig risikofaktor (Brassard et al., 2019, p. 30; Gil, 1987, pp. 161f, 166f; Glaser, 2011, p. 871; Rosenberg & Germain, 1987, p. 246). I tillegg har forskning indikert at familiære stressorer, og sosiodemografiske risikofaktorer, kan fremme en risiko for at intergenerasjonell overføring av barnemishandling forekommer (St-Laurent et al., 2019). Generelt, vil det dog være dynamikken innad og mellom, de forskjellige risiko- og sårbarhetsfaktorer, som eksisterer på tvers av barnets mikro-, meso-, ekso- og makrosystem, som kan utgjøre den utløsende faktor for at faktisk mishandling og forsømmelse forekommer (Brassard et al., 2019, p. 31).

I relasjon til den økologiske kontekst barnet befinner seg vil det også være viktig å vurdere eventuelle beskyttende faktorer, på tvers av de sosiale systemer barnet er

innleiret. Et barns positive og mer resiliente trekk og karakteristikk i samspill med; et mikrosystem som omfatter en tryggere tilknytningsfigur, eller en omsorgsfull familierelasjon, og et støttende skolesystem; et eksosystem av velferdsinstitusjoner, kommunale støtte- og hjelpeordninger, og et trygt nabolag; et makrosystem med et velformulert lovverk, og tydelige retningslinjer for hvordan psykologisk mishandling identifiseres, forebygges, og håndteres, vil virke beskyttende ift. risikoen for å bli utsatt for PM. Slike beskyttende faktorer kan også begrense eventuelle skadevirkninger forårsaket av mishandling og forsømmelse (Glaser, 2002, p. 709; Hart et al., 1987, p. 15f; Rosenberg & Germain, 1987, p. 246f).

Relasjonen til en psykologisk utilgjengelig og/eller mishandlende omsorgsgiver

Et barns tidlige samspill med og tilknytning til sine omsorgsgivere utgjør fundamentet for barns personlighetsdannelse, læring og evne til å relatere til andre. Omsorgsgiver-barn-relasjonen anses også som en viktig indikator for hvordan barnet utvikler seg psykisk (Bowlby, 1982, pp. 349, 357f, 378; Bowlby, 1988, pp. 9, 26; Egeland & Erickson, 1987, p. 116; Møhl, 2017, p. 76). Bowlby (1982) fremhevet at forstyrrede omsorgsmønstre, der omsorgsgiver er avvisende og fraværende, kontrollerende og påtrengende, eller vender om omsorgsgiver-barn-relasjonen så barnet må påta seg den voksne rolle overfor omsorgsgiveren, vil være avgjørende for barnets (svekkede) selvverd, (manglende) tillit til andre og utviklingen av (negative) indre representasjoner (Bowlby, 1982, pp. 357-358, 378; Egeland & Erickson, 1987, p. 116f; Navarre, 1987, p. 54). Psykologisk utilgjengelige, fiendtlige avvisende, truende, kaotiske og uforutsigbare omsorgsgivere utgjør ikke den sikre base som barnet behøver, og vil sannsynligvis føre til utviklingen av barn med unngående, usikker-ambivalente, eller desorganiserte tilknytningsmønstre. Disse barna opplever verden som utrygg og uforutsigbar, er mer sårbare, håndterer ugunstige opplevelser dårligere og preges av svekkede sosio-emosjonelle kompetanser (Ainsworth et al., 1978, pp. 315, 319f; Brassard et al., 2019, p. 10; Egeland & Erickson, 1987, p. 117f; Hart & Brassard, 1987, p. 257).

Fiendtlige og verbalt mishandlende omsorgsgivere, som kritiserer, nedverdiger og skjeller ut, assosieres med aggressive, negative, avvikende og uengasjerte barn preget av lav selvkontroll og selvtillit. Slike omsorgsgiver-barn-interaksjoner fremmer et

unngående, men også stresset og trengende barn, og er assosiert med usikre tilknytningsmønstre, spesielt den engstelige/ambivalente variant (Ainsworth et al., 1978, pp. 314-316; Egeland & Erickson, 1987, pp. 113f). Psykologisk utilgjengelige og fraværende omsorgsgivere som utviser manglende responsivitet overfor og passivt avviser sine barn, har blitt assosiert med de mest destruktive konsekvensene for barnets utvikling og dannelse (Egeland & Erickson, 1987). Disse tilsynelatende uinteresserte og uinvolverte omsorgsgiverne interagerer kun med sine barn når det er ytterst nødvendig og fremmer sinte, ekstremt frustrerte og avvikende barn, som unngår sine omsorgsgivere. Disse barna utviser en dramatisk nedgang i sosiale og kognitive kompetanser i de første leveår, manglende kreativitet, entusiasme, og impuls kontroll, og fremviser alvorlige atferdsproblemer. Emosjonelt forsømmende, og utilgjengelige omsorgsgivere, utgjør også en stor risikofaktor for tilknytningsforstyrrelser hos barn, især for utviklingen av et avvisende/unngående tilknytningsmønster (Egeland & Erickson, 1987, pp. 114f; Ainsworth et al., 1978, pp. 316-321).

Et angrep på barns grunnleggende behov

Per definisjon representerer PM et direkte eller indirekte angrep på, og krenkelse av, et barns grunnleggende behov (Jf. Definisjon; Brassard et al., 2019, pp. 5, 10; Hart et al., 1987, p. 8; Maslow, 1970; Rafaeli et al., 2010, p. 7). Alle former for psykologisk mishandling vil krenke flere (eller de fleste) av barnets grunnleggende fysiologiske, emosjonelle og sosiale behov, og utgjør en alvorlig form for omsorgssvikt og barne-mishandling.

En manglende oppfyllelse av barns grunnleggende fysiologiske behov anses hovedsakelig som fysisk forsømmelse og omsorgssvikt, men vil også kunne utgjøre PM i form av bl.a. isolasjon, terrorisering, ignorering, manglende responsivitet overfor barnets behov, psykiske helse, og læring (Doyle & Timms, 2014, p. 11; Brassard et al., 2019, pp. 5-7). En manglende oppfyllelse av et barns behov for trygghet og sikkerhet, kan hovedsakelig anses som en alvorlig form for fysisk og emosjonell omsorgssvikt, men vil også bære preg av emosjonelt misbruk, i form av terrorisering, ignorering av barnets behov for trygghet, utnyttelse og korrupsjon, samt fiendtlig avvisning og trusler (Doyle & Timms, 2014, p. 11; Brassard et al., 2019, pp. 5-7). Videre, vil en manglende oppfyllelse av et behov for tilhørighet, aksept, og omsorg, utgjøre alvorlige former for

emosjonelt misbruk og/eller forsømmelse, der barnet på den ene side kan ignoreres, isoleres, eller avvises, eller på den andre side utsettes for kritikk, trusler, nedverdiggelse, og latterliggjørelse (Doyle & Timms, 2014, p. 11; Brassard et al., 2019, pp. 5-7). Herunder, vil også en laissez-faire holdning til barnets oppdragelse og omsorg, der barnet frarøves viktig supervisjon, veiledning og grensesetting av en voksen, også utgjøre en form for psykologisk mishandling.

Grunnleggende behov for selvverd, kompetanse og autonomi, vil også krenkes av PM, der fiendtlig avvisning, ignorering, og manglende emosjonell responsivitet, oppmerksomhet og omsorg, samt nedverdiggelse, latterliggjørelse og kritikk, og urimelige krav eller forventninger, vil være eksempler på omsorgsgiveratferd som bryter ned, og skader barnets tro på egne evner, verdi, og viktighet (Doyle & Timms, 2014, p. 11; Brassard et al., 2019, pp. 5-7). Til slutt vil især emosjonelt misbruk sørge for at barnet ikke tror på, og heller ikke vil arbeide for å nå sine mål, eller “aktualisere” seg selv. I kraft av fiendtlig avvisning, terrorisering, utnyttelse, isolasjon, manglende omsorg, kjærlighet, og oppmerksomhet, samt manglende ivaretagelse av fysiske, psykiske og utdanningsmessige behov, vil barnet verken ha de nødvendige forutsetningene for, eller selvtillit til, å tro på seg selv, og sine evner (Doyle & Timms, 2014, p. 11; Brassard et al., 2019, pp. 5-7).

Oppsummering og begrunnelse for metode

Psykologisk mishandling utgjør altså en global trussel mot barns sikkerhet, helse og trivsel, og antas å være den med prevalente formen for barnemishandling og omsorgssvikt verden over, i kraft av store mørketall og underrapportering. Disse destruktive formene for omsorgsgiver-barn-relasjoner vil, fra et psykologisk teoretisk perspektiv, være omfattet av alvorlige risikofaktorer, og forårsake konsekvenser, som strekker seg over flere av de sosiale systemer barnet er innleiret i. Psykologisk mishandling er per definisjon et angrep på barns grunnleggende behov, og utgjør alvorlige forstyrrelser i omsorgsgiver-barn-relasjonen, som kan forårsake varige mén ift. fremtidig utvikling, evne til relasjonsdannelse, og mentale helse. I kraft av en begrenset mengde empiri og forskning, samt en teoretisk analyse av potensielle utviklingsmessige konsekvenser av psykologisk mishandling, vil jeg argumentere for at psykologisk mishandling kan utgjøre en alvorlig utviklingspsykopatologisk risikofaktor. Herunder, at barn som

eksponeres for PM er i høyere risiko for å utvikle psykiske lidelser, sammenlignet med andre barn.

Min masteroppgave vil derfor ta utgangspunkt i utarbeidelsen av et systematisk review, for å undersøke hva den aktuelle forskning på feltet indikerer ift. den utviklingsmessige assosiasjonen mellom eksponering for psykologisk mishandling i barndommen, og senere risiko for psykopatologi. I de kommende avsnitt vil systematisk review som metode, samt prosedyren for det gjeldende review bli redegjort for. Forskningsspørsmålet, som det gjeldende systematiske review har som formål å besvare, vil også bli presentert.

Metode

I ovenstående avsnitt har det blitt redegjort for en teoretisk avgrensning av oppgaven, med tilhørende konseptualisering og definisjon av kjernebegreper. Den følgende kvalitative syntese, av eksisterende empiri, har som formål å besvare et spesifikt forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålet avgrenser undersøkelsens populasjon, eksponering, sammenligningsgruppe, utfall, og studiedesign (*PICOS: Population, Intervention/exposure, Comparison, Outcome, Study design*; Perestelo-Pérez, 2013, p. 51), og er som følger:

Utgjør eksponering for psykologisk mishandling i barndommen en risikofaktor for senere psykopatologi hos barn og unge?

I de følgende avsnitt vil oppgavens metode gjennomgås, herunder prosedyren for utarbeidelsen av et systematisk review. *The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement*, publisert i 2009 (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group, 2009), ble i år erstattet av *The PRISMA 2020 Statement* (Page & McKenzie et al., 2021), som utgjør en oppdatert og mer omfattende veiledning til gjennomførelse og rapportering av systematiske reviews. Det følgende review tar derfor utgangspunkt i *The PRISMA 2020 Statement* (Page & McKenzie et al., 2021), og tilhørende anbefalinger og retningslinjer.

Systematisk review og PRISMA

Et systematisk review (SR) er en kvalitativ syntese av den beste, tilgjengelige forskningen på feltet, som kan besvare et tydelig og klart formulert forskningsspørsmål. Denne syntesen fremstilles ved å systematisk identifisere, screene, og kritisk vurdere, samt analysere og oppsummere data, fra relevante studier (Page & McKenzie et al., 2021, pp. 1, 3; Perestelo-Pérez, 2013, p. 50). SR anses som verdifulle innenfor forskning, da disse effektivt kan informere og oppdatere, forskere og praktikere, ift. den nyeste viten, kan generere og evaluere teorier ift. et gitt fenomen. og kan fremlegges som et argument for et behov for mer forskning. SR utarbeides også for å minimere en evt. tilstedeværende bias, som oftere forekommer ved mer tradisjonelle litteraturreview (Page & McKenzie et al., 2021, p. 1; Perestelo-Pérez, 2013, p. 50).

Forberedelse av en protokoll, der et spesifikt og velformulert forskningsspørsmål, mål og metode for datainnsamling og analyse, samt eventuelle interessekonflikter og finansiell støtte, vurderes og bestemmes, utgjør utgangspunktet for gjennomførelsen av et SR (Page & McKenzie et al., 2021, p. 4; Page & Moher et al., 2021, p. 28; Perestelo-Pérez, 2013, pp. 50-52). Prosedyren for, og utarbeidelsen av, et SR, omfatter en litteratursøkningsfase, der relevante studier identifiseres vha. en søkestrategi, som tilpasses og anvendes i utvalgte databaser. Deretter gjennomgår de identifiserte dokumenter og studier to seleksjonsfaser, på bakgrunn av forhåndsbestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier (Page & McKenzie et al., 2021, p. 4; Perestelo-Pérez, 2013, pp. 52-54). Etter en eksklusjon av alle duplikater, innebærer første fase å ekskludere eller inkludere studier på bakgrunn av tittel og abstract. Deretter selekteres og inkluderes anvendelig artikler, på bakgrunn av en fulltekst-gjennomlesning, i andre fase. De studiene som oppfyller ens inklusjonsskriterier gjennom begge fasene, gjennomgår en kritisk vurdering, samt analyseres, og oppsummeres, i den endelige kvalitativ syntese (Page & McKenzie et al., 2021, p. 4; Perestelo-Pérez, 2013, pp. 53-55).

Kvaliteten ved et SR avhenger av et velformulert forskningsspørsmål, forberedelsen av en detaljert protokoll, den systematiske utarbeidelse av reviewet, og graden av transparens ved rapportering og beskrivelse av, det utarbeidede systematiske review (Page & Moher et al., 2021, pp. 4, 28; Perestelo-Pérez, 2013, pp. 50f, 54). *The PRISMA Statement* ble først utarbeidet i 2005, med det formål å etablere noen spesifikke

anbefalinger og retningslinjer, for å forbedre utarbeidelsen og rapporteringen av SR (Moher et al., 2009). En oppdatering og utvidelsen av denne, i form av *The PRISMA 2020 Statement* (Page & McKenzie et al., 2021), inneholder en utvidet sjekkliste for rapportering av SR, med 27 hovedpunkter, og flere nye underpunkter, samt et mer detaljert flow-diagram for rapportering av seleksjonsprosessen. Sjekklisten har som formål å sikre en detaljert beskrivelse og rapportering av reviewets tittel, abstract, begrunnelse og formål, metode, resultater, diskusjon, og annen relevant informasjon, som finansiering, interessekonflikter og supplerende materiale (p. 4f). Et SR som tar utgangspunkt i denne sjekklisten sikres en høyere grad av kvalitet og validitet, evidens av høyere validitet, samt understøtter en transparent og reliabel forskningspraksis. Utarbeidelse av et SR, i overensstemmelse med PRISMA, vil også kunne redusere risikoen for bias betraktelig, både på studienivå, og ift. den overordnede kvalitative syntese. Transparent og systematisk utførelse og rapportering av, et SR, vil i tillegg understøtte en mer informert fortolkning og diskusjon, av den identifiserte evidens (Page & McKenzie et al., 2021, p. 4; Page & Moher et al., 2021, pp. 11f, 17, 20, 23-26; Perestelo-Pérez, 2013, pp. 50-54).

Prosedyre for gjeldende SR

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

En studie ble kvalifisert til den endelige syntese, på bakgrunn av en rekke forhåndsbestemte kriterier. Kriteriene ble utarbeidet med utgangspunkt i forskningsspørsmålet, og er i overensstemmelse med PICOS-formatet (Perestelo-Pérez, 2013, p. 51). Kriteriene spesifiserer hvilken populasjon, type eksponering, hvilket utfall, og type studiedesign, de identifiserte artiklene skulle være basert på, for å bli inkludert.

Artikler, studier og doktoravhandlinger, publisert på engelsk, dansk, norsk eller svensk, ble inkludert, hvis følgende kriterier var oppfylt;

Studiedesign: Longitudinelle kohortstudier med en prospektiv og/eller retrospektiv utredning av eksponering for psykologisk mishandling i barndommen (≤ 18 år), etterfulgt av en senere follow-up måling/utredning av utfallsvariabelen. Retrospektive follow-back studier, som undersøker nåværende utfall ift. tidligere registrert eksponering

for PM (offisielle prospektive innrapporteringer av eksponeringsvariabel fra helsevesen, barnevern o.l.) inkluderes også.

Populasjon: Et sample bestående av potensielt eksponerte og ikke-eksponerte barn og unge, i form av populasjons- eller samfunnsbaserte samples, eller samples med definerte kontrollgrupper.

Eksponering: Eksponering for psykologisk mishandling (PM, *psychological maltreatment*), eller emosjonelt misbruk (*emotional abuse*), og/eller emosjonell forsømmelse (*emotional neglect*) i barndommen (≤ 18 år), utøvet av en omsorgsgiver, skal ha vært undersøkt og/eller dokumentert, hos “barn og unge” ≤ 24 år (WHO, 2021), ved bruk av validerte utredningsmetoder og/eller innrapportert av offisielle instanser eller fagpersoner. Validerte måleinstrumenter og spørreskjemaer, som omfatter psykologisk mishandlende omsorgsgiveratferd, i form av f.eks. *caregiver rejection*, *hostility*, *unavailability* o.l. inkluderes også. Kun barnets selvrapporterte eksponering for PM, og/eller offisielle rapporteringer av PM, til barnevernet/*Child Protective Services*, helsevesenet eller lignende aksepteres, da det er stor risiko for *social-desirability bias* og underreportering hos omsorgsgiveren/mishandleren.

Utfall: Utfallet av interesse, i form av senere psykopatologi, på symptom- og/eller diagnosenivå, målt i relasjon til etablerte diagnostiske kriterier, og/eller ved anvendelse av validerte utredningsmetoder. Utfallet skal være målt etter en prospektiv/retrospektiv utredning/identifikasjon av tidligere eksponering for PM (≤ 18 år), for å kunne etablere en eventuell *temporal-precedence*/kausal effekt.

Data: Statistiske analyser av assosiasjonen mellom psykologisk mishandling og senere psykopatologi, uavhengig av eventuelle medierende variabler, rapporteres, uansett resultat eller signifikansnivå. Hvis utfallet måles gjentatte ganger, over flere follow-up perioder, vil kun analysen basert på den siste (seneste) målingen/follow-up perioden, inkluderes/rapporteres, for å tydeliggjøre en eventuell *temporal-precedence*/kausalitet.

Artikler som undersøkte samme datasett/sample ble kun inkludert hvis analyser hadde blitt gjort ift. ulike psykopatologiske utfall. Ved to eller flere artikler som anvendte det

samme datasett/sample, til å undersøke eksponering ift. det samme utfallet (f.eks. depresjon), ble kun én artikkel inkludert, på bakgrunn av en særegen vurdering av studienes karakteristikk og metodologiske kvalitet. Tverrsnittsstudier, som undersøkte retrospektiv selvrapportert eksponering for PM, i assosiasjon med et mål for utfall/psykopatologi, ved samme tid/alder, ekskluderes. Samples/populasjoner basert på *inpatients* (utfall allerede tilstedeværende) og/eller høyrisiko-grupper for psykopatologi (f.eks. henviste og/eller institusjonaliserte unge/unge under behandling for atferdsproblemer, psykopatologiske symptomer m.m.) ble ekskludert. Samples kun bestående av barn som var registrert hos barnevernet og/eller identifisert som mishandlede/omsorgssviktede barn, (der sammenligningsgruppen kun omfatter barn utsatt for andre former for mishandling/forsømmelse) ble ekskludert. Studier som kun undersøkte nevrologiske og/eller fysiologiske utfall, samt intervensjonsstudier og eksperimentelle studie-design, ble ekskludert. Bøker, systematiske reviews og metaanalyser, anmeldelser, kommentarer, samlinger av abstracts, konferansepapirer og andre irrelevante publikasjonsformer, ble ekskludert.

Informasjonskilder

Fire databaser ble utvalgt for å sikre et komplett og sensitivt søk, med begrenset risiko for bias. Et søk i flere databaser begrenser risikoen for publiseringsbias, samt *publication language bias* og *bias by coverage*, da enkelte journaler kun publiserer ønskede eller signifikante resultater, kun utgir studier på spesifikke språk, og kun publiserer f.eks. vestlige/europeiske studier og artikler (Perestelo-Pérez, 2013, p. 53). ProQuest ble bl.a. utvalgt som informasjonskilde, da denne databasen også inneholder såkalt *grey literature*, som master- og doktoravhandlinger, som ytterligere kan redusere risikoen for publiseringsbias, i reviewet (Perestelo-Pérez, 2013, p. 53). Litteratursøket ble gjennomført i følgende databaser: PsycInfo, Embase, PubMed og ProQuest.

