



# Traumebevisst omsorg i møtene etter volden

Hvordan kan traumebevisst omsorg hjelpe kvinner som har opplevd vold i hjemmet?

Bacheloroppgave SO-306

Kandidatnummer 8017

Antall ord 9305

**Universitetet i Agder, 2018**

Fakultet for Samfunnsvitenskap

Institutt for sosialt arbeid og sosiologi



# Innholdsfortegnelse

<b>1. Introduksjon</b> .....	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2 Problemstilling og avgrensing .....	3
1.3 Case .....	3
1.4 Metode .....	4
1.5 Kildekritikk .....	5
1.6 Sosialpolitiske rammer og relevans .....	5
<b>2. Teori</b> .....	6
2.1 Vold i hjemmet .....	6
2.1.1 Voldens ulike former .....	6
2.2 Traumer .....	8
2.2.1 Traumer som konsekvenser av vold.....	9
2.3 Traumebevisst omsorg .....	11
2.3.1 Trygghet .....	12
2.3.2 Relasjon .....	13
2.3.3 Følelsesregulering .....	14
<b>3. Drøfting</b> .....	15
3.1 Traumebevisst omsorg .....	15
3.1.1 Trygghet .....	17
3.1.2 Relasjon .....	18
3.1.3 Følelsesregulering .....	20
3.2 utfordringer knyttet til utøvelsen av traumebevisst omsorg .....	22
<b>4. Avslutning</b> .....	25
<b>5. Kilder</b> .....	26
5.1 Selvvalgt litteratur .....	30

# 1. Introduksjon

Vold mot kvinner, og spesielt vold i hjemmet er noe som gjerne skjer bak lukkede dører. (Alsaker, 2014, s. 231). Det er et problem som ofte blir skjult, både av partneren og kvinnen. Når kvinnene som klarer å bryte ut av det voldelige forholdet, møter hjelpeinstanser, er det mange som forteller om traumatiske hendelser som sitter dypt i sinnet og i kroppen. Bækkelund (u.å.) nevner at det finnes mange metoder og tilnærminger for å møte og hjelpe disse traumatiserte kvinnene, for eksempel kognitiv atferdsterapi, psykoterapi og narrativ eksponeringsterapi. Traumebevisst omsorg er et begrep som har fått mer og mer oppmerksomhet i løpet av årene. Ifølge Reeves (2015, s.698) har traumebevisst omsorg vokst seg fra å være en forståelsesramme som i hovedsak er rettet mot barn, til å kunne benyttes i møte med andre utsatte grupper i samfunnet. Traumebevisst omsorg overfor kvinner som er utsatt for vold i hjemmet er likevel ganske nytt, og trenger derfor mer utredning og utprøving (Reeves, 2015, s. 706). I denne oppgaven vil jeg fokusere på kvinner som har opplevd vold i hjemmet og på traumebevisst omsorg som tilnærming i møtene med omsorgspersonene. Traumebevisst omsorg blir ifølge Bath (2008) ikke brukt som en behandlingsmetode, og den kan ikke alene hjelpe kvinnene med å takle traumene, men den kan brukes som en forståelsesramme og en tilnærming av omsorgspersoner (Jørgensen og Steinkopf, 2013). Jeg vil først gå inn på voldens ulike former, hvilke traumatiske konsekvenser volden kan ha for kvinnene og traumebevisst omsorg som forståelsesramme. Deretter vil jeg drøfte traumebevisst omsorg ut fra en konstruert case og se på utfordringer knyttet til denne.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven er traumebevisst omsorg i møte med kvinner som har opplevd vold i hjemmet. Jeg valgte dette temaet fordi jeg først og fremst er opptatt av kvinners helse og plass i samfunnet. Vold mot kvinner blir ofte tiet om, og derfor er det enda viktigere at det kommer frem i dagslyset og at de som hjelper kvinnene, har kunnskap om vold og vet hvordan de skal hjelpe disse kvinnene. Da jeg var i praksis på krisesenter i Australia fikk jeg jobbe tett på kvinner som hadde opplevd vold i hjemmet og som hadde klart å bryte ut av forholdet. På krisesenteret hadde de fokus på traumebevisst omsorg, eller «trauma informed care» som det heter på engelsk. Der fikk jeg se og høre hvilke traumer disse kvinnene hadde, hvordan traumebevisst omsorg ble tatt i bruk og hvordan denne tilnærmingen kunne ha

positive virkninger på kvinnene som var der. Dette økte min interesse for å tilegne meg mer kunnskap på dette området og til å bidra til at denne metoden kan komme mer frem i lyset i Norge.