Søkestrategi og litteratursøk

Den anvendte søkestrategi ble utarbeidet etter innledende prøvesøk i de utvalgte databasene, og med hjelp fra veileder (KKN). I overensstemmelse med forskningsspørsmålets PICOS-format, består søkestrategien av tre deler, herunder; A) eksponering av den utvalgte populasjon (barn og unge eksponert for psykologisk mishandling/emosjonelt misbruk og forsømmelse i barndommen); B) utfall (psykopatologi); og C)

studiedesign (longitudinelle kohortstudier). Søkestrategien ble formulert på engelsk, og inneholdt alle synonymer og relevante nøkkelord, som jeg har fått kjennskap til, gjennom en omfattende fordypning i relevant og anvendt teori, litteratur og forskning, på området. Søkeordene ble kombinert på følgende måte:

("emotional abuse" OR "emotional maltreatment" OR "emotional violence" OR "psychological violence" OR "emotional trauma" OR "mental cruelty" OR "psychological abuse" OR "emotional neglect" OR "psychological neglect" OR "psychological maltreatment") AND (child OR early*) AND ("mental illness*" OR "mental disorder*" OR "psychological distress" OR "psychiatric disorder*" OR psychopathology OR "psychiatric symptom*") AND ("longitudinal study" OR "longitudinal studies" OR "cohort study" OR "cohort studies" OR "cohort analysis" OR "prospective study" OR "prospective studies" OR prospectively OR "panel study" OR "panel studies")*

Strategien ble tilpasset den enkelte database, der relevante indeksord i form av MeSH (*Medical Subject Headings*), Emtree (*Embase Subject Headings*) og PsycINFO Thesaurus (*Thesaurus of Psychological Index Terms*), ble lagt til i søkestrategien, under søk i PubMed, Embase, og PsycInfo. Se Bilag A for en fullstendig oversikt over alle søkestrategiene. Det endelige litteratursøk ble utført den 23.03.2021.

Screening og seleksjon

Det totale antall artikler og studier ble først overført til *RefWorks* for en automatisert screening av duplikater. De inkluderte dokumentene og studiene ble deretter overført til referansehåndteringsprogrammet *Rayyan-QCR* (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz & Elmagarmid, 2016), for en gjennomgåelse av de resterende trinn av seleksjonsprosessen. Seleksjonsprosessen bestod av følgende trinn: 1) eksklusjon av duplikater, 2) screening av tittel og abstract, 3) gjennomlesning av de artikler som ble inkludert etter trinn to, og inklusjon av relevante studier, og 4) kvalitetsvurdering og syntese av relevante og inkluderte studier. En oversikt over screening og seleksjonsprosess kan ses i Figur 2. Screening og selektering av artikler og studier ble kun gjennomført av TMM. Dog ble eventuell usikkerhet vedrørende hvorvidt en studie kvalifiserte seg til inklusjon diskutert og bestemt, i samarbeid med KKN. Endelige avgjørelser vedrørende

inkludering/eksklusjon av studier, samt argumentasjon for hvorfor tilsynelatende relevante studier ble ekskludert, rapporteres i resultatavsnittet (jf. Studieseleksjon).

Innsamling og syntetisering av dataenheter

Relevant informasjon og data ble hentet ut og sortert manuelt av TMM, under veiledning av KKN. I overensstemmelse med forskningsspørsmålet, ble informasjon vedrørende populasjon/sample, eksponering, utfall, og studesign, innsamlet og rapportert, i tillegg til førsteforfatter og publikasjonsdato. Land, antall deltakere, kjønnsfordeling (prosentandel av jenter/kvinner), populasjons-/samplekilde, eksponeringstype (overordnet psykologisk mishandling, emosjonelt misbruk, og/eller emosjonell forsømmelse), og tidsramme for denne eksponeringen, samt det psykopatologiske utfall, og når dette utfallet ble målt/utredet, ble hentet ut og rapportert, i tabellen for demografiske karakteristikk (se Tabell 1.1). Varighet, antall målinger, og follow-up/follow-back perioder, for den spesifikke longitudinelle data av interesse, ble også rapportert i denne tabellen. Vurdering og utredning av eksponering og utfall, herunder det spesifikke måleinstrumentet eller utredningsformen anvendt, ble innsamlet og rapportert i resultattabellen (se Tabell 2.0). Statistiske analyser av den temporale assosiasjonen mellom eksponering for PM og senere utfall ble rapportert, med tilhørende signifikansverdi, samt standardavvik/standardfeil, og/eller konfidensintervaller, hvis tilgjengelig (se Tabell 2.0). Alle statistiske resultater som undersøkte en direkte assosiasjon mellom ønsket eksponering og siste follow-up måling av utfallet, ble rapportert, uansett assosiasjonens størrelse og (non)signifikans.

Effektmål, i form av odds ratio (OR), ble også beregnet og rapportert, v.h.a. et internetbasert konverteringsverktøy (Lenhard & Lenhard, 2016), for alle dokumenter der denne effekten ikke allerede var beregnet. Den endelige kvalitative syntese omfatter en visuell presentasjon av studienes demografiske karakteristikk (se Tabell 1.1), metodologiske kvalitet (se Tabell 1.2) og resultater (se Tabell 2.0), samt en narrativ sammenfatning av den gjennomførte screening og seleksjonsprosess (Jf. Studieseleksjon), generelle demografiske karakteristikk (Jf. Demografiske karakteristikk), og de innsamlede resultater og (beregnete) effektstørrelser (Jf. Funn: psykologisk mishandling og risiko for senere psykopatologi).

Metodologisk kvalitet og risiko for bias

Kvalitet, validitet og generaliserbarhet ved et SR, vil avhenge av de inkluderte studienes metodologiske kvalitet, og grad av transparens under rapportering av resultater (Perestelo-Pérez, 2013, p. 54). Et viktig aspekt ved utarbeidelsen av et SR er derfor en kritisk og systematisk vurdering av alle studienes design og prosedyre, statistiske analyse, og tilhørende risiko for bias, samt evidenssikkerhet, enkeltvis. Det er anbefalt å kombinere flere vurderingsmetoder, samt definere spesifikke inklusjons-/eksklusjonskriterier, som tar for seg studienes kvalitet og risiko for bias (Page & McKenzie et al., 2021, p. 4; Perestelo-Pérez, 2013, p. 54).

Valget av databaser, samt kriterier for studiedesign, eksponering, og samplekarakteristikker, ble besluttet for å redusere risikoen for bias, både på studie- og syntesenivå. I tillegg ble en systematisk kvalitetsvurdering av alle studier utført vha. *The Newcastle-Ottawa Scale* (NOS; Wells et al., n.d.). NOS er beregnet for non-randomiserte kohorte- og case-kontroll-studier, og omfatter en vurdering av 1) seleksjon (*selection*), 2) sammenlignbarhet (*comparability*) og 3) utfall (*outcome*). Herunder, en vurdering av; den selekterte populasjon og kontrollgruppe, utredning og mål for eksponering, hvilke faktorer kontrollgruppene kontrollerer for, utredningsmetode for utfall, samt studiets varighet/tidsramme, og antall follow-up perioder (Wells et al., n.d.). Ved vurdering av sammenlignbarheten, ved et studies sample, utgjorde tilstedeværelse av en matchet ikke-eksponert (non-maltreated) kontrollgruppe, utgangspunkt for tildelelse av én stjerne, mens analyser justert både for ikke-eksponerte deltakere, og for deltakere eksponert for andre typer mishandling/forsømmelse, ble tildelt to stjerner. I relasjon til vurdering av utfall, ble en tilstrekkelig follow-up periode/tidsramme mellom eksponering og eventuell psykopatologi, vurdert til å være ≥ 1 år, mens en akseptabel follow-up rate ble bestemt som $> 95\%$ (Dettori, 2011). I overensstemmelse med NOS-kravene, kunne en studie også tildeles en stjerne, hvis det ikke ble funnet en signifikant forskjell mellom det opprinnelige sample, og det endelige sample, til tross for en follow-up rate $< 95\%$ (NOS Cohort Studies; Wells et al., n.d.).

NOS er et relativt komprimert og effektivt verktøy, som gir et fint visuelt overblikk over alle inkluderte studiers kvalitet, i kraft av det tilhørende stjernesystemet. En mer tidskrevende og omfattende kvalitetsvurdering samt ytterligere systematiske

vurderinger av risiko for bias ble ikke gjennomført, grunnet masteroppgavens begrensede tidsramme. Dog vil de inkluderte studiers kvalitet, risiko for bias, og andre begrensninger, samt kvaliteten og anvendeligheten ved den overordnede kvalitative syntese, bli diskutert senere i oppgaven (Jf. Styrker og svakheter ved den kvalitative syntese). Anbefalte heterogenitets- og sensitivitetsanalyser av den innsamlede data, ble heller ikke gjennomført, da dette er mer relevant ved utarbeidelsen av en metaanalyse (Page & McKenzie et al., 2021, p. 4).

Resultater

I de følgende avsnitt vil seleksjonsprosessen beskrives og begrunnes, i kraft av et flow-diagram (se Figur 2). De inkluderte studiers demografiske karakteristikk vil deretter presenteres, etterfulgt av en narrativ sammenfatning av den kvalitative syntese. I tillegg vil en visuell oversikt over de inkluderte studiers demografiske karakteristikk, kvalitetsvurdering, og funn, bli presentert i Tabell 1.1, 1.2 og 2.0. Resultatavsnittet avsluttes med en delkonklusjon og en uttalelse ift. potensielle interessekonflikter og finansiering.

Studieseleksjon

Litteratursøk i de utvalgte databaser resulterte i totalt 587 dokumenter og publikasjoner, herunder 87 fra PsycInfo, 95 fra PubMed, 178 fra Embase, og 227 fra ProQuest. Etter eksklusjon av duplikater, ble 322 artikler/dokumenter screenet på bakgrunn av tittel og abstract. 81 dokumenter gjennomgikk en fulltekst-gjennomlesning. Usikkerhet vedrørende inklusjon eller eksklusjon av spesifikke artikler ble løst i samarbeid med veileder KKN.

På bakgrunn av fulltekst-screening ble totalt 69 artikler ekskludert, på bakgrunn av: feil studiedesign, der utfall ble målt samtidig som, eller før, eksponeringsvariabelen; feil utfall, eller manglende analyse ift. det ønskede utfall; manglende eksponering for, og/eller rapportering av psykologiske former for barnemishandling; eksponering for psykologisk mishandling kun rapportert av omsorgsgiver, eller at data fra omsorgsgiver-rapportert og selvrapportert eksponering, ikke ble atskilt under de statistiske analysene; manglende anvendelse av validerte måleinstrumenter/utredningsmetoder for

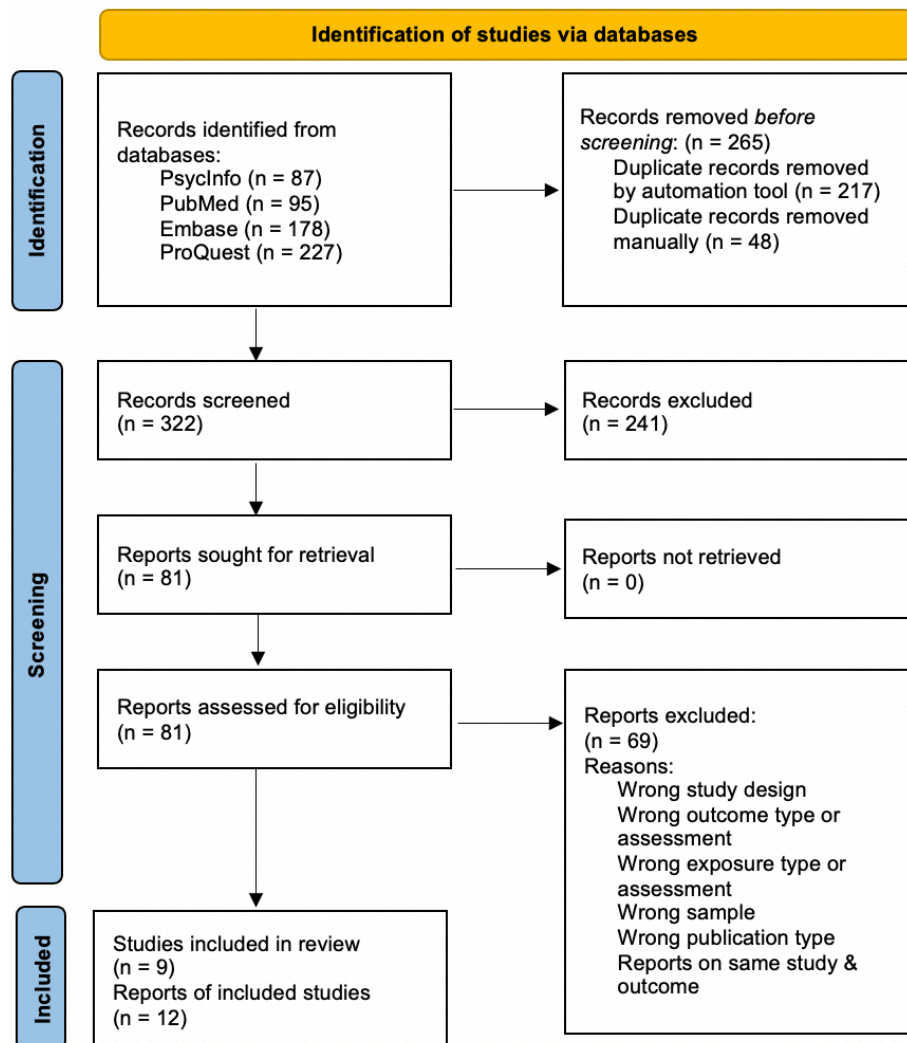
identifikasjon av psykologisk mishandling; utredning/identifikasjon av psykologisk mishandling i barndommen gjort hos deltakere > 24 år; høyrisiko og/eller inpatient samples; ikke populasjons-/samfunnsbasert sample, og/eller manglende kontrollgruppe; feil publikasjonstype.

Kisely, Strathearn og Najman (2020) ble vurdert til å være av høy kvalitet, og oppfylte alle inklusjonskriterier, men gjennomførte de samme statistiske analyser, ift. samme utfall, med utgangspunkt i det samme sample (se Tabell 1.1), som Kisely, Strathearn, Mills og Najman (2021). Kisely et al. (2020) var dog kun basert på offisielle rapporteringer og barnevernssaker av PM, mens Kisely et al. (2021) undersøkte utfallsvariablene både ift. selvrapportert og offisielle registreringer av PM. Derfor ble kun Kisely et al. (2021) inkludert i den kvalitative syntese. Mills et al. (2013) oppfylte også alle inklusjonskriteriene, men var tilnærmet identisk Kisely et al. (2018), ift. samplekilde og utfallsvariabler. Mills et al. (2013) ble vurdert til samme kvalitet som Kisely et al. (2018), men var av kortere varighet og justerte for færre demografiske variabler, under de statistiske analysene. På bakgrunn av dette ble kun Kisely et al. (2018) inkludert i den kvalitative syntese. Det kan i forlengelse av dette, også nevnes, at kun data ift. internaliserende og eksternaliserende atferd, men ikke depressive symptomer, ble rapportert fra Kisely et al. (2018), da Kisely et al. (2021) allerede rapporterte data ift. depressive symptomer, med utgangspunkt i samme studie (se Tabell 1.1).

Studiet av Tang et al. (2018) var tilsynelatende i overensstemmelse med alle inklusjonskriterier, men tok utgangspunkt i et samfunnsbasert sample, lokalisert samme sted som et større jordskjelv. Potensiell eksponering for en større naturkatastrofe, i tillegg til psykologisk mishandling, anses som et høyrisiko sample, og utgjør en betydelig bias ift. en eventuell assosiasjon mellom tidlig PM og utviklet psykopatologi. Derfor ble Tang et al. (2018) ekskludert fra den endelige kvalitative syntese. Cadmus-Romm (2004) og Zheng Fang, Ugboke og Fry (2019) oppfylte også alle inklusjonskriterier, med unntak av å anvende et validert måleinstrument/utredningsmetode for eksponeringsvariabelen. Cadmus-Romm (2004) definerte og satt sammen sitt eget, ikke-validerte spørreskjema, på bakgrunn av to andre skalaer, mens Zheng et al. (2019) kun stilte et par utvalgte spørsmål til deltakerne, om hvorvidt de hadde opplevd psykisk vold. Cadmus-Romm (2004) og Zheng et al. (2019) ble derfor også ekskludert fra den endelige kvalitative syntese.

Shaffer, Yates og Egeland (2009) var det eneste studiet som utredet en eksponering for PM i kraft av profesjonelle observasjoner av mor-barn-samspill, i hjemmet og under problemløsningsoppgaver i en laboratoriesetting. Profesjonelle observasjoner av aktuelt mor-barn-samspill, med systematiske prosedyrer for vurdering og koding av disse, ble vurdert som en valid og akseptabel utredningsmetode for PM, og Shaffer et al. (2009) ble derfor inkludert i den kvalitative syntese. Det kan i tillegg nevnes at for Cohen, Menon, Shorey, Le og Temple (2017) ble all data hentet ut og rapportert, til tross for at de rapporterte korrelasjonsanalyser, mellom eksponering og utfall, var basert på det samme tidspunkt. Rasjonalet for dette var, at selv om korrelasjonsanalysene ikke var basert på variabler, målt på to forskjellige tidspunkter, kunne de konverterte korrelasjonsverdiene gi et bilde av, om oddsen for å være preget av psykopatologiske symptomer var større, blant de som selvrapporterte en tidligere (0-18 år) eksponering for PM, ved et gitt tverrsnitt (T1). Disse odds ratioene må dog fortolkes med stor forsiktighet. De andre rapporterte regresjonsanalyser, av tidligere eksponering for PM (T1), og senere psykopatologi (T2-T3), var basert på målinger over forskjellige tidspunkter. Cohen et al. (2017) ble derfor inkludert i den kvalitative syntese.

Totalt 12 dokumenter ble inkludert i den endelige kvalitative syntese. Alle inkluderte studier, og tilhørende demografiske karakteristikk, kvalitet, og funn, er presentert i Tabell 1.1, 1.2 og 2.0.



Figur 2 Flow-diagram av seleksjonsprosessen

Demografiske karakteristikk

Blant de 12 inkluderte dokumenter, var 11 publiserte artikler, og det resterende dokument en doktoravhandling. Alle studier undersøkte en longitudinell assosiasjon mellom psykologisk mishandling (PM) i barndommen, og senere psykopatologi, på symptom- og/eller diagnosenivå. 10 av 12 artikler ble vurdert til å være av moderat til høy kvalitet, i form av fem til ni, av totalt ni oppfylte kriterier, ved *The Newcastle-Ottawa Scale* (se Tabell 1.2). Fem artikler analyserte data fra studier i USA, tre artikler baserte seg på en studie fra Australia, mens de resterende artikler analyserte data fra studier i Spania, Brasil, Kina, og Skottland. Den kvalitative syntese omfatter data og analyser ift. totalt 23126 barn og unge, der de forskjellige studiene undersøkte samples bestående av mellom 196 og 3778 barn og unge. Det var en relativt jevn fordeling av gutter

og jenter i alle samples. Assosiasjonen mellom PM i barndommen, og senere psykopatologi, ble undersøkt i tidsperioder helt ned til seks måneder, og på det meste, over 30 år. Tre artikler analyserte målinger av eksponering og utfall ≤ 1 år, seks artikler undersøkte målinger av eksponering og utfall over 2-10 år, mens tre studier undersøkte en longitudinell assosiasjon over mer enn 10 år. Målinger ble gjort over én til ni follow-up-perioder. Tre artikler anvendte samples fra *The Mater-University of Queensland Study of Pregnancy* (MUSP), to artikler anvendte samples fra *The Longitudinal Studies on Child Abuse and Neglect* (LONGSCAN), én artikkel tok utgangspunkt i *The 1993 Pelotas Birth Cohort Study*, mens en annen artikkel analyserte datasett fra *The Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children*. De resterende fem artikler tok utgangspunkt i samfunnsbaserte samples av barn og/eller unge.

Fire artikler undersøkte både emosjonelt misbruk og forsømmelse (*emotional abuse & neglect*), mens åtte artikler undersøkte kun emosjonelt misbruk. En eksponering for PM ble primært selvrapportert i form av spørreskjemaer eller intervjuer, men fire artikler baserte seg også på (eller kun) offisielle rapporteringer og registrerte saker hos barnevernet/*Child Protective Services* o.l. Én enkelt artikkel undersøkte en eksponering for PM på bakgrunn av profesjonelle observasjoner av mor-barn-interaksjoner. Blant de artikler som rapporterte prevalens, var det mellom 2.4-52.2 % av de undersøkte barn og unge, som hadde blitt eksponert for PM. Eksponering for PM ble undersøkt ift. følgende utfallsvariabler; depresjon eller depressive symptomer (syv artikler), angstsymptomer eller -lidelser (fire artikler), internaliserende og eksternaliserende symptomer/atferd (tre artikler), posttraumatisk stresslidelse (PTSD; to artikler), alkohol-/stoffmisbruk (to artikler), atferdsforstyrrelser, herunder Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD), og conduct disorder (CD; én artikkel), samt selvskade (én artikkel) og suicidalitet (én artikkel). Alle demografiske karakteristikk, og oppfylte kvalitetskriterier ved NOS, er rapportert i Tabell 1.1 og Tabell 1.2.

Tabell 1.1 Oversikt over de inkluderte studiers sample, studiedesign og variabler

First author & year	Setting	Sample size & gender	Sample source	Type, prevalence (%) & age of exposure	Psychopathological outcome & age of assessment	Study characteristics of analyzed data
Calvete (2013)	Spain	N = 1052, (47.4% females)	Community-based sample of adolescents from eight educational centers	Emotional abuse (N/A), past 12 months, age = 13-17 years (T1)	Depressive and social anxiety symptoms, age = 14-18 years (T3)	2 follow-up periods (of 6 months) Duration: 1 year
Cohen (2017)	USA	N = 580, (58.3% female)	Community-based sample of adolescents from seven public high schools	Emotional abuse & neglect (N/A), age = 0-18 years	Symptoms of depression, anxiety and PTSD (T1-T3), age = 18-25 years	2 annual follow-up periods Duration: 2 years
Duprey (2020)	USA	N = 1314, (51.48% female)	Longitudinal Studies on Child Abuse and Neglect (LONGSCAN)	Emotional abuse (17.4%), age = 0-16 years	Internalizing and externalizing symptomologies, age = 14 years Suicidal ideation and behaviors, age = 16 years	5 follow up periods (of 2 years) Duration: 10 years
Gallo (2017)	Brazil	N = 3715, (52.6% female)	The 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study	Emotional abuse (20.1%), age = 0-15 years,	Depression, age = 18 years	1 follow-up period (3 years) Duration: 3 years
Gibb (2003)	USA	N = 417 (57.8% female)	Community-based sample, 4th and 5th grade children from 24 public and private schools	Emotional abuse (N/A), past 6 months, age = 9-10 years (T1)	Depressive symptoms, age = 9-11 years (T2)	1 follow-up period (6 months) Duration: 6 months
<i>Doctoral dissert.</i> Kang (2018)	China	N = 3555, (52.0% females)	Community-based sample of adolescents from six high schools	Emotional abuse, past 6 months (52.2%), age = 12-19 years (T1)	Nonsuicidal self-injury (NSSI), age = 13-20 years (T3)	2 follow-up periods (of 6 months) Duration: 1 year
Kisely (2018)	Australia	N = 3778, (47.4% females)	Mater-University of Queensland Study of Pregnancy (MUSP)	Emotional abuse (2.4%), age = 0-16 years	Internalizing and externalizing behavior, age = 21 years	4 follow-up periods Duration: 21 years
Kisely (2020)	Australia	N = 3762, (52.6% females)	MUSP	Emotional abuse (2.4%), age= 0-14 years	Alcohol use disorder, age = 21 years	4 follow-up periods Duration: 21 years
Kisely (2021)	Australia	N = 2425, (60.1% females)	MUSP	Emotional abuse (9.3%), age = 0-18 years	Depression, anxiety disorders & PTSD, past month, age = 30 years	5 follow-up periods Duration: 30 years
Paul (2015)	USA	N = 638, (50.0% females)	LONGSCAN	Psychological maltreatment (N/A), age = 0-12	Depressive symptoms, age = 14	1 follow-up period Duration: 2 years
Shaffer (2009)	USA	N = 196 (44.4% females)	Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children	Emotional abuse (22.5%), age = 1-4 years, Emotional neglect (13.3%), age = 3 months-4 years	Externalizing (interpersonal aggression) and internalizing (social withdrawal) behavior, Age = 6-9 years	9 follow-up periods Duration: 9 years
Young (2011)	Scotland	N = 1694, (51.8% females)	Community-based sample of school children	Psychological maltreatment (3.0%), age = 11-15 years	Mental disorders (anxiety disorders, depressive disorders, behavioral disorders & alcohol/substance abuse) age = 15 years	2 follow-up periods Duration: 5 years

Note. N/A = Not available, T1 = Time 1 (baseline measure), T2/T3 = Time 2/3 (follow-up periods)

Tabell 1.2 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier ut ifra kriterier i *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale*

NEWCASTLE-OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE (NOS)									
Selection					Comparability	Outcome			
First author & year	Representativeness of exposed cohort (max.: ★)	Selection of non-exposed cohort (max.: ★)	Ascertainment of exposure (max.: ★)	Outcome not present at start of study (max.: ★)	Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis ^a (max.: ★★)	Assessment of outcome (max.: ★)	Adequate follow-up time for outcome to occur ^b (max.: ★)	Adequacy of follow-up of cohorts ^c (max.: ★)	Total score (out of 9)
Calvete (2013)	★	★			★		★	★	★★★★★(5)
Cohen (2017)	★	★			★		★		★★★★★(4)
Duprey (2020)		★	★	★	★		★		★★★★★(5)
Gallo (2017)	★	★	★	★	★★	★	★	★	★★★★★★★★★(9)
Gibb (2003)	★	★			★			★	★★★★★(4)
Kang (2018)	★	★			★		★	★	★★★★★(5)
Kisely (2018)	★	★	★	★	★		★		★★★★★★★★★(7)
Kisely (2020)	★	★	★	★	★	★	★		★★★★★★★★★(7)
Kisely (2021)	★	★	★	★	★	★	★	★	★★★★★★★★★(8)
Paul (2015)		★	★		★★	★	★	★	★★★★★★★★★(7)
Shaffer (2009)		★	★	★	★★		★	★	★★★★★★★★★(7)
Young (2011)	★	★			★	★	★		★★★★★(5)

^aAnalyses adjusted for matched & non-maltreated study controls were rewarded with one star. Analyses which also adjusted for co-occurrence of other types of maltreatment/ACEs were rewarded with two stars.

^bAdequate follow-up time (time between exposure measure and outcome measure) for outcome to occur: ≥ 1 year.

^cAdequate follow-up rate selected as $\geq 95\%$

Funn – psykologisk mishandling og risiko for senere psykopatologi

Det ble funnet statistisk signifikante assosiasjoner mellom en eksponering for PM og én eller flere utfallsvariabler i alle studier, unntatt Kisely, Mills, Strathearn og Najman (2020). Overordnet fant Young, Lennie og Minnis (2011) at sjansen for å utvikle en psykisk lidelse var 2.5 ganger større hos 15-åringer som hadde opplevd emosjonelt misbruk og forsømmelse, enn hos ikke-mishandlede tenåringer.

Depresjon og depressive symptomer

Alle syv studier som undersøkte PM ift. depressive symptomer, fant at emosjonelt misbruk, og evt. emosjonell forsømmelse, var statistisk signifikant korrelert med, og/eller en prediktor for, flere depressive symptomer og/eller en høyere depresjons-score, blant barn, unge, og voksne (Calvete, 2013; Cohen, Menon, Shorey, Le & Temple, 2017; Gallo et al., 2017; Gibb, 2003; Kisely, Strathearn, Mills & Najman, 2021; Paul & Eckenrode, 2015; Young, Lennie & Minnis, 2011). Både selvrapportert, og offisielt registrert, emosjonelt misbruk, ble funnet signifikant assosiert med en over 3.4-3.6 ganger større sjanse for depresjon, blant voksne (Kisely et al., 2021). Gallo et al. (2017) fant også at blant unge jenter, som hadde blitt utsatt for tidligere emosjonelt misbruk, var risikoen for depresjon 2.7 ganger større, sammenlignet med ikke-eksponerte unge. Konverterte korrelasjonskoeffisienter, fra Calvete (2013), Cohen et al. (2017), og Gibb (2003), indikerer at sjansen for å utvikle flere depressive symptomer, hos barn og unge utsatt for emosjonelt misbruk, kan være henholdsvis 2.55, 5.92 og 5.36 ganger større, enn for andre unge. Emosjonell forsømmelse ble også funnet forbundet med en 4.44 ganger større sjanse for å utvikle depresjon (Cohen et al., 2017). Disse konverterte verdiene understøttes av medium til store effektstørrelser (se Tabell 2.0; Cohen, 1988), i alle tre studiene. En undersøkelse av forskjellige former for PM, indikerer at især vedvarende verbalt mishandlede og degraderende former for PM, i løpet av oppveksten, kan være forbundet med 2.3-3.7 ganger større risiko for depressive symptomer, blant tenåringer, sammenlignet med ungdom eksponert for andre former for barnemishandling, og ikke ikke-eksponerte grupper (Paul et al., 2015). I tillegg fremhever Paul og Eckenrode (2015) en mulig variasjon i PMs effekt, avhengig av noen gitte omstendigheter, der sannsynligheten for depressive symptomer, blant unge

gutter og jenter, varierte fra å være 1.6-2.5 ganger høyere, avhengig av kjønn, type PM (degradering, isolasjon eller terrorisering), timing og varighet.

Angstlidelser og PTSD

Ut av de fire studiene som undersøkte PM ift. angst og PTSD, fant alle studier at emosjonelt misbruk og forsømmelse, av barn og unge, var signifikant korrelert med, og/eller en signifikant prediktor for, flere angst- og PTSD-symptomer, både hos barn og voksne (Calvete, 2013; Cohen et al., 2017; Kisely et al., 2021; Young et al., 2011). Kisely et al. (2021) fant at hos unge, med selvrapportert og/eller offisielle registreringer av, emosjonelt misbruk, var risikoen for å utvikle en angstlidelse eller PTSD, henholdsvis 2.1-2.6 og 4.0-4.3 ganger større, enn hos kontrollgruppen. I kraft av konverte korrelasjonskoeffisienter, indikerte Calvete (2013) og Cohen et al. (2017) at en tidlig eksponering for emosjonelt misbruk kan være forbundet med en 1.9-2.8 ganger større risiko for å utvikle angstsymptomer, og 3.3 ganger større sjanse for å utvikle PTSD-symptomer, sammenlignet med ikke-eksponerte ungdommer og voksne. I tillegg ble også en eksponering for emosjonell forsømmelse, i barndommen, forbundet med en 1.7 og 2.2 ganger større sjanse for, å selvrapportere henholdsvis angst- og PTSD-symptomer, blant unge voksne (Cohen et al, 2017). Disse konverterte verdiene understøttes av små til moderate effektstørrelser (se Tabell 2.0; Cohen, 1988), i begge studiene. Young et al. (2011) fant kun en non-signifikant odds på 1.37, for å utvikle angstlidelser blant psykologisk mishandlede barn. PM ble dog funnet som en signifikant prediktor for flere angstsymptomer i det samme sample (Young et al., 2017).

Atferdsproblemer og -forstyrrelser

Tre studier undersøkte assosiasjonen mellom en eksponering for PM i barndommen og senere eksternaliserende og internaliserende atferdsproblemer. Emosjonelt misbruk og/eller forsømmelse ble funnet signifikant assosiert med, og som en signifikant prediktor for, en økning av internaliserende og eksternaliserende symptomer blant barn og unge (Duprey, Oshri & Liu, 2020; Kisely et al., 2018; Shaffer, Yates & Egeland, 2009). Signifikante og konverterte odds ratioer indikerer at sjansen for å utvikle internaliserende og eksternaliserende atferd, blant unge eksponert for emosjonelt misbruk, kan være henholdsvis 1.6-3.1 og 1.6-2.9 ganger høyere, enn blant ikke-(psykologisk)mishandlede barn (Duprey et al., 2020; Kisely et al., 2018; Shaffer et al., 2009).

Emosjonell forsømmelse kan også være forbundet med en 1.9 og 2.6 ganger større sjanse for å utvikle henholdsvis internaliserende og eksternaliserende symptomer (Shaffer et al., 2009). Alle konverterte verdier understøttes av små til moderate effektstørrelser (se Tabell 2.0; Cohen, 1988).

PM ble kun funnet signifikant assosiert med senere alkohol- og stoffmisbruk i ett av to studier (Kisely et al, 2020; Young et al., 2011), der Young et al. (2011) fant at omsorgsgiveres emosjonelle forsømmelse og følelseskalde kontroll, var forbundet med en 2.1 ganger større sjanse for senere stoffmisbruk, blant unge. I det samme studiet ble også PM funnet som en signifikant prediktor for senere atferdsforstyrrelser og ADHD-symptomer (Young et al., 2011). Kang et al. (2018) fant en signifikant effekt mellom eksponering for emosjonelt misbruk og senere ikke-suicidal selvskade, blant unge gutter. Duprey, Oshri og Liu (2020) sine undersøkelser, av den longitudinelle assosiasjonen mellom eksponering for emosjonelt misbruk i barndommen og senere suicidale tendenser, avdekket ikke en signifikant assosiasjon mellom emosjonelt misbruk og senere suicidale tendenser blant unge.

Overordnede funn – en oppsummering

Ut ifra Tabell 2.0 kan de overordnede funn, i den kvalitative syntese, oppsummeres som følgende; alle syv studier som undersøkte PM ift. depressive symptomer fant at blant barn og unge, som har blitt eksponert for PM, kan det være en 1.6-5.9 ganger større sjanse å utvikle depressive symptomer og lidelser i senere ungdoms- og voksenalder, sammenlignet med andre barn. Blant psykologisk mishandlede barn kan det også være en 1.4-2.8 ganger større sjanse for å utvikle angstsymptomer, samt en 2.2-4.3 ganger større sjanse for å utvikle PTSD-symptomer. Videre kan sannsynligheten for å utvikle internaliserende og eksternaliserende atferd se ut til å være henholdsvis 1.6-3.1 og 1.6-2.9 ganger høyere, blant psykologisk mishandlede barn og unge. PM er også assosiert med senere stoffmisbruk, og atferdsforstyrrelser som ADHD, ODD, CD, og selvskade. En signifikant assosiasjon mellom PM og suicidale tendenser fremgår ikke av den kvalitative syntese.

Table 2.0 Funn

First author & year	Sample source	Assessment of exposure	Assessment of outcome	Findings	Odds Ratio (OR)	NOS ★
Calvete (2013) <i>Dissertation</i>	Community-based sample	Psychological Abuse Scale of the Conflict Tactics Scales-Parent-to-Child version (CTS-PC)	Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD) & Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A)	EA sign. associated with depressive ($r = .25^{***}$) and social anxiety ($r = .17^{***}$) symptoms at T3. EA sign. predicted increase of depressive symptoms ($B = .12^*$, $SE = .05$). <i>Potential adjustment of analysis N/A</i>	Depressive: OR = 2.55 Anxiety: OR = 1.87 <i>Converted ratios^a</i> <i>Statistical sign. N/A</i>	5/9
Cohen (2017)	Community-based sample	Emotional abuse (EA) and neglect (EN) subscales of Childhood Trauma Questionnaire- Short Form (CTQ-EA/EN-SF)	CESD-10, Primary Care-PTSD (PC-PTSD), & Generalized Anxiety Disorder (GAD) Subscale of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)	EA sign. associated with depressive ($r = .44^{**}$), PTSD ($r = .31^{**}$) & anxiety ($r = .27^{**}$) symptoms at T1. EN sign. associated with depressive ($r = .38^{**}$), PTSD ($r = .21^{**}$) & anxiety ($r = .14^{**}$) symptoms at T1. EN sign. predicted depressive ($B = .41^{**}$, $SE = .04$), PTSD ($B = .06^{**}$, $SE = .01$), & anxiety ($B = .14^{**}$, $SE = .04$) symptoms <i>Values adjusted for sociodemographic characteristics</i>	EA/EN → depressive: OR = 5.92/4.44 EA/EN → PTSD: OR = 3.26/2.18 EA/EN → anxiety: OR = 2.77/1.67 <i>Converted ratios^a</i> <i>Statistical sign. N/A</i>	4/9
Duprey (2020)	LONGSCAN	Child Protective Services records coded in accordance with the Modified Maltreatment Classification System (MMCS)	Parent Report forms of the Child Behavior Checklist (CBCL), & Adolescent Health Status and Service Utilization measure	EA sign. associated with late childhood internalizing ($r = .12^{**}$) and externalizing ($r = .12^{**}$) symptomologies. EA was not sign. associated with suicidal ideation ($r = .05$) neither suicidal plan ($r = .04$) nor suicidal attempts ($r = .03$). <i>Values adjusted for foster care placements, race, family SES and gender</i>	INT: OR = 1.55 EXT: OR = 1.55 Suicidal ideation: OR = 1.20, Suicidal plan: OR = 1.16 Suicidal attempt: OR = 1.12 <i>Converted ratios^a</i> <i>Statistical sign. N/A</i>	5/9
Gallo (2017)	The 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study	Interviews based on CTQ	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI V5.0)	Exposure to EA increased risk of depression among females (OR = 2.7^{***} , 95% CI [1.9, 3.8]) Nonsign. risk of depression among males exposed to EA (OR = 1.3, 95% CI [.6, 2.8]) <i>Values adjusted for maternal confounders and maltreatment co-occurrence.</i>	Depression (female): OR = 2.7^{***} Depression (male): OR = 1.3	9/9
Gibb (2003) <i>Doctoral Dissertation</i>	Community-based sample	Emotional abuse subscale of the CTQ (CTQ-EA)	The Children's Depression Inventory (CDI)	T1 EA sign. associated with T2 depression ($r = .42^{***}$) <i>Values adjusted for sociodemographic characteristics</i>	Depression: OR = 5.36 <i>Converted ratios^a</i> <i>Statistical sign. N/A</i>	4/9
Kang (2018)	Community-based sample	Emotional abuse subscale of The Personal Report of Childhood Abuse Scale (PRCAS)	The Nonsuicidal Self-Injury Scale of the Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R)	EA sign. associated with (T3) NSSI ($r = .22^{**}$) among males EA was not sign. associated with (T3) NSSI ($r = .06$) among females <i>Values adjusted for gender. Other adjustments N/A</i>	NSSI (male): OR = 2.27 NSSI (female): OR = 1.24 <i>Converted ratios^a</i> <i>Statistical sign. N/A</i>	5/9

Tabell 2.0 Funn (fortsettelse)

Kisely (2018)	MUSP	Substantiated cases reported to Department of Families, Youth and Community Care (DFYCC)	Youth Self Report (YSR)	EA sign associated with internalizing behaviors (OR = 3.10***, CI [1.35, 4.85]) EA sign associated with externalizing behaviors (OR = 2.92***, CI [1.48, 4.35])	INT: OR = 3.10*** EXT: OR = 2.92***	7/9
<i>Values adjusted for sociodemographic variables and 21-year educational, marital and employment status</i>						
Kisely (2020)	MUSP	Substantiated cases reported to Department of Families, Youth and Community Care (DFYCC)	Composite International Diagnostic Interview-auto (CIDI-auto)	EA was not sign associated with alcohol use disorder (OR = 0.900, CI [0.492, 1.664], p = .731)	Alcohol use disorder: OR = 0.90	7/9
<i>Value adjusted for sociodemographic variables and 21-year educational, marital, employment and income status/level</i>						
Kisely (2021)	MUSP	Notifications from DFYCC & CTQ-EA-SF	CIDI-auto	Self-reported EA was significantly associated with depressive disorder (OR = 3.57***, CI [2.64, 4.84]) Agency-reported EA was only significantly associated with depressive disorder (OR = 3.39*, CI [1.30, 8.82])	Depression (EA-SR): OR = 3.57*** Depression (EA-AR): OR = 3.39*	8/9
Self-reported EA was significantly associated with anxiety disorder (OR = 2.58***, CI [1.84, 3.62]) Agency-reported EA was only significantly associated with anxiety disorder (OR = 2.09*, CI [1.04, 4.20])						
Self-reported EA was significantly associated with PTSD (OR = 3.95***, CI [2.20, 7.13]) Agency-reported EA was significantly associated with PTSD (OR = 4.32*, CI [1.66, 9.86])						
<i>Values adjusted for baseline sample sociodemographic variables and 30-year marital, occupational and educational status</i>						
Paul (2015)	LONGSCAN	LONGSCAN Self-Report of Psychological Maltreatment - Audio Computer Assisted Self-Administered Interview	National Institute of Mental Health Computerized Diagnostic Interview Schedule for Children IV (NIMH DISC-IV)	Time < elementary school Females: Degradation (r = .29***) was sign. associated with depressive symptoms among females. Isolating (r = .08) and terrorizing (r = .15) were not sign. associated with depressive symptoms among females. Males: Degradation (r = .20**), isolating (r = .26**) and terrorizing (r = .26**) were sign. associated with depressive symptoms among males.	PTSD (EA-AR): OR = 4.32* Degradation chronicity → depressive symptoms OR = 3.71/2.27 (female/male) Isolating chronicity → depressive symptoms OR = 1.61/2.45 (female/male) Terrorizing chronicity → depressive symptoms OR = 2.36/1.94 (female/male) Converted ratios ^a Statistical sign. N/A	7/9
Time during elementary school Females: Degradation (r = .30) and terrorizing (r = .22) were sign. associated with depressive symptoms among females. Isolating in elementary school was not sign. associated with depressive symptoms among females (r = .16) Males: Degradation (r = .19***), isolating (r = .25***) and terrorizing (r = .22**) were sign. associated with depressive symptoms among males.						
Chronicity during age 0-12 Females: Degradation (r = .34***) and terrorizing (r = .23***) were sign. associated with depressive symptoms among females. Isolating was not sign. associated with depressive symptoms among females (r = .13) Males: Degradation (r = .22) and isolating (r = .24) were sign. associated with depressive symptoms among males.						