## 1.2 Problemstilling og avgrensning

På bakgrunn av tema, er min problemstilling «*Hvordan kan traumebevisst omsorg hjelpe kvinner som har opplevd vold i hjemmet?*»

I samfunnsdebatten om vold, er fokuset på vold som er utøvd av nåværende eller tidligere partner, og i denne oppgaven vil jeg derfor avgrense til kun partnervold. Med kvinner som har opplevd vold i hjemmet mener jeg derfor i denne oppgaven, kvinner som har hatt voldelige partnere, ikke andre familiemedlemmer. Det hadde vært interessant å skrive om grunnene til hvorfor mange av kvinnene blir i forholdet til tross for volden, men på grunn av oppgavens omfang har jeg ikke plass. Jeg vil ikke gå inn i dybden på årsakene til hvorfor det utøves vold i parforhold, og heller ikke på de langvarige konsekvensene av traumer.

Siden traumebevisst omsorg ikke blir brukt som en terapimetode, men en forståelsesramme og en tilnærming, vil jeg fokusere på møtene med omsorgspersoner. Med omsorgspersoner mener jeg i denne oppgaven profesjonelle hjelpere, og settingen vil være møtene på et krisesenter. Siden problemstillingen omhandler kvinner i denne oppgaven, vil jeg ikke gå mye inn på hvordan traumebevisst omsorg kan hjelpe barna til de voldsutsatte kvinnene.

## 1.3 Case

Jeg har valgt å konstruere en fiktiv case som jeg vil formulere som en fortelling. Fortellingen er basert på historiene jeg fikk høre fra kvinnene jeg traff på krisesenteret i Australia.

Grunnen til at jeg har konstruert en fortelling er for å gi et bedre bilde av det noen kvinner kan oppleve og det omsorgspersoner kan få høre når kvinnene forteller om hva de har opplevd.

Jeg vil i diskusjonsdelen drøfte traumebevisst omsorg ut fra denne fortellingen.

*Jeg heter Marianne og jeg flyttet inn til min partner, Ronny, da jeg var 26 år og bodde hos han i fem år. Det var fantastisk i begynnelsen. Jeg var gravid og vilt forelsket i han. Han var*

*så kjærlig og vennlig, mot alle virket det som. Ida ble født rett etter at jeg flyttet inn. Bare noen måneder hadde gått da det første slaget i ansiktet kom. Jeg hadde vært på byen med et par venninner den kvelden. Min mor satt barnevakt. Da jeg kom hjem skrek Ronny til meg og spurte hvor jeg hadde vært. Jeg forklarte, men det nektet han å tro. Han sa jeg hadde vært utro og kalte meg for hore. Øynene hans ble helt svarte og han gikk mot meg. Det var da den kom. Knyttneven som traff meg i øyet og fikk meg til å falle bakover. Dagen etterpå angret han seg og gråt i fanget mitt. Han sa han ville elske meg og dro meg inn på soverommet. Jeg turte ikke si at jeg ikke ville. En måned etter skjedde det på nytt. Han kom hjem og var sint for noe som hadde skjedd på jobben. Ingenting av det jeg sa virket å hjelpe. Det gjorde bare vondt verre og han skjøv meg opp til veggen og slo meg i magen slik at jeg ikke fikk puste. Dagen etter sa han at han angret og dro meg igjen inn på soverommet. Dette ble et mønster i mange år. Han skulle hele tiden vite hvor jeg var når jeg dro ut av huset og jeg visste aldri hvilket humør han var i da jeg kom hjem. Noen ganger klarte jeg å skjule volden for barnet vårt, andre ganger ikke. Jeg turte ikke fortelle det til noen, ikke til foreldrene mine en gang, i frykt for hva han kom til å gjøre hvis jeg fortalte hva han gjorde mot meg. Det toppet seg da han igjen trodde jeg hadde vært utro. Han dro meg ut og skjøv meg inn i bilen. Han kjørte langt inn i en skog, dro meg ut av bilen og bandt meg opp til et tre. Han truet med å drepe meg, Ida og hele familien min for det jeg hadde gjort. Han kjørte etter hvert sin vei og lot meg være bundet til treet. Jeg klarte å komme meg løs. Jeg fant veien hjem og fant barnet vårt alene i stuen. Vetteskremt pakket jeg sekken, tok med Ida og dro til krisesenteret i byen.*

## 1.4 Metode

Ifølge Olav Dalland (2017, s. 193) gir litteraturstudie og bruk av case mange muligheter. Som metode for min bacheloroppgave har jeg valgt både litteraturstudie og case. Jeg har utført en litteraturstudie gjennom å hente ut eksisterende forskning og teorier på området jeg skriver om, og i tillegg har jeg valgt å konstruere en fiktiv case, som jeg har presentert, og som jeg skal bruke i drøftedelen. Jeg har i hovedsak brukt søkemotoren Oria for mine litteratursøk. Siden traumebevisst omsorg er et relativt nytt begrep i Norge, måtte jeg også bruke engelske ord og uttrykk i litteratursøket. Kjerneord og uttrykk jeg har brukt i søkene er «vold mot kvinner», «traumer», «traumebevisst omsorg» og «trauma informed care».