Tabell 2.0 Funn (fortsettelse)

			Terrorizing was not sign. associated with depressive symptoms among males ($r = .18$)		
Shaffer (2009)	Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children	Observational data of mother-child-interactions in home (EN only) and of interactions in laboratory during problem-solving tasks (both EA & EN)	The Teacher Report Form of CBCL (CBCL-TRF)	Chronic degradation ($B = .233^{***}$, $SE = .038$), degradation < elementary school ($B = .219^{***}$, $SE = .032$), and in elementary school ($B = .105^{***}$, $SE = .0278$) sign. predicted increased depressive symptoms among females. Isolating ($B = -.246/-1.66/-0.53$, $SE = .028-.038$) and terrorizing ($B = -.006/-.029/-.025$, $SE = .041-.049$) < elementary school/in elementary school/chronic experiences did not sign. predict depressive symptoms among females. Chronic isolating ($B = .509^{***}$, $SE = .099$) and isolating in elementary school ($B = .678^{***}$, $SE = .132$) sign. predicted increased depressive symptoms among males. Degradation ($B = -.037$, $SE = .053$), isolating ($B = .468$, $SE = .147$), and terrorizing ($B = .074$, $SE = .050$) < elementary school did not sign. predict depressive symptoms among males. Degradation ($B = .104/.079$, $SE = .039-.047$) and terrorizing ($B = .013/.027$, $SE = .044-.060$) in elementary school/chronic experiences did not sign. predict depressive symptoms among males.	
				<i>Bonferroni corrected statistical significance values. Values adjusted for sociodemographic variables among sample and caregivers, depressive symptoms at age 12 (T1), & maltreatment co-occurrence</i> EA sign. associated with elevated aggression ($r = .24^{**}$) and social withdrawal ($r = .23^{**}$) in middle childhood EN sign. associated with elevated aggression ($r = .25^{**}$) and social withdrawal ($r = .17^{*}$) in middle childhood <i>Values adjusted for gender and maltreatment co-occurrence.</i>	EA → EXT: OR = 2.45 EA → INT: OR = 2.36 EN → EXT: OR = 2.55 EN → INT: OR = 1.87 <i>Converted ratios^a</i> <i>Statistical sign. N/A</i>
Young (2011)	Community-based sample	Parental Bonding Instrument (PBI) Brief Current (PBI-BC) form	Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) – the Voice-DISC	Parental EN & control sign. associated with any mental disorder (OR = 2.41**, CI 95% [1.29, 4.50]) Parental EN & control sign. associated with substance abuse (OR = 2.13*, CI 95% [1.06, 4.26]) Parental EN & control was not sign. associated with anxiety disorders (OR = 1.37, CI [0.53, 3.70], $p = .494$), neither depressive disorders (OR = 3.10, CI [0.60-16.04], $p = .177$), nor behavioral disorders (ADHD/ODD/CD; OR = 2.07, CI [0.93, 4.65], $p = .076$). Parental EN & control sign. predicted anxiety symptoms ($B = .43^{**}$, CI [0.14-0.73]), depressive symptoms ($B = .31^{*}$, CI [0.02-0.61]), conduct problems ($B = .41^{**}$, CI [0.12-0.70]) and ADHD symptoms ($B = .30^{*}$, CI [0.00-0.59]). <i>Values adjusted for sociodemographic variables and family SES</i>	Mental disorders: OR = 2.41** Anxiety disorders: OR = 1.37 Depressive disorders: OR = 3.10 Behavioral disorders: OR = 2.07 Substance abuse: OR = 2.13*

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, **** $p < .0001$.

Note. N/A = Not available, NOS = Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale, EA = Emotional abuse, EN = Emotional neglect, SES = Socioeconomic status, INT = Internalizing symptoms/behavior, EXT = Externalizing symptoms/behavior, CI = Confidence Interval (usually 95%), SE = Standard Error, B = Unstandardized Regression Coefficient, β = Standardized Regression Coefficient, r = Pearson's Correlation coefficient, T1 = Time 1 (baseline measure), T2/T3 = Time 2/3 (follow-up periods)

^aTtransformation of correlation coefficients to Odds Ratios by the use of an online effect size converter (Lenhard & Lenhard, 2016).

Delkonklusjon

Det utarbeidede og rapporterte systematiske review, omhandlende den longitudinelle assosiasjonen, mellom tidlig eksponering for psykologisk mishandling, og senere psykopatologi, indikerer at en eksponering for psykologisk mishandling i barndommen, utgjør en risikofaktor for senere psykopatologi blant unge og voksne. Psykologisk mishandling utgjorde en signifikant prediktor for depressive lidelser, angstlidelser, PTSD og internaliserende/eksternaliserende atferd. Psykologisk mishandling ble også funnet assosiert med en forhøyet risiko for atferdsforstyrrelser og -problemer, i form av stoffmisbruk, oppmerksomhets- og atferdslidelser og/eller selvskade.

Den kvalitative syntese kan være preget av metodologiske svakheter og risiko for bias, som må tas forbehold under fortolkningen av de presenterte funn. Metodologiske svakheter (og styrker) ved det systematiske review, vil bli diskutert senere i oppgaven.

Interessekonflikt og finansiering

Jeg erklærer herved ingen interessekonflikter eller finansieringsavtaler, i relasjon til utarbeidelsen og rapporteringen av det gjeldende systematiske review.

Diskusjon

Dette er det første systematiske reviewet, som undersøker en longitudinell assosiasjon, mellom eksponering for psykologisk mishandling (PM) i barndommen, og senere risiko for psykopatologi. Den kvalitative syntese indikerer at en eksponering for psykologisk mishandling i barndommen utgjør en risikofaktor for senere psykopatologi. Resultatene understøtter også antakelsen om både en umiddelbar og en varig effekt av PM (Brassard et al., 2019, p. 17), der eksponering for emosjonelt misbruk og/eller forsømmelse, både i tidlig barndom/spedbarnsalder, senere barndom, og ungdomsalder, samt vedvarende (kronisk) eksponering utover barndommen (0-18 år), ble målt som en signifikant prediktor for psykologiske forstyrrelser og problemer, både hos barn, ungdommer, og voksne.

Reviewet fremhever også en relativt høy forekomst av PM, blant barn og unge, især i USA, Brasil og Kina, der prevalensen var mellom 13.3-52.2 %. Studier fra Australia, Skottland og Spania, indikerer en lavere (dog altfor høy) prevalens av PM, på mellom 2.4-9.3%. Forskjellige prevalensrater kan indikere kulturelle forskjeller vedrørende oppdragelse og omsorg for barn, der foreldre fra f.eks. sør-asiatiske land er mer tilbøyelig til psykologisk (og fysisk) aggressive oppdragelsesstiler, enn andre steder i verden (Brassard et al., 2020, p. 5). Forskjellig forekomst av PM kan også være et uttrykk for i hvilken grad det er et samfunnsmessig, politisk og profesjonelt fokus på, og anerkjennelse av, PM som fenomen, herunder hvor mange tilfeller som faktisk fanges opp av *Child Protective Services*, og operasjonelle mål (Baker, 2009; Baker, Brassard & Rosenzweig, 2021).

I de følgende avsnitt vil den kvalitative syntesens funn og resultater diskuteres, etterfulgt av en diskusjon av mulige årsakssammenhenger, som potensielt kan forklare assosiasjonen mellom PM og utviklingspsykopatologi. Reviewets metodologiske styrker og svakheter utgjør det neste diskusjonspunkt, herunder hvilke metodologiske overveielser det må tas forbehold for, under fortolkningen av reviewets funn. Avslutningsvis vil relevante intervensjonsformer og en forebyggende innsats diskuteres, etterfulgt av hvilke implikasjoner den kvalitative syntese har for det psykologiske felt, praksis og forskning.

Psykologisk mishandling – en utviklingspsykopatologisk risikofaktor?

En potensiell effekt og skadevirkning av eksponering for PM i barndommen, ser ut til å komme til uttrykk både som internaliserende (innadrettet) og eksternaliserende (utadrettet) atferd, problemer og lidelser (American Psychiatric Association [APA], 2013, p. 13; Forns, Abad & Kirchner, 2011, p. 1464f). Især internaliserende atferd og lidelser, i form av depresjon, angst og sosial tilbaketrukkethet (APA, 2013, p. 13; Forns et al., 2011, p. 1466), ble fremhevet av et flertall av de inkluderte studier som en sannsynlig konsekvens av eksponering for PM. Syntesen viste at psykologisk mishandlede barn og unge, kan ha en overordnet to til tre ganger større sjanse for å bli depressive, engstelige og/eller sosialt tilbaketrukne. Mer enn to til tre ganger større sjanse for angst og depresjon, blant psykologisk mishandlede barn, har også blitt replikert i større

metaanalyser (Mckay et al., 2021; Norman et al., 2012). Den sterke assosiasjonen som ble funnet mellom PM og depresjon er især interessant, da etiologien ved depresjon i høyere grad har blitt tilskrevet andre faktorer, enn genetikk (Wray & Gottesman, 2012). Hvis utviklingen av depresjon hovedsakelig kan tilskrives miljøfaktorer, fremhever det systematiske reviewet PMs potensielle individuelle effekt, som en utviklingspsykopatologisk risikofaktor. Den store effektstørrelsen mellom PM og depresjon understøtter også en antakelse om at PM potensielt kan være den mest destruktive og alvorlige formen for omsorgssvikt. Flere studier har nemlig funnet PM som den største og sterkeste prediktoren for både depresjon og angst, sammenlignet med andre former for barnemishandling (Chapman et al., 2004; Norman et al., 2012; Spinazzola et al., 2014).

Den kvalitative syntese indikerer videre en potensiell risiko for å utvikle eksternaliserende atferd, herunder atferds- og impulskontrollforstyrrelser (ADHD/CD/ODD), utagerende og aggressiv atferd, samt stoffmisbruk (APA, 2013, p. 13; Forns et al., 2011, p. 1466). Eksposering for PM i barndommen ble funnet signifikant assosiert med rapporterte eksternaliserende problemer (i alle relevante studier), og med stoffmisbruk (i ett av to studier). En signifikant assosiasjon mellom PM i barndommen og senere eksternaliserende problemer, inkludert alkohol- og stoffmisbruk, har også blitt replikert i andre metaanalyser, og blant studier ekskludert under screening (Dube et al., 2003; Norman et al., 2012; Heleniak, Jenness, Stoep, McCauley & McLaughlin, 2016; Xiao, Liu, Gong & Luo, 2017). En eventuell assosiasjon mellom PM, og utviklingen av atferdsforstyrrelser som ADHD, CD og ODD, samt ikke-suicidal selvskadende atferd, er mer uklar. PM har dog blitt funnet signifikant assosiert med både CD og ADHD i en studie av González et al. (2019), der PM ble forbundet med en 2.4 ganger større sjanse for en vedvarende ADHD-diagnose og varige ADHD-symptomer blant unge.

PTSD kjennetegnes ved en symptomatologi preget av både internaliserende og eksternaliserende symptomer (APA, 2013, p. 274), og ble i høy grad funnet assosiert med eksposering for PM, i de inkluderte studier. Den to til fire ganger forhøyede risikoen for PTSD, blant psykologisk mishandlede barn og unge, fremhever den potensielt traumatiserende effekt, denne formen for barnemishandling kan ha. Især et barn som terroriseres, trues, utsettes for fare, blir forlatt, og/eller er vitne til f.eks. vold eller overgrep i familien, eksponeres for PTSD-utløsende hendelser. Assosiasjonen mellom PM

og PTSD har også blitt underbygget av andre studier (Negriff, 2020; Spinazzola et al., 2014).

Avslutningsvis ble en risiko for suicidale tendenser ikke funnet signifikant assosiert med PM, i den kvalitative syntese. Dog fremhever empirisk litteratur at tidlige traumer og barnemishandling utgjør alvorlige risikofaktorer for utviklingen av selvmordsatferd (Arnfred & Larsen, 2017, p. 803). I tillegg har flere studier også funnet en signifikant assosiasjon mellom PM og suicidalitet, der både emosjonelt misbruk og forsømmelse har blitt forbundet med en tre til fire ganger høyere sjanse for selvmordstanker og selvmordsforsøk, blant unge og voksne (Angelakis et al., 2019; Christoffersen & Diane, 2010; Norman et al., 2012; Zatti et al., 2017). Dette kan være mediert av assosiasjonen mellom PM og psykopatologi, der depresjon utgjør den største risikofaktoren for selvmordstanker og -atferd, sammenlignet med andre psykiske lidelser (Arnfred & Larsen, 2017, p. 802; APA, 2013, p. 167). I tillegg er også angstlidelser, PTSD, samt alkohol- og stoffmisbruk, også forbundet med en forhøyet selvmordsrisiko (Arnfred & Larsen, 2017, p. 802; APA, 2013, pp. 179, 201, 212, 278, 544).

Den store heterogenitet ved syntesens funn, og rapporterte effektstørrelser, kan til dels tilskrives forskjeller i studiekvalitet. For depresjon varierte risikoen for å utvikle depressive symptomer eller lidelser fra å være halvannen, til nesten seks ganger større hos unge eksponert for PM. Dog var de største effektstørrelsene ($OR = 4.4-5.9$) basert på konverterte korrelasjonskoeffisienter med ukjent signifikansnivå, og var hentet fra de to studiene med lavest kvalitet, og høyest risiko for bias (se Tabell 2.0; Cohen et al., 2017; Gibb, 2003). Effektstørrelsene var også basert på assosiasjoner målt ved det samme, eller tilnærmet samme tidspunkt (0-6 mnd.; jf. Studieseleksjon; se Tabell 1.1), og utgjør dermed ikke valid evidens for en faktisk temporal assosiasjon mellom PM i barndommen og utviklet depressiv psykopatologi. Hvis vi ser bort fra disse spesifikke verdiene, og kun tar utgangspunkt i PM som en samlet eksponeringsvariabel, indikerer syntesen en mindre heterogen assosiasjon, i form av en 2.6-3.6 ganger større risiko for senere depressive symptomer eller lidelser, blant tidligere psykologisk mishandlede barn, unge og voksne. En lignende tendens ble observert ift. assosiasjonene mellom PM og angst, samt PM og PTSD, der de minste effektstørrelsene stammet fra studier av lav til moderat kvalitet, med tilsvarende moderat til høy risiko for bias (se Tabell 2.0; Calvete, 2013; Cohen et al., 2017; Young et al., 2011). De minste assosiasjonene

funnet mellom PM og senere internaliserende og eksternaliserende atferd (OR = 1.55), samt en ikke-signifikant assosiasjon mellom PM og senere suicidale tendenser, ble også hentet fra en studie av moderat kvalitet, som bl.a. baserte seg på et mindre representativt sample, og var preget av *attrition bias* (se Tabell 2.0; Duprey et al. 2020). Derfor kan det være en tendens til at studienes metodologiske kvalitet og risiko for bias, kan ha gitt et feilaktig bilde av PMs effekt ift. senere utvikling av psykopatologi. Prevalensrater og kulturelle forskjeller kan også ha hatt en innvirkning på hvilke effektstørrelser de forskjellige studiene har avdekket.

Potensielle årsaksmekanismer

Resultatet av dette review, at PM utgjør en betydelig og prevalent risikofaktor for senere psykopatologi, nødvendiggjør noen refleksjoner vedrørende potensielle årsaksmekanismer og sammenhenger. Herunder hvordan PM kan utgjøre en risiko for psykopatologi, under utviklingen. Selv om reviewet i seg selv ikke kan forklare den signifikante assosiasjonen mellom PM og utviklingspsykopatologi, eksisterer det annen empirisk litteratur som kan belyse mulige årsakssammenhenger.

Nevrofysiologiske mekanismer

Barndomserfaringer former hjernes nevrologiske struktur, og etterfølgende funksjon. En eksponering for truende opplevelser og/eller deprivasjon i barndommen, samtidig som at hjernen gjennomgår en akselerert utvikling og nevrologisk omstrukturering, kan dermed ha en varig effekt ift. et barns utviklende nevrofysiologi (Cicchetti, 2016, pp. 192-194; McLaughlin, Sheridan & Lambert, 2014, p. 579). Truende, fiendtlige og skremmende interaksjoner med omsorgsgiver kan resultere i varige endringer i barnets nevrologiske strukturer, som er underliggende for emosjonell læring og emosjonsregulering. Forskning har vist at slike truende erfaringer kan føre til en nevrologisk sensitivitet og atypisk prosessering av negative emosjonelle cues, der mishandlede barn gjenkjenner og responderer på sinte ansiktsuttrykk og aggressive cues raskere, enn andre barn (Cicchetti, 2016, p. 193f; McLaughlin et al., 2014, p. 586). Avvikende hippocampusfunksjon, forhøyet reaktivitet i amygdala, og redusert volum ved prefrontale hjerneområder forbundet med fryktbetingede responser, emosjonsprosessering og -regulering, har også blitt observert i relasjon til barnemishandling (Cicchetti, 2016, pp. 193f, 202; McLaughlin et al., 2014, pp. 584-586). Barn som depriveres for

oppmerksomhet, omsorg og positive interaksjoner med omsorgsgiver, fremviser et begrenset spekter av emosjonelle uttrykk, og kan være preget av negative emosjoner i lengre tid sammenlignet med andre barn (Cicchetti, 2016, p. 192). En psykologisk neglisjerende barndom er også forbundet med kognitive svekkelser og risiko for redusert hjernevolum, i regioner som er essensielle for kompleks kognitiv og sosial prosessering (McLaughlin et al., 2014, p. 583). PM kan derfor være medvirkende til alvorlige nevrofysiologiske avvik hos barn, som kan begrense en adaptiv uttrykkelse, gjenkjenning, regulering, prosessering og forståelse av emosjoner (Cicchetti, 2016, p. 192).

Et skadelig og psykologisk mishandlende omsorgsgiver-barn samspill utgjør også en betydelig stressor for barn, som over tid vil kunne ha en akkumulerende effekt ift. barnets fysiologiske stressregulering (O'Connor, 2016, pp. 164, 166, 171). Forskning har vist at den såkalte hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen (HPA-aksen), som bl.a. regulerer mengden stresshormon i kroppen, kan modifiseres i kraft av tidlige opplevelser og stressorer (O'Connor, 2016, p. 164; Grassi-Oliveira, Kristensen, Brietzke & Coelho, 2015, pp. 65, 67-69; Rosenberg, 2017, pp. 107-109). Vedvarende eksponering for alvorlig stress i ung alder, f.eks. i form av PM, har blitt forbundet med en potensiell permanent over- og underregulering av HPA-aksen og unormalt lave/høye nivåer av stresshormoner utskilt i kroppen. Atypiske mengder stresshormon utskilt i kroppen under viktige nevrologiske utviklingsperioder, kan medføre en reorganisering av nervecellene og deres forbindelser, samt svekke og dysregulere immunforsvaret. Et dysregulert immunforsvar vil kunne øke barnets sårbarhet overfor infeksjoner, forstyrre utviklingen av det sentrale nervesystem, begrense dannelsen av nye nevroner og forstyrre hukommelsen, på bakgrunn av atrofi og nevrologisk svinn i viktige hjerneområder som hippocampus (O'Connor, 2016, pp. 164, 169; Grassi-Oliveira et al., 2015, pp. 69-71; Rosenberg, 2017, p. 109f). Nevrologiske, hormonelle og immunologiske forstyrrelser kan derfor forklare de robuste assosiasjonene som har blitt funnet mellom eksponering for tidlig stress og senere psykiske og somatiske lidelser. Eksponering for tidlig stress i barndommen er bl.a. forbundet med depresjon, angst og PTSD. Tidlig stress er også assosiert med autoimmune sykdommer, tannsykdommer, hjerte-kar og respiratoriske sykdommer, samt kreft, og andre lidelser (O'Connor, 2016, pp. 164-166; Grassi-Oliveira et al., 2015, pp. 70, 72-74; Rosenberg, 2017, p. 109f).

Eksposering for PM kan altså føre til alvorlige forstyrrelser i barnets sentralnervesystem, endokrine og immunologiske systemer, og potensielt ha store konsekvenser for barnets nevrologiske, kognitive, og dermed også psykososiale utvikling. Slike fysiologiske og nevrologiske forstyrrelser kan potensielt forklare assosiasjonen som ble observert mellom PM og senere psykiske lidelser, i den kvalitative syntese.

Psykososiale mekanismer

Psykologisk utilgjengelige, fiendtlig avvisende, truende, kaotiske og uforutsigbare omsorgsgivere, utgjør ikke den sikre base som barnet behøver og oppfyller ikke barnets emosjonelle og relasjonelle behov. Litteraturen innenfor tilknytningsteori fremhever usensitive, avvisende, invaderende, kontrollerende, fiendtlige, uforutsigbare og rolle-reverserende omsorgsgivere som en av hovedårsakene til utviklingen av usikre tilknytningsmønstre hos barn (Ainsworth et al., 1978, pp. 315, 319f; Bowlby, 1982, pp. 357-358, 378; Egeland & Erickson, 1987, p. 116-118; Riggs, 2010, p. 11).

Det har blitt foreslått at PM kan bidra til utviklingen av usikre tilknytningsmønstre på bakgrunn av de skadelige omsorgsgiver-barn interaksjonene som kjennetegner denne formen for barnemishandling. Negative, fiendtlige, aggressive, uforutsigbare og/eller utilgjengelige samspill med omsorgsgiveren, utgjør ikke en hensiktsmessig modell for å lære emosjonsregulering. Slike interaksjoner vil kunne utsette barnet for overveldende mengder stress og negativ affekt, og kan forstyrre barnets utviklende evne til å håndtere og prosessere negative emosjoner (Cicchetti, 2016, p. 194; Riggs, 2010, pp. 7, 13f). Psykologisk mishandlede barn kan også, på bakgrunn av negative samspill med sine omsorgsgivere, danne indre representasjoner for sosiale interaksjoner som mishandlende, farlige og sårende, og ha forventninger til at andre er upålitelige, utilgjengelige og avvisende (Cicchetti, 2016, p. 196f; Riggs, 2010, pp. 13-15). I tillegg vil barn formulere og danne et selvkonsept ut i fra interaksjoner med sine omsorgsgivere. PM formidler til et barn at det ikke er godt nok, uviktig, defekt, ufordragelig, udugelig og uelsket, og kan forårsake dannelsen av negative indre representasjoner for selvet og utviklingen av et lavt selvverd (Baker, 2009, p. 706; Cicchetti, 2016, p. 197; Riggs, 2010, p. 14f). PM kan dermed svekke barnets evne til å regulere egne emosjoner, fremme dannelsen av negative indre representasjoner for selv og andre, og øke risikoen for utviklingen av usikre og desorganiserte tilknytningsmønstre. I forlengelse indikerer

forskning at mishandlede barn er omfattet av en spesielt stor risiko for å utvikle desorganiserte tilknytningsmønstre, der studier har identifisert en desorganisert tilknytning hos 80-90% av de mishandlede barn (Cicchetti, 2016, p. 197; Riggs, 2010, pp. 13-15).

Mishandling og maladaptive indre representasjoner for omsorgsgivere har blitt funnet assosiert med svekket emosjonsregulering, aggresjon, problematiske og avvisende interaksjoner med jevnaldrende samt internaliserende symptomer blant barn og unge (Cicchetti, 2016, p. 196). Et barns tilknytningstrygghet har også kunnet forutsi en voksen evne til å regulere emosjoner, 20 år senere. Usikre tilknytningsmønstre, især desorganisert tilknytning, har blitt assosiert med senere relasjonelle problemer og psykopatologi bl.a. depresjon, angstlidelser, PTSD, suicidale tendenser, og spiseforstyrrelser (Cicchetti, 2016, p. 197; Mikulincer & Shaver, 2012, p. 12). I samsvar med dette, fant den kvalitative syntese også en assosiasjon mellom PM og psykopatologi, kjennetegnet ved svekket emosjonsregulering og maladaptive indre representasjoner for selvet og andre. Altså internaliserende og eksternaliserende symptomer, depresjon, angst, PTSD, atferdsforstyrrelser og suicidale tendenser. Funnene i det systematiske review kan derfor også forklares av psykososiale mekanismer, herunder omsorgsgiver-barnrelasjonens avgjørende rolle for barnets selvverd, utviklede evne til å regulere emosjoner og forventninger til samspill med andre.

Individuelle forskjeller

Som poengtert ovenfor, kan det å leve og utvikle seg i et miljø preget av PM begrense og svekke et barns nevrologiske, kognitive og psykososiale utvikling. Herunder, utsette barnet for en større risiko for senere psykiske (og somatiske) lidelser.

Fra et utviklingspsykopatologisk perspektiv er det dog viktig å fremheve at individuelle forskjeller forekommer, og at eksponering for PM i barndommen ikke nødvendigvis determinerer en senere utvikling av psykopatologi. Til tross for en potensiell forhøyet risiko for å utvikle psykiatriske symptomer og/eller psykopatologi blant mennesker utsatt for PM i barndommen, var det i alle inkluderte studier en prosentandel av psykologisk mishandlede individer som ikke var preget av en psykisk lidelse og/eller betydelige symptombilder. Forskning har også vist at blant mishandlede og

omsorgssviktede barn kan det være en betydelig andel preget av minimale (eller ingen) tilknytningsforstyrrelser, som har kognitive og sosiale kompetanser innenfor normalområdet (O'Connor, 2016, p. 173). Barns utvikling og dannelse kan være omfattet av en betydelig multifinalitet, altså at spesifikke risikofaktorer fører til forskjellige utfall, men også en ekvifinalitet, der individer med forskjellig bakgrunn og erfaringer utvikler det samme (psykopatologiske) utfall (Cicchetti, 2016, p. 190; O'Connor, 2016, p. 160f). Det vil være et dynamisk samspill mellom barnets genetiske disposisjoner, omkringliggende miljø og atferd som vil forme barnets tilpasning og dannelse, og eventuell psykopatologisk utvikling. Barnets nåværende og fremtidige atferd, og hvorvidt denne vurderes avvikende eller psykopatologisk, vil være et integrert produkt av transaksjonene mellom disse forskjellige biopsykososiale domenene (O'Connor, 2016, p. 167f; Grassi-Oliveira et al., 2015, pp. 74-76; Sameroff, 2000, pp. 306, 309).

Den effekten PM potensielt utgjør, som en utviklingspsykopatologisk risikofaktor, vil dermed avhenge av barnets biopsykososiale betingelser og omfanget av den gjeldende psykologiske mishandling, i form av timing, varighet og grad av truende og/eller forsettlig innhold. Vedvarende PM kan ha en akkumulerende effekt ift. senere psykososiale utfall og vil, i samspill med andre biopsykososiale risikofaktorer, forverre prognosen ytterligere for en normal utvikling og dannelse (Cicchetti, 2016, p. 190f; O'Connor, 2016, p. 160). Den kvalitative syntese skal dermed ikke anses som et bevis for en direkte assosiasjon mellom PM i barndommen og senere psykopatologi, men heller en indikasjon for at PM utgjør en utviklingspsykopatologisk risikofaktor som kan medieres, forsterkes eller begrenses av andre faktorer i barnets genetikk, biologi, atferd, psyke og miljø (Cicchetti, 2016, p. 203; Grassi-Oliveira et al., 2015, p. 76f; O'Connor, 2016, p. 160).

Styrker og svakheter ved den kvalitative syntese

Det utarbeidede systematiske review er omfattet av flere styrker og svakheter, både på studienivå og ift. den overordnede kvalitative syntese. Under fortolkning og vurdering av syntesens resultater og funn, må det tas forbehold for disse styrker og svakheter.

I generelle evidenshierarkier for evidensbasert praksis rangeres prospektive kohortstudier høyt, da disse anses som evidens av høy kvalitet med lav risiko for bias (Song &

Chung, 2010, p. 14). Dog vil eventuell kvalitet, evidenssikkerhet og validitet avhenge av hvorvidt kohortstudiene er veldesignet og velutført. 10 av 12 artikler ble vurdert til å være av moderat til høy kvalitet ved *The Newcastle-Ottawa Scale* (NOS; se Tabell 1.2). Alle studier var mindre preget av eventuell seleksjonsbias på bakgrunn av representative kontrollgrupper, selektert fra den samme populasjon som det eksponerte sample. Åtte-ni artikler reduserte seleksjonsbias ytterligere på bakgrunn av representative samfunnsbaserte samples, og ved en identifikasjon av eksponering for PM i form av profesjonelle observasjoner, offisielle registreringer hos barnevernet, eller i form av strukturerte intervjuer. Prospektive utredninger av barns eksponering for PM utført av profesjonelle vil også kunne redusere *recall bias*, herunder hvorvidt barn og unge har et korrekt minne av faktisk eksponering for PM, samt *social-desirability bias*, der det kan være en viss stigmatisering og potensiell underrapportering av mishandling/svikt, utøvet i egen husstand og/eller av ens egne omsorgsgivere (Coolican, 2014, p. 203f). Halvparten av artiklene undersøkte fødselskohorter og/eller svært unge deltakere, og kunne dermed minimere seleksjonsbias ytterligere ved å kontrollere at utfallet ikke allerede var tilstedeværende ved eksponering.

Alle studier sørget for en grunnleggende sammenlignbarhet mellom gruppene, og kontrollerte for noen potensielt forstyrrende variabler, i kraft av demografisk “matchende” kontrollgrupper ift. alder, spredning av kjønn, geografiske lokasjon, utdanningsnivå m.m. Dog var det kun tre studier som eksplisitt rapporterte justerte analyser for andre former for barnemishandling og omsorgssvikt. Potensiell eksponering for flere former for mishandling utgjør en betydelig forstyrrende variabel, og begrenser resultatenes interne validitet ift. en avgrenset effekt mellom PM og senere psykopatologi (Coolican, 2014, pp. 67, 95f). Den interne validitet kan også være begrenset av studienes undersøkelser av barn og unge, der det i høy grad eksisterer store individuelle forskjeller mellom barns utvikling, kompetanser, funksjon og nivå, uavhengig av alder og en eventuell eksponering for PM. Den potensielle variabilitet ved studienes unge deltakere kan ha påvirket studienes analyser, og avdekkede effektstørrelse (Coolican, 2014, p. 97). Kun halvparten av artiklene utredet et eventuelt psykopatologisk utfall vha. offisielle diagnostiske intervjuer, mens de resterende studiene identifiserte utfall vha. selvrapportert og/eller forelder-/lærerrapportert psykopatologi på symptomnivå. Selvrapportert data er omfattet av flere svakheter og kan være et uttrykk for hva som er sosialt akseptabelt, i stedet for hva som er sant (*social-desirability bias*).

Selvrapportering er også avhengig av deltakernes evne til å vurdere seg selv korrekt, og hvordan deltakerne forstår og oppfatter spørsmålene, der ja/nei-spørsmål eller likert-skalaer kan gi et unøyaktig og/eller for restriktivt bilde av den enkelte deltaker (Coolican, 2014, p. 203f). 11 ut av 12 studier hadde en varighet på ett år eller mer, og kan derfor bedre indikere en temporal effekt av PM, i relasjon til barns utvikling og alder. Disse longitudinelle undersøkelsene av variablene over ett år fremmer syntesens kvalitet og interne validitet.

Tilnærmet alle studier var preget av en mulig/bekreftet *attrition bias*, der en større eller mindre prosentandel av deltakerne droppet ut i løpet av studiet. *Attrition bias* er en typisk begrensning ved longitudinelle studier da den lengre varighet øker sannsynligheten for at deltakere ikke responderer, flytter, har gått bort, eller av andre grunner ikke kan følges opp. Deltakere som dropper ut, både i den eksponerte og ikke-eksponerte gruppen, kan resultere i effektstørrelser av lavere intern og ekstern validitet da resultatene kan gi et feilaktig bilde av hvor stor/liten effekten er mellom eksponering og utfall, i den gjeldende populasjon (Berk, 2014, p. 62; Coolican, 2014, pp. 97, 109; Song & Chung, 2010, p. 3). *Attrition bias* kan især ha hatt en effekt ift. dette reviewets funn da det er en tendens til at barn og unge fra lavere sosioøkonomiske grupper, med vanskeligheter i skolen, lavere utdanningsnivå, mentale helseproblemer og/eller med flere vonde, voldsomme eller betydningsfulle erfaringer, i høyere grad vil droppe ut eller nekte å delta i longitudinelle studier (Gustavson, von Soest, Karevold & Røysamb, 2012; Pérez, Ezpeleta & Domenech, 2007). Barn fra høyrisikogrupper, som potensielt er mer utsatt for PM og/eller er preget av flere atferdsproblemer og dårligere mental helse, kan dermed ha vært underrepresentert i de kohortstudiene som ble inkludert i den kvalitative syntese, og svekke validiteten ved det systematiske reviewets konklusjon. En annen typisk begrensning ved kohortstudier er den såkalte kohorteffekten, der kohorter er hentet ut fra spesifikke områder, er basert på en gitt tidsperiode og/eller generasjon og kan være et uttrykk for en utvikling preget av noen spesifikke kulturelle og historiske betingelser (Berk, 2014, p. 62). En potensiell kohorteffekt kan begrense studienes generaliserbarhet til nåværende generasjoner og populasjoner av barn og unge.

Til tross for at studiene som identifiserte PM vha. selvrapportering ble vurdert til å være av lavere kvalitet ved NOS, vil jeg argumentere for at selvrapportert PM også

kan øke syntesens sensitivitet. Det vil uten tvil være noen begrensninger ved å la barn og unge retrospektivt selvrapporterte en tidligere eksponering for PM, da rapporteringen kan være preget av *recall* og/eller *social-desirability bias* samt være et uttrykk for den unges (evt. begrensede) evne til å vurdere egne erfaringer og opplevelser, og (evt. begrensede) evne til å forstå spørsmålene riktig (Coolican, 2014, p. 203f). På en annen side eksisterer det en voldsomt stor diskrepans mellom antall selvrapporterte og offisielt registrerte tilfeller av PM (Brassard et al., 2020, p. 4; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink & IJzendoorn, 2012), der det er en betydelig rapporteringsbarriere blant profesjonelle (Baker et al., 2021). Derfor vil selvrapportert eksponering for PM, i stedet for/i tillegg til offisielle rapporteringer, fremme både intern og ekstern validitet ved studiene (Coolican, 2014, pp. 97, 109), begrense graden av underrapportering og forvrengte effektstørrelser, samt øke den kvalitative syntesens sensitivitet ift. å avdekke en effekt mellom PM barndommen og senere psykopatologi.

I forlengelse av syntesens sensitivitet kan det også være noen utfordringer relatert til graden av konstruktvaliditet, altså hvorvidt utredningen av og målene for PM, faktisk identifiserer/måler PM (Coolican, 2014, pp. 98, 222). Som poengtert tidligere i oppgaven har det vært store utfordringer med å konseptualisere og definere PM, noe som også avspeiles i de forskjellige begrepene, måleinstrumentene og spørsmålene som ble anvendt til å måle og referere til PM, blant de inkluderte studiene. Majoriteten av alle inkluderte artikler refererte til *emotional abuse*, som i noen tilfeller hadde som formål å dekke overordnet psykologisk mishandling, mens i andre tilfeller refererte til den mer direkte, misbrukende formen for psykologisk mishandling, som atskilt fra (men tett forbundet med) *emotional neglect*. Dog kan det også argumenteres for at mål for *emotional abuse* vil romme emosjonelt neglisjerende og forsømmende aspekter (Doyle & Timms, 2014, p. 5), til tross for en ev. manglende anvendelse av et eksplisitt mål for *emotional neglect*. Det eksisterer også en manglende overensstemmelse mellom målene for og utredningen av PM, både i form av varierende operasjonelle mål og spørreskjemaer, og i form av forskjellige offisielle definisjoner, som veileder lovgivning og retningslinjer for barnevern, helsevesen m.m. (Baker, 2009, pp. 704f, 707f). I flere tilfeller blir kun noen utvalgte former for PM inkludert i operasjonelle mål og utredninger av PM, og det er også en tendens til å anse det å være vitne til vold i familien som en separat form for mishandling. I tillegg er det også et overordnet fokus på omsorgsgiverhandlinger som identifiserende for PM blant operasjonelle mål, mens

juridiske definisjoner primært refererer til konsekvensene for barnet (Baker, 2009, p. 712). Spesifisiteten ved målene for PM er også utfordret da det ikke eksisterer på samme måte som ved f.eks. seksuelle overgrep, et klart og tydelig terskelnivå for når et barn har blitt psykologisk mishandlet (Brassard et al., 2019, p. 11; McGee & Wolfe, 1991, p. 12). Videre, er det problematisk å operasjonalisere et mål for PM som avgrenset fra andre former for barnemishandling, da disse i praksis også vil omfatte psykologisk mishandlende aspekter (Garbarino & Vondra, 1987, p. 28; Hart et al., 1987, p. 14). Den kvalitative syntese vil dermed være begrenset av den overordnede uoverensstemmelse mellom konseptualisering og operasjonalisering av PM, og vil sannsynligvis kun avspeile en eventuell effekt mellom utvalgte former for PM og senere psykopatologi.

Den overordnede kvalitative syntese er altså preget av en minimal seleksjonsbias, en potensiell selvrapporteringsbias, god sammenlignbarhet mellom grupper, høyere risiko for *attrition bias* og en potensiell kohorteffekt. Videre er syntesen basert på en overordnet akseptabel tidsramme og studievarighet, og utsatt for en risiko for forstyrrende variabler. I tillegg vil syntesen også være preget av en utfordret sensitivitet og spesifisitet, på bakgrunn av stor uoverensstemmelse mellom definering, konseptualisering og operasjonalisering av PM. Hoveddelen av alle inkluderte studier ble utarbeidet i vestlige områder, primært USA og Australia, samt et par fra Europa. De to resterende studier ble utført i Sør-Amerika og Asia. Ingen inkluderte studier kom fra Afrika. Det kan dog nevnes at litteratursøkene avdekket studier fra asiatiske og afrikanske områder, selv om disse ikke oppfylte alle inklusjonskriteriene. Studier og undersøkelser av primært vestlige populasjoner begrenser syntesesens eksterne validitet og generaliserbarhet (Coolican, 2014, p. 109f). Søk i fire forskjellige databaser, vha. skreddersydde søkestrategier, fremmer syntesesens sensitivitet og kvalitet. Dog kan det være en risiko for *publication language bias* samt *bias by coverage*, da alle studier var på engelsk og primært fra vestlige områder. Den kvalitative syntese inneholder også kun én enkelt doktoravhandling og primært “positive” og signifikante resultater, som kan indikere en potensiell publiseringsbias (Perestelo-Pérez, 2013, p. 53). Avslutningsvis kan det fremheves at planleggingen og utarbeidelsen av det systematiske review som enkeltperson utgjør en svakhet, og en betydelig risiko for bias og feil (Page & Moher et al., 2021, p. 26f; Perestelo- Pérez, 2013, pp. 53-55). Ved såkalt *single screening* kan det være en risiko for at opptil 13% av egentlig relevante studie ekskluderes,

sammenlignet med en 0-1% feilrate ved *double screening* (Mahtani, Heneghan & Aronson, 2020). Det kan derfor ha forekommet feilaktig eksklusjon, samt en økt rapporteringsbias i forbindelse med screening og innsamling av data, fra de forskjellige artiklene i reviewet. På en annen side vil ikke en feilaktig eksklusjon av et par studier ha endret den overordnede fortolkningen av den kvalitative syntese, da det er så stor overensstemmelse mellom studienes funn.

Styrker (+) og svakheter (–) ved den kvalitative syntese	
+ Flertall av representative samfunnsbaserte samples	– Potensiell seleksjonsbias
+ Representative og demografisk “matchende” kontrollgrupper	– Begrenset justering for forstyrrende variabler
+ Høyere sensitivitet og intern validitet i form av selvrapportert og/eller offisielle rapporteringer av eksponering for PM i barndommen	– Potensiell <i>attrition bias</i> , selvrapporteringsbias og <i>missing data</i> ift. rapporteringsbarriere
+ Tilstrekkelig tidsramme og studievarighet til å avdekke en evt. temporal effekt	– Utfordret sensitivitet, spesifisitet og intern/ekstern validitet på bakgrunn av definisjonsmessige uoverensstemmelser
+ Bredt og sensitivt litteratursøk i fire databaser	– Risiko for publiseringsbias
+ En viss generaliserbarhet og ekstern validitet ift. vestlige populasjoner	– Redusert ekstern validitet og begrenset generaliserbarhet
	– Risiko for <i>missing data</i> og rapporteringsbias grunnet <i>single screening</i>

Figur 3 Oversikt over styrker og svakheter det må tas forbehold for under tolkningen av reviewets funn

Uavhengig av reviewets styrker og svakheter er det viktig å påpeke at ingen temporale observasjonsstudier kan stadfeste en klar årsak og effekt mellom hendelser og menneskelig atferd. Det vil alltid kunne være alternative forklaringer og medierende faktorer som påvirker det endelige utfall (Coolican, 2014, p. 64; O'Connor, 2016, p. 171). Dog kan den kvalitative syntese indikere noe om PMs sannsynlige effekt (O'Connor, 2016, p. 160), og fremme en forståelse og anerkjennelse av hvor skadelig psykologiske overgrep og svikt potensielt kan være. Potensielle skadeeffekter understreker også et behov for intervensjon.

Intervensjon & forebyggelse

Reviewets fremhevelse av PM i barndommen, som en prevalent og signifikant prediktor for senere psykopatologi, understreker behovet for tidlig intervensjon og forebyggelse. Selv om tidlig og vedvarende eksponering for psykologisk mishandlede interaksjoner kan ha store konsekvenser for et barns nevrofysiologiske, kognitive, og psykososiale utvikling, kan også tidlig intervensjon, på en annen side, ha en tilsvarende hjelpende effekt, ift. å gjenopprette og forbedre en mer adaptiv og normal utvikling, og understøtte barnets fremtidige biopsykososiale funksjon (Cicchetti, 2016, pp. 204f; O'Connor, 2016, pp. 180-182). Hjernens akselererte utvikling og ekstreme plastisitet i barndommen, utgjør både en alvorlig bekymringsfaktor, ift. hvor store konsekvenser PM kan ha, men fremmer også et håp om at en tidlig innsats og intervensjon kan ha en varig effekt, ift. et barns utviklingsretning og senere psykosomatiske helse (Cicchetti, 2016, pp. 204f; O'Connor, 2016, pp. 181, 183).

For å beskytte og ivareta barn i relasjon til PM, burde intervensjoner omfatte både forebyggende og behandlende elementer. Målet er på den ene side å støtte og fremme positive psykososiale miljøer, akseptable foreldrepraksiser og hensiktsmessige normer og idealer for barneoppdragelse, som kan redusere risikoen for PM. På den andre side, må vi også gripe inn og avverge ev. medierende og fasiliterende faktorer for mishandling og svikt, samt korrigere og behandle allerede forekommende PM (Brassard et al., 2019, p. 46; Brassard et al., 2020, p. 5). Overordnet anbefales det at intervensjonsprogrammer og -innsatser fokuserer på å fremme barnets og familiens trivsel, tar utgangspunkt i familiens styrker og ressurser, og er forebyggende og proaktiv til fordel for inngripende og korrigerende. Videre må intervensjoner individualiseres og tilpasses den enkelte families kulturelle betingelser, miljø, muligheter og begrensninger, samt forekomst av tidligere traumer, stress og/eller mishandling (Brassard et al., 2019, p. 52f). Intervensjoner må også være evidensbasert, og ha som formål å fremme en reflektert, forståelsesfull, sosialt kompetent og samarbeidende relasjon med omsorgsgiveren. Denne relasjonen kan nemlig utgjøre et godt eksempel på en reflektert, empatisk og sensitiv relasjon, som omsorgsgiveren kan utvikle med det utsatte barn (Brassard et al., 2019, p. 53).

Status i dag

Til dags dato er det stor uoverensstemmelse mellom definisjoner, konseptualiseringer og operasjonaliseringer av PM på globalt plan, samt en underkjennelse av hvor alvorlig denne formen for mishandling kan være. Denne uoverensstemmelse og underkjennelse samt vanskeligheter vedrørende identifisering og vurdering av PM, synliggjøres i form av store mørketall og en avdekket rapporteringsbarriere blant profesjonelle (Baker et al., 2021; Stoltenborgh et al., 2012). En manglende anerkjennelse av PM som fenomen, og hvilke konsekvenser dette kan ha for barn og unge, avspeiles også i dansk lovgivning. Psykisk vold i nære relasjoner, som en form for psykologisk mishandling, ble ikke kriminalisert av Folketinget før i 2019 (Jf. Straffeloven §243) - hele åtte år etter at FN implementerte *General Comment No. 13*, til Artikkel 19 av Barnekonvensjonen, som bl.a. formulerer og utdyper barnets rett til å bli beskyttet mot *mental violence* (Committee on the Rights of the Child, 2011). Det kan dog diskuteres hvorvidt en lov som stadfester at “den, som (...) gentagne gange over en periode udsætter den anden for groft nedværdigende, forulempende, eller krænkende adfærd, der er egnet til utilbørligt at styre den anden, (...)” (Jf. Strfl §243), faktisk adresserer og fremmer fagpersoners evne til å avdekke de forskjellige måter en omsorgsgiver kan fiendtlig avvise, terrorisere, isolere, utnytte og/eller være emosjonelt utilgjengelig og forsømmende overfor et barn.

Nåværende intervensjoner, og forsøk på å forebygge og korrigere barnemishandling, især ift. PM, fremheves som utilstrekkelige og det er problematisk at barnevern og tilsvarende *Child Protection Services* responderer mer effektivt ift. akutte fysiske og/eller seksuelle overgrep, enn ved tilfeller av vedvarende PM (Bradshaw, Jowers, Vorrasi & Garbarino, 2014, p. 237; Brassard et al., 2019, p. 46; Brassard et al., 2020, p. 5). PM utgjør ikke kun et problem for barnet, men vil også være et uttrykk for problemer og risikofaktorer i barnets mikrosystem, samt systematiske og strukturelle begrensninger, fordommer og utfordringer, både på ekso- og makronivå (Brassard et al., 2019, pp. 29-31; Brassard et al., 2020, p. 5; Glaser, 2011, p. 871f). Fremhevelsen av PM som en utviklingspsykopatologisk risikofaktor i den kvalitative syntese, har derfor ikke kun implikasjoner for det psykologiske felt, men også implikasjoner for lokalsamfunn og -institusjoner, samt nasjonal lovgivning, helsevesen og politikk. En nødvendig tverrfaglig innsats for barn og unge, vil bli diskutert i de neste avsnitt.

Multisystemisk innsats og tverrfaglig samarbeid

I overensstemmelse med oppfattelsen av PM som et multisystemisk problem, og reviewets understrekelse av PM som en utviklingspsykopatologisk risikofaktor, anbefales en multisystemisk og tverrfaglig tilnærming og innsats, som kan fremme et barns trivsel, adaptive utvikling, og mentale helse (Brassard et al., 2019, pp. 61-65; Brassard et al., 2020, p. 5; Bronfenbrenner, 1977; Glaser, 2011, p. 871f; Hart & Brassard, 1987, p. 258). Effektiv intervensjon omfatter tre nivåer: 1) å forbedre og styrke allerede akseptabel barneoppdragelse, 2) forhindre at uhensiktsmessige foreldrepraksiser utvikler seg til å bli mishandlende, og 3) korrigere og bekjempe PM (Brassard et al., 2019, p. 47). I forlengelse av dette har det blitt fremhevet at en effektiv forebyggelse og håndtering av PM, avhenger av en hensyntagen til barnets og omsorgsgivernes forskjellige behov (Brassard et al., 2019, pp. 49-52). Disse behov, og en effektiv intervensjon ift. disse, vil diskuteres i de følgende avsnitt.

Hva foreldre og omsorgsgivere behøver

Foreldre og omsorgsgivere har behov for en inngående kunnskap om barns utvikling, grunnleggende behov og typiske atferd. De behøver en grunnleggende evne til å kunne sette seg inn i barnets sted og perspektiv, få understøttet en kapasitet til sensitive responser overfor barnets signaler, og en økt forståelse for hvorfor det å reagere på, og være tilgjengelig overfor barnets signaler og behov er viktig (Brassard et al., 2019, p. 49f; Glaser, 2011, p. 873). I forlengelse av dette kan det være et behov for å fremme en aktiv refleksjon, og øke omsorgsgiverens bevissthet om hvordan egne erfaringer, oppdragelse, og opplevelser av traumer og/eller omsorgssvikt, vil påvirke ens nåværende copingstrategier, holdninger og verdier ift. barneoppdragelse, samt ens evner til å regulere emosjoner og interagere med sitt eget barn. Effektiv terapeutisk behandling kan være nødvendig for å understøtte hensiktsmessige copingstrategier hos omsorgsgivere, slik at de kan forvalte muligheter, og bedre håndtere stressorer og utfordringer, i relasjon til oppdragelse, partnerskap, familie og hushold m.m. (Brassard et al., 2019, p. 50). Omsorgsgivere kan også trenge veiledning i hvordan de kan fremme trygge og forutsigbare miljøer for barnets utvikling, i form av å sette klare grenser, være konsekvente, stille realistiske krav, og løse konflikter på en empatisk og rolig måte (Brassard et al., 2019, p. 50f).

Hva barn behøver

Barn har behov for å være tilknyttet, relatert til, og ha tilgang til én eller flere trygge og pålitelige voksne, som forplikter seg til å ta vare på, beskytte og følge med på barnet, og som vil kjempe for barnets interesser og behov. Altså et behov for å bli hørt og sett, at ens opplevelser, behov og bekymringer respekteres, og at ens følelser valideres og aksepteres (Brassard et al., 2019, p. 51). Barn trenger også eksempler på positive relasjoner med andre mennesker, preget av omsorg, respekt og empati, der konflikter kan løses på en rolig og hensiktsmessig måte (Brassard et al., 2019, p. 51f). Det vil også være et behov for forutsigbare og nøye overvåkede bo- og levekår, med muligheter for å varsle og tilkalle hjelp fra barnevernstjenester døgnet rundt, slik at barnet kan leve sitt liv fullt ut, uten overdreven bekymring og/eller frykt. Barnet burde involveres i å velge og planlegge intervensjoner, i den grad barnets utviklingsmessige nivå tillater dette (Brassard et al., 2019, p. 51f).

De neste avsnitt presenterer og diskuterer hvordan disse forskjelligartede behov kan adresseres og håndteres, både på et samfunnsmessig, relasjonelt og individuelt nivå.

Samfunnsmessig og offentlig innsats

På samfunnsplan utgjør offentlige informasjonskampanjer, kurs og utviklingsprogrammer, en viktig del av den forebyggende innsats. Disse kan inneholde informasjon vedrørende barns grunnleggende behov, atferd og signaler, og hvordan foreldre kan være mer responsive og sensitive overfor barnets behov og karakteristikk (Bradshaw et al., 2014, p. 240; Hart et al., 1987, p. 18f; Brassard et al., 2019, p. 62f; Brassard et al., 2020, pp. 5, 7). Spredning av kunnskap og informasjon blant både barn, unge og voksne, i regi av skole, helsevesen, offentlige instanser, sosiale medier, nyhetssendinger mm., kan øke en bevissthet om, og anerkjennelse av, hva som forventes og aksepteres i relasjon til oppdragelse og omsorg for barn. I tillegg kan det også fremme gode foreldrepraksiser blant fremtidige og nåværende foreldre (Hart et al., 1987, pp. 19-21; Brassard et al., 2019, p. 62f; Brassard et al., 2020, p. 7). Andre viktige innsatser på samfunnsplan, inkluderer systematisk screening og nøye oppfølging av utsatte mødre og/eller risikopregede familier, både pre- og postnatalt. En økt støtte til og prioritert finansiering av, offentlig tilgang til rådgivning og psykisk helsehjelp, især i utsatte områder, utgjør også en essensiell forebyggende innsats (Baker et al., 2021, p. 8;

Bradshaw et al., 2014, p. 240; Hart & Brassard, 1987, p. 258). Kriminalisering av PM på lik linje med annen barnemishandling og omsorgssvikt, både på nasjonalt og globalt plan, samt klare definisjoner og retningslinjer for en identifikasjon og håndtering av PM, er også en forutsetning for at vi effektivt kan beskytte og ta vare på fremtidige generasjoner (Baker et al., 2021, p. 8; Bradshaw et al., 2014, p. 240; Brassard et al., 2019, p. 48f; Brassard et al., 2020, pp. 5, 7; Hart & Brassard, 1987, p. 258).

På individnivå, vil barnets familie, og relasjonelle kontekst, være der grunnleggende behov møtes eller krenkes, der psykologisk fremmede eller destruktive interaksjoner forekommer, og der trivsel og velvære kan fremmes, og PM kan elimineres (Hart et al., 1987, p. 19; Brassard et al., 2019, pp. 54, 64f; Glaser, 2011, p. 872f). Relasjonelle og psykologfaglige intervensjoner, tilrettelagt omsorgsgiverens og barnets særegne behov, diskuteres i de kommende avsnitt.

Psykologfaglig og relasjonsfokusert innsats

Den psykologiske praksis og faglighet utgjør en sentral del av forebyggelse og behandling av PM, i kraft av evidensbaserte og individsentrerte metoder og verktøy. Psykologer kan bistå annet fagpersonell under hjemmebesøk og observasjoner av omsorgsgiver-barn-samspill, samt stå for veiledning og rådgivning i relasjon til barns utvikling, behov og signaler. Psykologer kan også fasilitere psykoterapeutiske forløp som kan fremme omsorgsgiverens forståelse, empati, omsorg, sensitivitet og selvinnsikt, samt en kapasitet til å interagere med sitt barn på en mer positiv og hensiktsmessig måte (Brassard et al., 2019, p. 54; Glaser, 2011, p. 873). Formålet med relasjonsfokuserte intervensjoner, er at positiv og hensiktsmessig omsorgsgiveratferd fremmes, slik at negativ og psykologisk mishandlende atferd reduseres (Brassard et al., 2019, p. 60; Brassard et al., 2020, p. 7f; Glaser, 2011, p. 872f).

Barn-omsorgsgiver psykoterapi (*Child-Parent Psychotherapy, CPP*) er en veletablert og empirisk understøttet behandlingsmetode for omsorgsgivere og deres små barn. Under ukentlige sesjoner i hjemmet eller ved en klinikk, vil psykologen observere og veilede omsorgsgiveren under spontan lek og interaksjoner med barnet (Brassard et al., 2019, pp. 55, 64). Behandlingsformen er beregnet for barn som er under risiko for, eller har opplevd omsorgssvikt, og anses som en spesielt effektiv intervensjon for å

fremme bedre omsorgsgiver-barn-relasjoner, tryggere tilknytning og dempe atferdsproblemer og traumesymptomer hos barn (Brassard et al., 2019, p. 64; Glaser, 2011, p. 873). *Program in Relational Intervention* (PRI) og *Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting* (STEEP) er lignende terapeutiske intervensjoner, beregnet til å fremme omsorgsgiverens sensitivitet, empati, og forståelse for barnet. På bakgrunn av å observere egen atferd på video, og med tilbakemeldinger på denne atferd av en psykolog, blir omsorgsgivere støttet og veiledet i å reflektere over sine relasjoner og interaksjoner med sitt barn. Formålet er at omsorgsgivere vil bedre forstå og være sensitiv overfor barnets intensjoner, signaler og sosioemosjonelle behov. Psykologen arbeider også med å skape emosjonelt korrigerende opplevelser for omsorgsgiveren, og omstrukturere omsorgsgiverens egne indre representasjoner og arbeidmodeller for barneoppdragelse, omsorg, og foreldreansvar, i kraft av den terapeutiske allianse og relasjon (Brassard et al., 2019, pp. 56, 62).

Blant relasjonsfokusede intervensjoner for familier med eldre barn og tenåringer, fremheves forelder-barn interaksjonsterapi (*Parent-Child Interaction Therapy*, PCIT) og multisystemisk terapi for barnemishandling og forsømmelse (*Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect*, MST-CAN; Brassard et al., 2019, p. 65). PCIT er velegnet for barn mellom to til syv år, og omfatter terapeutens observasjoner og øyeblikkelige veiledning av omsorgsgiver-barn-samspillet. Psykologen understøtter omsorgsgiverens positive interaksjoner med og oppdragelse av barnet, oppfordrer til alternative måter å disiplinere sitt barn på, og korrigerer eller avbryter tvangspregede og/eller destruktive samspill mellom omsorgsgiveren og barnet. PCIT har vist seg som effektiv ift. å øke omsorgsgiverens sensitivitet og omsorg, og har redusert antall registrerte tilfeller av fysisk mishandling og atferdsproblemer hos barnet, blant de behandlede familier (Brassard et al., 2019, p. 56). MST-CAN er beregnet for familier med barn mellom 6-17 år, med en dokumentert forekomst av mishandling og forsømmelse. Metoden involverer en intensiv tverrfaglig innsats av terapeuter, kommunalt krisepersonell, psykiatere og supervisorer, som utarbeider en omfattende utredning og vurdering av den gjeldende sak, tilbyr evidensbasert psykologisk behandling og psykoterapi både for omsorgsgivere og barn, og sørger for tilgjengelig alarmberedskap døgnet rundt, tett oppfølging, og daglige eller ukentlige hjemmebesøk. Forskning tilsier at MST-CAN kan redusere omsorgsgiverens mishandlende atferd, behandle psykiske lidelser og symptomer, og dempe destruktive holdninger og verdier til

barneoppdragelse. MST-CAN har også hjulpet og behandlet psykiatriske symptomer og vanskeligheter hos barn, samt begrenset et behov for at barnet må omplasseres (Brassard et al., 2019, p. 58).

En fremtidig innsats for barns rett til beskyttelse, omsorg og trygghet, burde derfor omfatte følgende elementer; økt offentlig bevissthet om, og felles definisjoner og konseptualiseringer for, PM; endrede sosiale normer ift. barneoppdragelse, forventninger og ansvar; relasjonsfokuserete hjelpetjenester og terapeutiske intervensjoner; et fokus på å styrke barns motstandsdyktighet; gi barna en stemme under utviklingen av, og forskningen på, de beste praksiser for å forebygge, håndtere og behandle PM (Brassard et al., 2019, pp. 54; Brassard et al., 2020, p. 7f; Glaser, 2011, p. 873f). Intervensjon og innsats i kampen mot PM, er også en viktig betingelse for å begrense andre former for barnemishandling og omsorgssvikt, da PM ofte forekommer samtidig med, og kan utgjøre utgangspunktet for, akselererende barnemishandling, i form av fysiske og seksuelle overgrep og/eller svikt (Doyle & Timms, 2014, p. 4; Garbarino & Vondra, 1987, p. 28; Hart et al., 1987, p. 14; Navarre, 1987, pp. 48, 50f, 53).

Implikasjoner for det psykologiske felt og praksis

Den kvalitative syntese fremhever PM som en prevalent og alvorlig risikofaktor for barns utvikling og dannelse. Syntesens funn er derfor av stor relevans og viktighet for det psykologiske felt og praksis. I samsvar med empirisk faglitteratur, tilknytnings-teori, og sosial læringsteori, viser den syntetiserte forskning på PM at tidlige omsorgsgiver-barn-interaksjoner, kan være avgjørende for barns biopsykososiale utvikling, personlighetsdannelse, relasjonelle kompetanse, og fremtidige fysiske og psykiske helse. På en annen side fremhever den kvalitative syntese også den store grad av variasjon og individuelle forskjeller som forekommer hos individer eksponert for PM. Dette utfordrer nåværende psykologiske forklaringsmodeller og tilnærminger til utviklingspsykopatologi, og fremhever den faktiske kompleksitet og uvisshet, som foreligger i relasjon til psykiske lidelsers etiologi, samt barns biopsykososiale utvikling og dannelse (O'Connor, 2016, pp. 173, 178; Sameroff, 2000, pp. 306, 309). Den kvalitative syntese, og annen forskning på PM, informerer og nyanserer dermed psykologers utviklende faglighet og kompetanse, i relasjon til å bedre kunne forstå, forebygge og behandle psykiske lidelser.

PM som en potensiell prediktor for utviklende psykopatologi og en prevalent form for barnemishandling verden over (Christoffersen et al., 2013; Stoltenborgh et al., 2012), fremhever viktigheten av å anerkjenne PM som en distinkt form for barnemishandling, og prioritere trening og utdanning i å identifisere, vurdere og håndtere PM blant psykologer og andre fagpersoner. Psykologer utgjør viktige allierte under oppsporing av og intervensjon overfor PM, i kraft av deres (skjerpede) underretningsplikt (Jf. Serviceloven §153-154). Dog er det nødvendig at vi kan komme frem til en felles definisjon, konseptualisering og operasjonalisering av PM, på tvers av fagfelter og landegrenser, hvis vi skal overkomme den alvorlige rapporteringsbarriere og de store mørketall, som eksisterer i dag (Baker et al., 2021; Stoltenborgh et al., 2012). Utviklingen av sensitive og klinisk relevante operasjonelle mål og utredningsverktøy for PM, er essensielt for å hjelpe psykologer og andre fagpersoner i å kategorisere og gjenkjenne de forskjellige formene for emosjonelt misbruk og forsømmelse. Utviklingen av sensitive mål er også nødvendig for å kunne utrede effekten av disse formene for PM, ift. trivsel, psykisk og fysisk helse, blant unge. I forlengelse av dette, er det viktig å fremheve at slike operasjonaliserte mål ikke kun skal anvendes ift. barn omfattet av en mistanke for PM, men også ved utredning av barn som potensielt blir, eller har blitt, utsatt for andre former for barnemishandling og omsorgssvikt. Som nevnt, er det også noen psykologisk mishandlede aspekter ved å bli eksponert for fysiske og seksuelle overgrep, og/eller fysisk forsømmelse.

Psykologers effektive arbeid, med å forebygge og behandle psykiske lidelser, avhenger av evidensbaserte og klientsentrerte metoder. Herunder har især relasjonsfokuserte og terapeutiske tilnærminger blitt fremhevet som sentrale i forebyggelsen og behandlingen av PM, da disse tillater et direkte arbeid med konkrete omsorgsgiver-barn-relasjoner, og eventuelt psykologisk mishandlende interaksjoner. Derfor er det essensielt at spesifikke terapeutiske intervensjoner, som adresserer omsorgsgiverens emosjonelle utilgjengelighet, fiendtlige holdninger og verdier, upassende utviklingsmessige forventninger og krav, destruktive oppdragelsesformer, og/eller en tendens til å utnytte, utvikles og implementeres (Glaser, 2011, p. 872f). En samfunnsmessig og politisk innsats i å prioritere midler og ressurser til videre forskning og tidlig intervensjon ift. PM, er en nødvendighet hvis helsevesen, utdanningsinstitusjoner, sosiale hjelpetjenester og barnevern skal kunne fremme, adressere og forbedre en kapasitet til omsorg for

og ivaretagelse av barn, både på nasjonalt og globalt nivå (Brassard et al., 2020, p. 5; Egeland, 2009, p. 25).

Politisk, juridisk og samfunnsmessig innsats, med klare lover for og forventninger til god foreldrepraksis og barneoppdragelse, i tillegg til utviklingen av effektive, relasjonsfokuserte og evidensbaserte intervensjoner på familie- og individnivå, er altså sentralt hvis vi ønsker å sikre barns grunnleggende rett til beskyttelse og trygghet, og forebygge forekomsten av alle former for barnemishandling og omsorgssvikt.

Implikasjoner for forskning

Fremtidig forskning på feltet burde ta utgangspunkt i en multisystemisk og utviklingspsykopatologisk referanseramme, slik at vi bedre kan forstå omstendighetene, de individuelle forskjellene, og sosiale betingelsene for forekomsten og konsekvensene av PM (Egeland, 2009, p. 25; Spinazzola et al., 2014, p. 526). Vi må rette oppmerksomheten mot de forskjellige psykososiale variablene som ser ut til å mediere og fremme både en forekomst av PM, men også de utviklende konsekvenser av PM, der såkalt “statistisk støy” og “forstyrrende” variabler utgjør viktige forklaringsmekanismer i å forstå og håndtere PM (Egeland, 2009, p. 25). Det er også nødvendig med videre undersøkelser av den komplekse forekomsten av flere former for barnemishandling parallelt, og hvordan psykologiske, fysiske og/eller seksuelle overgrep, eller svikt, hver især, og sammen, kan påvirke individers stressreaksjoner, tilknytning, selvilde, affektive og fysiologiske regulering, risikoforfer, samt fysiske og psykologiske vansker (Spinazzola et al., 2014, p. 526). Forskning på utviklingsmessige risikofaktorer som barnemishandling og omsorgssvikt, samtidig med undersøkelser av beskyttende og befordrende faktorer hos de samme individer, utgjør en sentral tilnærming til å forstå den forekommende multi- og ekvifinalitet, i relasjon til utviklingspsykopatologi. Utvikling og tilstedeværelse av patologi kan nemlig ikke forklares eller forstås uten å også ta stilling til adaptive og normale prosesser, i barnets utvikling og dannelselse (Cicchetti, 2016, p. 190). I tillegg, hvis vi skal kunne generalisere og anvende fremtidig forskning vedrørende effekten av tidlig eksponering for PM, er det nødvendig at studier tar forbehold for en livslang, akkumulerende, og nåværende eksponering for stressorer. I praksis vil det alltid være en kompleks og sammensatt dynamikk mellom tidlige og

senere opplevelser, når det kommer til menneskers nåværende kompetanse og funksjon (O'Connor, 2016, p. 185).

Effektiv intervensjon og håndtering av unge eksponert av PM er også avhengig av fremtidige populasjonsbaserte intervensjonsstudier, med utgangspunkt i nåværende teori og litteratur (Glaser, 2011, p. 874; O'Connor, 2016, p. 185; Spinazzola et al., 2014, p. 526). Til den grad allerede eksisterende behandlingsmodeller for barnemishandling og relasjonsfokuset innsats kan generaliseres til, og tilstrekkelig adresserer behovene hos unge eksponert for PM, er fortsatt usikkert. Derfor må fremtidig forskning også undersøke om disse metoder er relevant for, må tilpasses, eller eventuelt må erstattes av nye modeller for behandling av psykologisk mishandlede barn og unge (Spinazzola et al., 2014, p. 526).

Konklusjon

Psykologisk mishandling er per definisjon et angrep på barns grunnleggende behov, og utgjør alvorlige forstyrrelser i omsorgsgiver-barn-relasjonen. Det utarbeidede systematiske review, omhandlende den longitudinelle assosiasjonen mellom eksponering for psykologisk mishandling og senere psykopatologi, indikerer at en eksponering for psykologisk mishandling i barndommen, utgjør en alvorlig utviklingspsykopatologisk risikofaktor. Den kvalitative syntese understøtter en antakelse om at PM både har en umiddelbar og varig effekt. Syntesen fremhever videre at psykologisk mishandling utgjør en potensiell risikofaktor for utviklingen av depressive lidelser, angstlidelser og PTSD. Psykologisk mishandling kan også fremme en forhøyet risiko for atferdsforstyrrelser og -problemer, i form av internaliserende og eksternaliserende atferd, stoffmisbruk, oppmerksomhets- og atferdslidelser, samt selvskade.

De utviklingspsykopatologiske konsekvensene av PM kan være mediert av nevrofysiologiske og psykososiale mekanismer, og vil være et uttrykk for det enkelte barns unike biopsykososiale betingelser og multi-/ekvifinalitet. PMs utviklingspsykopatologiske konsekvenser understreker viktigheten av å anerkjenne PM som en global trussel mot barns trivsel og velvære, og fremhever et akutt behov for tidlig intervensjon og forebygging. Politisk, juridisk og samfunnsmessig innsats, med klare lover og forventninger til god foreldrepraksis og barneoppdragelse, er nødvendig.

Masteroppgaven, og det utarbeidede systematiske review, vil forhåpentligvis engasjere og inspirere til en økt offentlig bevissthet om, og en prioritert innsats, arbeid med og forskning av, de mer usynlige formene for barnemishandling og omsorgssvikt, som altfor mange barn utsettes for i dag. En global innsats for og forpliktelse til, barns trygghet, sikkerhet, og trivsel, vil kun lykkes hvis vi også ser og anerkjenner det psykologisk mishandlede barn.

Referanseliste

**Referanser markert med en asterisk ble inkludert i den kvalitative syntese*

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. [Anvendt kap. 1, 2 & 15; pp. 3-44, 310-322]
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. [Anvendt pp. 13, 160-168, 179, 189-226, 271-280, 544]
- Angelakis, I., Gillespie, E., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(7), 1057–1078.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>
- Arnfred, S., & Larsen, K. J. (2017) 39. Den selvmordstruede patient. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 797-815). Hans Reitzels Forlag.
- Baker, A. (2009). Adult recall of childhood psychological maltreatment: Definitional strategies and challenges. *Children and Youth Services Review*, 31, 703–714.
- Baker, A., Brassard, M., & Rosenzweig, J. (2021). Psychological maltreatment: Definition and reporting barriers among American professionals in the field of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 114, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104941>
- Berk, L. E. (2014). *Child Development* (9th ed.). USA: Pearson. [Anvendt kap. 1, 2, 5 & 14, pp. 2-39, 54-62, 184-186, 599-602]
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss. Volume 1: Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books. [Anvendt pp. 177-378]
- Bowlby, J. (1988). Omsorg for Børn. In *En sikker base. Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser* (pp. 9-28). Det Lille Forlag (19 s.)

-
- Bradshaw, C. P., Jowers, K., Vorrasi, J. A., & Garbarino, J. (2014). Psychological Maltreatment. In D. L. Chadwick, A. P. Giardino, R. Alexander, J. D. Thackeray, & D. Esernio-Jenssen (Eds.), *Chadwick's Child Maltreatment, Vol. 2: Sexual Abuse and Psychological Maltreatment*. ProQuest Ebook Central <https://ebookcentral.proquest.com> [pp. 217-250]
- Brassard, M. R., Hart, S. N., Baker, A. J. L., & Chiel, Z. A. (2019). *The APSAC Monograph on Psychological Maltreatment*. APSAC Monograph 1. Hentet fra www.apsac.org.
- Brassard, M. R., Hart, S. N., & Glaser, D. (2020). Psychological maltreatment: An international challenge to children's safety and well being. *Child Abuse & Neglect*, 110(Pt 1), 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104611>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *The American Psychologist*, 32(7), 513–531.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Cadmus-Romm, D. (2004). *Emotional abuse and neglect in adolescence as predictors of psychosocial adjustment in young adulthood* (Order No. 3124808). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (305225972). Hentet fra: <https://search-proquest-com.zorac.aau.dk/dissertations-theses/emotional-abuse-neglect-adolescence-as-predictors/docview/305225972/se-2?accountid=8144> [Anvendt pp. 16-45]
- *Calvete, E. (2013). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 735–746.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.014>
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217–225.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>
- Christoffersen, M. (2019). Psykisk vold rammer også børn – og den kan ramme hårdere end den fysiske. *VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd*. Hentet fra:
-

-
- <https://www.vive.dk/da/udgivelser/psykisk-vold-rammer-ogsaa-boern-og-den-kan-ramme-haardere-end-den-fysiske-12207/>
- Christoffersen, M., Armour, C., Lasgaard, M., Andersen, T., & Elklit, A. (2013). The prevalence of four types of childhood maltreatment in denmark. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9(1), 149–156.
<https://doi.org/10.2174/1745017901309010149>
- Christoffersen, M., & Diane, D. (2010). Psychological Maltreatment and Adolescents' Suicidal Behavior: A Nationwide Sample of 1,055 Children at Risk. *Journal of Child & Adolescent Trauma* 3, 109–124.
<https://doi.org/10.1080/19361521003761242>
- Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Annual Review of Psychology*, 67, 187-211.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.4324/9780203771587>
[Anvendt pp. 19-27, 75-83]
- *Cohen, J. R., Menon, S. V., Shorey, R. C., Le, V. D., & Temple, J. R. (2017). The distal consequences of physical and emotional neglect in emerging adults: A person-centered, multi-wave, longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 63, 151-161. doi:
<http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1016/j.chiabu.2016.11.030>
- Coolican, H. (2014). *Research methods and statistics in psychology* (6th Ed.). London: Hodder & Stoughton. [Anvendt kap. 2-4 & 8, pp. 32-118, 193-208]
- Committee on the Rights of the Child (2011). *General Comment 13: The right of the child to freedom from all forms of violence*. Geneva, Switzerland. Hentet fra: https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf
- Dettori J. R. (2011). Loss to follow-up. *Evidence-based spine-care journal*, 2(1), 7–10. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1267080>
- Doyle, C., & Timms, C. (2014). *Child Neglect & Emotional Abuse: Understanding, Assessment & Response*. Los Angeles: SAGE. [Anvendt Kap. 1, 3 & 4, pp. 1-19, 35-64]

-
- Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W., & Anda, R. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564–572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- *Duprey, E. B., Oshri, A., & Liu, S. (2020). Developmental pathways from child maltreatment to adolescent suicide-related behaviors: The internalizing and externalizing comorbidity hypothesis. *Development and Psychopathology*, 32(3), 945–959. doi: <http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1017/S0954579419000919>
- Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.004>
- Egeland, B., & Erickson, M. (1987). Psychologically Unavailable Caregiving. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 110–120). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M., & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Forente Nasjoner [FN]. (1989) *FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989*. Hentet fra: <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/barnekonvensjonen>
- Forns, M., Abad, J., Kirchner, T. (2011) Internalizing and Externalizing Problems. In: R. J. R. Levesque (Ed.) *Encyclopedia of Adolescence* (1464–1569). New York: Springer. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-1-4419-1695-2_261
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387–421.

-
- *Gallo, E., De, C. D., Wehrmeister, F., Gonçalves, H., Kieling, C., & Murray, J. (2017). Childhood maltreatment preceding depressive disorder at age 18 years: A prospective Brazilian birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 217, 218–224. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.065>
- Garbarino, J. (1978). The elusive “crime” of emotional abuse. *Child Abuse and Neglect*, 2, 89–100.
- Garbarino, J. & Vondra, J. (1987) Psychological Maltreatment: Issues and Perspectives. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 25-44). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- *Gibb, B. E. (2003). *Development of negative attributional styles in fourth and fifth graders* (Order No. 3112275). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (304920524). Hentet fra: <https://search-proquest-com.zorac.aub.aau.dk/dissertations-theses/development-negative-attributional-styles-fourth/docview/304920524/se-2?accountid=8144> [pp. 48-68]
- Gil, D. G. (1987). Maltreatment as a Function of the Structure of Social Systems. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 159-170). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6), 697–714. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00342-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00342-3)
- Glaser, D. (2011). How to deal with emotional abuse and neglect: Further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 866–875. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.002>
- González, R. A., Vélez-Pastrana, M. C., McCrory, E., Kallis, C., Aguila, J., Canino, G., & Bird, H. (2019). Evidence of concurrent and prospective associations between early maltreatment and ADHD through childhood and adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(6), 671-682. doi: <http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/s00127-019-01659-0>
-

-
- Grassi-Oliveira, R., Kristensen, C. H., Brietzke, E., & Coelho, R. (2015). Chapter 4: Neurobiology of Child Maltreatment. In P. Clements, S. Seedat, & E. N. Gibbings (Eds.), *Mental Health Issues of Child Maltreatment* (pp. 63-85). ProQuest Ebook Central <https://ebookcentral.proquest.com>
- Gustavson, K., von Soest, T., Karevold, E., & Røysamb, E. (2012). Attrition and generalizability in longitudinal studies: findings from a 15-year population-based study and a Monte Carlo simulation study. *BMC Public Health*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-918>
- Harder, S. & Simonsen, E. (2017). 4. Udviklingspsykopatologi. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 115-128). Hans Reitzels Forlag.
- Hart, S. N. & Brassard, M. R. (1987) Psychological Maltreatment: Integration and Summary. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 254-266). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Hart, S. N., Germain, R. B., & Brassard, M. R. (1987). The Challenge: To Better Understand and Combat Psychological Maltreatment of Children and Youth. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 3-24). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Hart, S. & Møhl, B. (2017). 2. Udviklingspsykologi. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 65-91). Hans Reitzels Forlag.
- Heleniak, C., Jenness, J. L., Stoep, A. V., McCauley, E., & McLaughlin, K. A. (2016). Childhood Maltreatment Exposure and Disruptions in Emotion Regulation: A Transdiagnostic Pathway to Adolescent Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 394-415. doi: 10.1007/s10608-015-9735-z
- Hetrick, R. L., Rodrigo, O. D., & Bocchini, C. E. (2020). Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, 146(4), 389-403. doi: 10.1542/peds.2020-0438
- Jønson, L & Eistrup, A. (2016). Fysisk og psykisk vold er stadig en del af mange børns hverdag. *Børneindblik 3* (7), 1-28. Hentet fra: http://www.boer-neraadet.dk/media/191746/BRD_Boerneindblik_Nr716_Vold_i_hjemmet_FINAL.pdf
-

-
- *Kang, N., Jiang, Y., Ren, Y., Gong, T., Liu, X., Leung, F., & You, J. (2018). Distress Intolerance Mediates the Relationship between Child Maltreatment and Nonsuicidal Self-Injury among Chinese Adolescents: A Three-Wave Longitudinal Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(10), 2220–2230. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0877-7>
- *Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A., & Najman, J. M. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: Birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 698–703. doi: <http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1192/bjp.2018.207>
- *Kisely, S., Mills, R., Strathearn, L., & Najman, J. (2020). Does child maltreatment predict alcohol use disorders in young adulthood? A cohort study of linked notifications and survey data. *Addiction (Abingdon, England)*, 115(1), 61–68. <https://doi.org/10.1111/add.14794>
- *Kisely, S., Strathearn, L., Mills, R., & Najman, J. (2021). A comparison of the psychological outcomes of self-reported and agency-notified child abuse in a population-based birth cohort at 30-year-follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 280(Pt A), 167–172. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.017>
- Kisely, S., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2020). Child maltreatment and mental health problems in 30-year-old adults: A birth cohort study. *Journal of psychiatric research*, 129, 111–117. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.06.009
- Kloppen, K., Mæhle, M., Kvælle, Ø., Haugland, S., & Breivik, K. (2015). Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment in the Nordic countries: A Review. *Child Abuse Review*, 24(1), 51–66. <https://doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1002/car.2324>
- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). Calculation of Effect Sizes. *Psychometrica*. doi: 10.13140/RG.2.2.17823.92329. Hentet fra: https://www.psychometrica.de/effect_size.html.
- Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. M. P., Ly, A., Rash, C., Poole, J. C., & Alink, L. R. A. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 31(1), 23–51. doi:10.1017/S0954579418001700
-

-
- Mahtani K. R., Heneghan C., Aronson J. (2020). Single screening or double screening for study selection in systematic reviews? *BMJ Evidence-Based Medicine*, 25, 149-150
- Maikovich-Fong, A. K., Speltz, M. L., & Jaffee, S. (2015). Chap. 11: Adverse Childhood Experiences and Developmental Sequelae. In P. Clements, S. Seedat, & E. N. Gibbings (Ed.), *Mental health issues of child maltreatment* (pp. 225-244). ProQuest Ebook Central <https://ebookcentral.proquest.com>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In M. Yogman & T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood, NJ: Ablex.
- Maslow, A. H. (1948). “Higher” and “lower” needs. *Journal of Psychology*, 25, 433–436 <https://doi.org/10.1080/00223980.1948.9917386>
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality* (2nd Ed.). New York: Harper & Row. [Anvendt kap. 3-5, pp. 19-76]
- McGee, R., & Wolfe, D. (1991). Psychological maltreatment: toward an operational definition. *Development & Psychopathology*, 3, 3–18.
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., & Dodd, P. et al. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 189-205. doi: 10.1111/acps.13268
- 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. (13 s.)
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Mills, R., Scott, J., Alati, R., O'Callaghan, M., Najman, J. M., & Strathearn, L. (2013). Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child abuse & neglect*, 37(5), 292-302. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.11.008
-

-
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G, The PRISMA Group (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6. Available at: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1000097&type=printable> (6 s.)
- Navarre, E. L. (1987). Psychological Maltreatment: The Core Component of Child Abuse. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 45–55). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Negriff, S. (2020). ACEs are not equal: Examining the relative impact of household dysfunction versus childhood maltreatment on mental health in adolescence. *Social Science & Medicine* (1982), 245, 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112696>
- NHI.no. (2021). Barnemishandling. *Norsk Helseinformatikk AS*. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/barn/omsorgssvikt-og-barnemishandling/barnemishandling/>
- Norman, R., 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), 1-31. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- O'Connor, T. G. (2016). Chapter 5: Developmental Models and Mechanisms for Understanding the Effects of Early Experiences on Psychological Development. In D. Cicchetti (Ed), *Developmental Psychopathology, Theory and Method* (pp. 156-198). ProQuest Ebook Central <https://ebookcentral.proquest.com>
- O'Hagan, K. (1995). Emotional and psychological abuse- problems of definition. *Child Abuse & Neglect*, 19, 449–461.
- Ottosen, M. H. (2019). Psykisk vold mod børn i hjemmet. *VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd*. www.vive.dk
- Ouzzani, M., Hammad, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016) Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4.

-
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71, 1-9, [BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71)
- Page M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron I., Hoffmann T. C., Mulrow C. D., et al. (2021) PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n160, 1-36,
- *Paul, E., & Eckenrode, J. (2015). Childhood psychological maltreatment subtypes and adolescent depressive symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 47, 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.018>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 13, 49-57
- Pérez, R. G., Ezpeleta, L., & Domenech, J. (2007). Features associated with the non-participation and drop out by socially-at-risk children and adolescents in mental-health epidemiological studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 251–258. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0155-y>
- Poulsen, S. P. (2019). Skriftlig fremsættelse af lovforslag 2018/1 SF.L L 139. Retsinformation. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/20181XX00548>
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. ProQuest Ebook Central <https://ebookcentral.proquest.com>. [Anvendt pp. 7-17]
- Riggs, S. A. (2010) Childhood Emotional Abuse and the Attachment System Across the Life Cycle: What Theory and Research Tell Us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19:1, 5-51, DOI: [10.1080/10926770903475968](https://doi.org/10.1080/10926770903475968)
- Rosenberg, R. (2017). 3. Molekylærgenetik, patofysiologi og neurobiologi. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 93-113). Hans Reitzels Forlag.

-
- Rosenberg, M. S. & Germain, R. B. (1987). Psychological Maltreatment: Theory, Research, and Ethical Issues. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 243-253). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Runyan, D., Dubowitz, H., English, D.J., Kotch, J.B., Litrownik, A., Thompson, R., & The LONGSCAN Investigator Group (2014). *Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect (LONGSCAN) Assessments 0-18* [Dataset]. *National Data Archive on Child Abuse and Neglect*. doi: <https://doi.org/10.34681/cxpj-5m96> [Anvendt pp. 1-75]
- Sameroff, A. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12(3), 297-312.
doi:10.1017/S0954579400003035
- Servicebogen [SL] (LBK nr 798 af 07/08/2019). Hentet 18.05.2021 fra www.retsinformation.dk
- *Shaffer, A., Yates, T., & Egeland, B. (2008). The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: Developmental processes in a prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 36-44.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.005>
- Schelbe, L. & Geiger, J. (2017). *Intergenerational Transmission of Child Maltreatment* (1st ed. 2017.). Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-43824-5>. [Anvendt kap. 1, pp. 1-14]
- Song, J. W. & Chung, K. C. (2010). Observational studies: cohort and case-control studies. *Plastic and reconstructive surgery*, 126(6), 2234-2242.
<https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f44abc>
- Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L., Ford, J., Layne, C., Pynoos, R., Briggs, E., Stolbach, B. & Kisiel, C. (2014). Unseen Wounds: The Contribution of Psychological Maltreatment to Child and Adolescent Mental Health and Risk Outcomes. *Psychological Trauma*, 6(S1), S18-S28.
<https://doi.org/10.1037/a0037766>
- St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K., Milot, T., & Cantinotti, M. (2019). Intergenerational continuity/discontinuity of child maltreatment among low-income mother-child dyads: The roles of childhood maltreatment characteristics, maternal psychological functioning, and family ecology.
-

-
- Development and Psychopathology*, 31(1), 189–202.
<https://doi.org/10.1017/S095457941800161X>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alink, L. & Ijzendoorn, M. (2012). The Universality of Childhood Emotional Abuse: A Meta-Analysis of Worldwide Prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21:8, 870-890, DOI: 10.1080/10926771.2012.708014
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alink, L., & IJzendoorn, M. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review (Chichester, England: 1992)*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Straffeloven [Strfl] (LBK nr 976 af 17/09/2019). Hentet 18.05.2021 fra www.retsinformation.dk
- Sundhed.dk. (2019). Børnemishandling, overgreb og omsorgssvigt. In: *Lægehåndbogen*. Hentet fra: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/paediatric/tilstande-og-sygdomme/socialpaediatric/boernemishandling-overgreb-og-omsorgssvigt/>
- Tang, W., Zhao, J., Lu, Y., Zha, Y., Liu, H., Sun, Y., Zhang, J., Yang, Y., & Xu, J. (2018). Suicidality, posttraumatic stress, and depressive reactions after earthquake and maltreatment: A cross-sectional survey of a random sample of 6132 chinese children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 232, 363–369. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.081>
- Vygotsky, L. S. (1978). Interaction between Learning and Development. In M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner & E. Souberman (Eds.), *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes* (pp. 79-91). Harvard University Press.
- Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M. & Tugwell, P. (n.d.) *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. Hentet fra: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
- Wolfe, D. & McIsaac, C. (2011). Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 802–813. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.12.009>
- World Health Organization [WHO]. (2020) *Child maltreatment*. Hentet fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
-

WHO. (2021). *Adolescent and young adult health*. Hentet fra:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Wray, N. & Gottesman, I. (2012). Using summary data from the danish national registers to estimate heritabilities for schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder. *Frontiers in Genetics*, 3, 1-12.

<https://doi.org/10.3389/fgene.2012.00118>

Xiao, B., Liu, J., Gong, J. & Luo, X. (2017). Perceived parental rejection mediates the effects of previous maltreatment on emotional and behavioural outcomes in Chinese adolescents whereas mental illness has no moderating effect. *The South African journal of psychiatry (SAJP)*, 23, 1-10.
<https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v23i0.1073>

*Young, R., Lennie, S. & Minnis, H. (2011). Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(8), 889–897.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02390.x>

Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegari, V. C., Freitas, L. H., Ceresér, K., Rocha, N., Bastos, A. G. & Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry research*, 256, 353–358.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.082>

Zheng, X., Fang, X., Ugboke, H. & Fry, D. A. (2019). Violence against children and human capital in south africa. *Journal of Family Violence*, 34(2), 139-151. doi:<http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/s10896-018-0008-y>

Forsideillustrasjon hentet fra www.pixabay.com

Pensumliste

**Referanser markert med en asterisk ble inkludert i den kvalitative syntese*

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. [Anvendt kap. 1, 2 & 15; pp. 3-44, 310-322] (55 s.)
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. [Anvendt pp. 13, 160-168, 179, 189-226, 271-280, 544] (59 s.)
- Angelakis, I., Gillespie, E., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(7), 1057–1078.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718003823> (22 s.)
- Arnfred, S., & Larsen, K. J. (2017) 39. Den selvmordstruede patient. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 797-815). Hans Reitzels Forlag. (19 s.)
- Baker, A. (2009). Adult recall of childhood psychological maltreatment: Definitional strategies and challenges. *Children and Youth Services Review*, 31, 703–714. (12 s.)
- Baker, A., Brassard, M., & Rosenzweig, J. (2021). Psychological maltreatment: Definition and reporting barriers among American professionals in the field of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 114, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104941> (10 s.)
- Berk, L. E. (2014). *Child Development* (9th ed.). USA: Pearson. [Anvendt kap. 1, 2, 5 & 14, pp. 2-39, 54-62, 184-186, 599-602] (54 s.)
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss. Volume 1: Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books. [Anvendt pp. 177-378] (202 s.)
- Bowlby, J. (1988). Omsorg for Børn. In *En sikker base. Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser* (pp. 9-28). Det Lille Forlag (19 s.)

-
- Bradshaw, C. P., Jowers, K., Vorrasi, J. A., & Garbarino, J. (2014). Psychological Maltreatment. In D. L. Chadwick, A. P. Giardino, R. Alexander, J. D. Thackeray, & D. Esernio-Jenssen (Eds.), *Chadwick's Child Maltreatment, Vol. 2: Sexual Abuse and Psychological Maltreatment*. ProQuest Ebook Central <https://ebookcentral.proquest.com> [pp. 217-250] (34 s.)
- Brassard, M. R., Hart, S. N., Baker, A. J. L., & Chiel, Z. A. (2019). *The APSAC Monograph on Psychological Maltreatment*. APSAC Monograph 1. Hentet fra www.apsac.org. (66 s.)
- Brassard, M. R., Hart, S. N., & Glaser, D. (2020). Psychological maltreatment: An international challenge to children's safety and well being. *Child Abuse & Neglect*, 110(Pt 1), 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104611> (11 s.)
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *The American Psychologist*, 32(7), 513–531.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513> (19 s.)
- Cadmus-Romm, D. (2004). *Emotional abuse and neglect in adolescence as predictors of psychosocial adjustment in young adulthood* (Order No. 3124808). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (305225972). Hentet fra: <https://search-proquest-com.zorac.aau.dk/dissertations-theses/emotional-abuse-neglect-adolescence-as-predictors/docview/305225972/se-2?accountid=8144> [Anvendt pp. 16-45] (30 s.)
- *Calvete, E. (2013). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 735–746.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.014> (12 s.)
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217–225.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013> (9 s.)
- Christoffersen, M., Armour, C., Lasgaard, M., Andersen, T., & Elklit, A. (2013). The prevalence of four types of childhood maltreatment in denmark. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9(1), 149–156.
<https://doi.org/10.2174/1745017901309010149> (8 s.)
-

-
- Christoffersen, M., & Diane, D. (2010). Psychological Maltreatment and Adolescents' Suicidal Behavior: A Nationwide Sample of 1,055 Children at Risk. *Journal of Child & Adolescent Trauma* 3, 109–124.
<https://doi.org/10.1080/19361521003761242> (16 s.)
- Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Annual Review of Psychology*, 67, 187-211. (24 s.)
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.4324/9780203771587> [Anvendt pp. 19-27, 75-83] (18 s.)
- *Cohen, J. R., Menon, S. V., Shorey, R. C., Le, V. D., & Temple, J. R. (2017). The distal consequences of physical and emotional neglect in emerging adults: A person-centered, multi-wave, longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 63, 151-161. doi:
<http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1016/j.chiabu.2016.11.030> (10 s.)
- Coolican, H. (2014). *Research methods and statistics in psychology* (6th Ed.). London: Hodder & Stoughton. [Anvendt kap. 2-4 & 8, pp. 32-118, 193-208] (103 s.)
- Committee on the Rights of the Child (2011). *General Comment 13: The right of the child to freedom from all forms of violence*. Geneva, Switzerland. Hentet fra: https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf (29 s.)
- Dettori J. R. (2011). Loss to follow-up. *Evidence-based spine-care journal*, 2(1), 7-10. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1267080> (4 s.)
- Doyle, C., & Timms, C. (2014). *Child Neglect & Emotional Abuse: Understanding, Assessment & Response*. Los Angeles: SAGE. [Anvendt Kap. 1, 3 & 4, pp. 1-19, 35-64] (49 s.)
- Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W., & Anda, R. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564–572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564> (9 s.)

-
- *Duprey, E. B., Oshri, A., & Liu, S. (2020). Developmental pathways from child maltreatment to adolescent suicide-related behaviors: The internalizing and externalizing comorbidity hypothesis. *Development and Psychopathology*, 32(3), 945-959.
doi:<http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1017/S0954579419000919>
(15 s.)
- Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 22–26.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.004> (5 s.)
- Egeland, B., & Erickson, M. (1987). Psychologically Unavailable Caregiving. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 110–120). Elmsford, NY: Pergamon Press. (11 s.)
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M., & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8) (14 s.)
- Forns, M., Abad, J., Kirchner, T. (2011) Internalizing and Externalizing Problems. In: R. J. R. Levesque (Ed.) *Encyclopedia of Adolescence* (1464-1569). New York: Springer. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-1-4419-1695-2_261 (6 s.)
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-421.
(34 s.)
- *Gallo, E., De, C. D., Wehrmeister, F., Gonçalves, H., Kieling, C., & Murray, J. (2017). Childhood maltreatment preceding depressive disorder at age 18 years: A prospective Brazilian birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 217, 218–224. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.065>
(7 s.)
- Garbarino, J. (1978). The elusive “crime” of emotional abuse. *Child Abuse and Neglect*, 2, 89–100. (12 s.)
-

-
- Garbarino, J. & Vondra, J. (1987) Psychological Maltreatment: Issues and Perspectives. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 25-44). Elmsford, NY: Pergamon Press. (20 s.)
- *Gibb, B. E. (2003). *Development of negative attributional styles in fourth and fifth graders* (Order No. 3112275). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (304920524). Hentet fra: <https://search-proquest-com.zorac.aub.aau.dk/dissertations-theses/development-negative-attributional-styles-fourth/docview/304920524/se-2?accountid=8144> [pp. 48-68] (21 s.)
- Gil, D. G. (1987). Maltreatment as a Function of the Structure of Social Systems. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 159-170). Elmsford, NY: Pergamon Press. (12 s.)
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6), 697–714. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00342-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00342-3) (18 s.)
- Glaser, D. (2011). How to deal with emotional abuse and neglect: Further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 866–875. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.002> (10 s.)
- González, R. A., Vélez-Pastrana, M. C., McCrory, E., Kallis, C., Aguila, J., Canino, G. & Bird, H. (2019). Evidence of concurrent and prospective associations between early maltreatment and ADHD through childhood and adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(6), 671-682. doi: <http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/s00127-019-01659-0> (12 s.)
- Grassi-Oliveira, R., Kristensen, C. H., Brietzke, E., & Coelho, R. (2015). Chapter 4: Neurobiology of Child Maltreatment. In P. Clements, S. Seedat, & E. N. Gibbings (Eds.), *Mental Health Issues of Child Maltreatment* (pp. 63-85). ProQuest Ebook Central <https://ebookcentral.proquest.com> (23 s.)
- Gustavson, K., von Soest, T., Karevold, E., & Røysamb, E. (2012). Attrition and generalizability in longitudinal studies: findings from a 15-year population-based study and a Monte Carlo simulation study. *BMC Public Health*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-918> (11 s.)
-

-
- Harder, S. & Simonsen, E. (2017). 4. Udviklingspsykopatologi. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 115-128). Hans Reitzels Forlag. (14 s.)
- Hart, S. N. & Brassard, M. R. (1987) Psychological Maltreatment: Integration and Summary. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 254-266). Elmsford, NY: Pergamon Press. (13 s.)
- Hart, S. N., Germain, R. B., & Brassard, M. R. (1987). The Challenge: To Better Understand and Combat Psychological Maltreatment of Children and Youth. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 3–24). Elmsford, NY: Pergamon Press. (22 s.)
- Hart, S. & Møhl, B. (2017). 2. Udviklingspsykologi. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 65-91). Hans Reitzels Forlag. (26 s.)
- Heleniak, C., Jenness, J. L., Stoep, A. V, McCauley, E., & McLaughlin, K. A. (2016). Childhood Maltreatment Exposure and Disruptions in Emotion Regulation: A Transdiagnostic Pathway to Adolescent Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 394-415. doi: 10.1007/s10608-015-9735-z (22 s.)
- Hetrick, R. L., Rodrigo, O. D., & Bocchini, C. E. (2020). Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, 146(4), 389-403. doi: 10.1542/peds.2020-0438 (15 s.)
- Jønson, L & Eistrup, A. (2016). Fysisk og psykisk vold er stadig en del af mange børns hverdag. *Børneindblik* 3 (7), 1-28. Hentet fra: http://www.boerneaadet.dk/media/191746/BRD_Boerneindblik_Nr716_Vold_i_hjemmet_FINAL.pdf (28 s.)
- *Kang, N., Jiang, Y., Ren, Y., Gong, T., Liu, X., Leung, F., & You, J. (2018). Distress Intolerance Mediates the Relationship between Child Maltreatment and Nonsuicidal Self-Injury among Chinese Adolescents: A Three-Wave Longitudinal Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(10), 2220–2230. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0877-7> (11 s.)

-
- *Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A., & Najman, J. M. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: Birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 698-703. doi: <http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1192/bjp.2018.207> (6 s.)
- *Kisely, S., Mills, R., Strathearn, L., & Najman, J. (2020). Does child maltreatment predict alcohol use disorders in young adulthood? A cohort study of linked notifications and survey data. *Addiction (Abingdon, England)*, 115(1), 61–68. <https://doi.org/10.1111/add.14794> (8 s.)
- *Kisely, S., Strathearn, L., Mills, R., & Najman, J. (2021). A comparison of the psychological outcomes of self-reported and agency-notified child abuse in a population-based birth cohort at 30-year-follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 280(Pt A), 167–172. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.017> (6 s.)
- Kisely, S., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2020). Child maltreatment and mental health problems in 30-year-old adults: A birth cohort study. *Journal of psychiatric research*, 129, 111-117. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.06.009 (7 s.)
- Kloppen, K., Mæhle, M., Kvello, Ø., Haugland, S., & Breivik, K. (2015). Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment in the Nordic countries: A Review. *Child Abuse Review*, 24(1), 51–66. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1002/car.2324> (16 s.)
- Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. M. P., Ly, A., Rash, C., Poole, J. C., & Alink, L. R. A. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 31(1), 23-51. doi:10.1017/S0954579418001700 (29 s.)
- Mahtani K. R., Heneghan C., Aronson J. (2020). Single screening or double screening for study selection in systematic reviews? *BMJ Evidence-Based Medicine*, 25, 149-150 (2 s.)
- Maikovich-Fong, A. K., Speltz, M. L., & Jaffee, S. (2015). Chap. 11: Adverse Childhood Experiences and Developmental Sequelae. In P. Clements, S. Seedat, & E. N. Gibbings (Ed.), *Mental health issues of child*
-

-
- maltreatment* (pp. 225-244). ProQuest Ebook Central <https://ebookcentral.proquest.com> (20 s.)
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In M. Yogman & T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood, NJ: Ablex. (30 s.)
- Maslow, A. H. (1948). “Higher” and “lower” needs. *Journal of Psychology*, 25, 433–436. <https://doi.org/10.1080/00223980.1948.9917386> (4 s.)
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality* (2nd Ed.). New York: Harper & Row. [Anvendt kap. 3-5, pp. 19-76] (58 s.)
- McGee, R., & Wolfe, D. (1991). Psychological maltreatment: toward an operational definition. *Development & Psychopathology*, 3, 3–18. (16 s.)
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., & Dodd, P. et al. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 189-205. doi: 10.1111/acps.13268 (17 s.)
- 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. (13 s.)
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003> (5 s.)
- Mills, R., Scott, J., Alati, R., O'Callaghan, M., Najman, J. M., & Strathearn, L. (2013). Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child abuse & neglect*, 37(5), 292-302. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.11.008 (11 s.)
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G, The PRISMA Group (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6. Available at: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1000097&type=printable> (6 s.)
-

-
- Navarre, E. L. (1987). Psychological Maltreatment: The Core Component of Child Abuse. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 45–55). Elmsford, NY: Pergamon Press. (11 s.)
- Negriff, S. (2020). ACEs are not equal: Examining the relative impact of household dysfunction versus childhood maltreatment on mental health in adolescence. *Social Science & Medicine* (1982), 245, 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112696> (8 s.)
- Norman, R., 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), 1-31. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349> (31 s.)
- O'Connor, T. G. (2016). Chapter 5: Developmental Models and Mechanisms for Understanding the Effects of Early Experiences on Psychological Development. In D. Cicchetti (Ed), *Developmental Psychopathology, Theory and Method* (pp. 156-198). ProQuest Ebook Central <https://ebookcentral.proquest.com> (42 s.)
- O'Hagan, K. (1995). Emotional and psychological abuse - problems of definition. *Child Abuse & Neglect*, 19, 449–461. (13 s.)
- Ottosen, M. H. (2019). Psykisk vold mod børn i hjemmet. *VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd*. www.vive.dk (28 s.)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71, 1-9, [BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71) (9 s.)
- Page M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron I., Hoffmann T. C., Mulrow C. D., et al. (2021) PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n160, 1-36, (36 s.)
- *Paul, E., & Eckenrode, J. (2015). Childhood psychological maltreatment subtypes and adolescent depressive symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 47, 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.018> (10 s.)
-

-
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 13, 49-57. (9 s.)
- Pérez, R. G., Ezpeleta, L., & Domenech, J. (2007). Features associated with the non-participation and drop out by socially-at-risk children and adolescents in mental-health epidemiological studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 251–258. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0155-y> (8 s.)
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. ProQuest Ebook Central <https://ebookcentral.proquest.com>. [Anvendt pp. 7-17] (11 s.)
- Riggs, S. A. (2010) Childhood Emotional Abuse and the Attachment System Across the Life Cycle: What Theory and Research Tell Us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19:1, 5-51, DOI: [10.1080/10926770903475968](https://doi.org/10.1080/10926770903475968) (47 s.)
- Rosenberg, R. (2017). 3. Molekylærgenetik, patofysiologi og neurobiologi. In E. Simonsen, & B. Möhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 93-113). Hans Reitzels Forlag. (21 s.)
- Rosenberg, M. S. & Germain, R. B. (1987). Psychological Maltreatment: Theory, Research, and Ethical Issues. In M. Brassard, B. Germain, & S. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 243-253). Elmsford, NY: Pergamon Press. (11 s.)
- Runyan, D., Dubowitz, H., English, D.J., Kotch, J.B., Litrownik, A., Thompson, R., & The LONGSCAN Investigator Group (2014). *Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect (LONGSCAN) Assessments 0-18* [Dataset]. *National Data Archive on Child Abuse and Neglect*. doi: <https://doi.org/10.34681/cxpj-5m96> [Anvendt pp. 1-75] (75 s.)
- Sameroff, A. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12(3), 297-312. doi:10.1017/S0954579400003035 (16 s.)
- *Shaffer, A., Yates, T., & Egeland, B. (2008). The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: Developmental processes in a prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.005> (9 s.)
-

-
- Schelbe, L. & Geiger, J. (2017). *Intergenerational Transmission of Child Maltreatment* (1st ed. 2017.). Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-43824-5>. [Anvendt kap. 1, pp. 1-14] (14 s.)
- Song, J. W. & Chung, K. C. (2010). Observational studies: cohort and case-control studies. *Plastic and reconstructive surgery*, 126(6), 2234–2242.
<https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f44abc> (9 s.)
- Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L., Ford, J., Layne, C., Pynoos, R., Briggs, E., Stolbach, B. & Kisiel, C. (2014). Unseen Wounds: The Contribution of Psychological Maltreatment to Child and Adolescent Mental Health and Risk Outcomes. *Psychological Trauma*, 6(S1), S18–S28.
<https://doi.org/10.1037/a0037766> (11 s.)
- St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K., Milot, T., & Cantinotti, M. (2019). Intergenerational continuity/discontinuity of child maltreatment among low-income mother–child dyads: The roles of childhood maltreatment characteristics, maternal psychological functioning, and family ecology. *Development and Psychopathology*, 31(1), 189–202.
<https://doi.org/10.1017/S095457941800161X> (14 s.)
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alink, L. & IJzendoorn, M. (2012). The Universality of Childhood Emotional Abuse: A Meta-Analysis of Worldwide Prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21:8, 870-890, DOI: 10.1080/10926771.2012.708014 (21 s.)
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alink, L., & IJzendoorn, M. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review (Chichester, England : 1992)*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353> (14 s.)
- Tang, W., Zhao, J., Lu, Y., Zha, Y., Liu, H., Sun, Y., Zhang, J., Yang, Y., & Xu, J. (2018). Suicidality, posttraumatic stress, and depressive reactions after earthquake and maltreatment: A cross-sectional survey of a random sample of 6132 chinese children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 232, 363–369. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.081> (7 s.)
-

-
- Vygotsky, L. S. (1978). Interaction between Learning and Development. In M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner & E. Souberman (Eds.), *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes* (pp. 79-91). Harvard University Press. (13 s.)
- Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M. & Tugwell, P. (n.d.) *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. Hentet fra:
http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp (6 s.)
- Wolfe, D. & McIsaac, C. (2011). Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 802–813. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.12.009> (12 s.)
- Wray, N. & Gottesman, I. (2012). Using summary data from the danish national registers to estimate heritabilities for schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder. *Frontiers in Genetics*, 3, 1-12.
<https://doi.org/10.3389/fgene.2012.00118> (12 s.)
- Xiao, B., Liu, J., Gong, J. & Luo, X. (2017). Perceived parental rejection mediates the effects of previous maltreatment on emotional and behavioural outcomes in Chinese adolescents whereas mental illness has no moderating effect. *The South African journal of psychiatry (SAJP)*, 23, 1-10.
<https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v23i0.1073> (10 s.)
- *Young, R., Lennie, S. & Minnis, H. (2011). Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(8), 889–897.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02390.x> (9 s.)
- Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegaro, V. C., Freitas, L. H., Ceresér, K., Rocha, N., Bastos, A. G. & Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry research*, 256, 353–358.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.082> (6 s.)
- Zheng, X., Fang, X., Ugboke, H. & Fry, D. A. (2019). Violence against children and human capital in south africa. *Journal of Family Violence*, 34(2), 139-151. doi: <http://dx.doi.org.zorac.aau.dk/10.1007/s10896-018-0008-y> (13 s.)

Totalt: 2118 sider veiledergodkjent pensum