## 1.5 Kildekritikk

Når det gjelder kildekritikk skriver Dalland (2017, s. 152) at «oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet». Jeg har benyttet meg av ulike typer litteratur for å belyse min problemstilling. Jeg har i hovedsak brukt fagbøker og litteratur som omhandler vold, samt fagfelleverderte artikler og forskningsrapporter. Jeg har hatt som mål å bare benytte meg av kilder som ikke går lengre tilbake enn 2000-tallet. Dette er for å sikre at litteraturen jeg benytter er aktuell i dag og for å sikre kvalitet, noe ifølge Dalland (2017, s. 159) avhenger av hvor troverdig og ekte litteraturen er. I tillegg er traumebevisst omsorg som nevnt et relativt nytt begrep, slik at det meste av litteraturen jeg har funnet på dette feltet er fra 2000-tallet og frem til i dag. Jeg har hentet statistikk fra Verdens helseorganisasjon (WHO) som driver internasjonal forskning og helsearbeid i hele verden. Litteraturen som belyser vold i hjemmet og traumer, har jeg hentet fra Kjersti Narud og Marius Råkil, som begge er psykiatrieksperter og som har skrevet mye på dette feltet. Teorien om traumebevisst omsorg er hentet fra Howard Bath som er en sentral opphavsperson på dette feltet, og Tone Weire Jørgensen og Heine Steinkopf fra RVTS-sør, samt en rekke fagfelleverderte artikler og boka «Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid». Denne litteraturen har vært med på å belyse min problemstilling og har gitt meg en økt forståelse og en bredere kunnskap om vold i hjemmet, traumer og traumebevisst omsorg.

## 1.6 Sosialpolitiske rammer og relevans

Vold mot kvinner er et globalt problem og er brudd på menneskerettighetene. WHO anslår at 30% av kvinner i verden har opplevd vold av sin partner. Med andre ord betyr det at en av tre kvinner har opplevd partnervold (Verdens helseorganisasjon, 2013). I 2013 kom WHO ut med en rapport som viste hvilke helseeffekter vold mot kvinner har. Kvinner som blir utsatt for vold av partner, har i tillegg til fysiske skader, dobbelt så høy risiko, sammenlignet med kvinner som ikke har opplevd vold i hjemmet, til å utvikle depresjon og kan utvikle angst, post-traumatisk stresslidelse og selvmordstanker (Verdens helseorganisasjon, 2013). I boken *Vold mot kvinner* nevnes det om vold at «som samfunn bidrar vi til å skjule den som en sosial realitet gjennom ikke å gjøre den til sosialpolitisk tema i en størrelsesorden som står i forhold til voldens faktiske omfang i samfunnet vårt» (Isdal og Råkil, 2002, s. 107). Vold i hjemmet blir skjult av både voldsutøver og offer. Det snakkes ikke om i deres sosiale nettverk, og

dermed opprettholdes volden og det øker sjansen for at volden gjentas (Isdal og Råkil, 2002). Å oppleve vold av partner, en person man i utgangspunktet kan være veldig glad i, kan være svært traumatisk og forvirrende for mange. Derfor kan det tenkes at det viktig at helsepersonell og omsorgspersoner som møter disse kvinnene har den kunnskapen og de ferdighetene som trengs for å hjelpe dem med å takle traumene, og forebygge retraumatisering. Som nevnt i innledningen er traumebevisst omsorg en relativt ny forståelsesramme, men denne tilnærmingen tar sikte på å hjelpe omsorgspersoner med å forstå traumeproblematikk og på den måten virke som en retningslinje for hvordan man skal møte traumeutsatte mennesker.

## 2. Teori

### 2.1 Vold i hjemmet

Et hjem representerer den private sfære, der man skal ha mulighet for å slappe av og være seg selv. En skal kunne kjenne på en forutsigbarhet og en trygghet i eget hjem. Vold i hjemmet tar bort denne forutsigbarheten og tryggheten. Alsaker sier det slik: «Å leve med vold i hjemmet er å leve i en tilværelse av konstant negativ spenning, der en ikke lenger kan være avslappet til stede i eget liv» (Alsaker, 2014, s. 231). Alsaker nevner videre at vold må forstås som en måte å håndtere makt og avmakt på. Ifølge Råkil (2002, s. 104) er vold en effektiv måte å opprettholde makt på i et forhold, og for de fleste menn vil intensjonen med volden være å kunne kontrollere kvinnen. Hagen (2016, s. 44) skriver at å bli utsatt for vold av sin nærmeste, undergraver ens selvtillit og verdi som menneske, og kan føre til en sterk opplevelse av ensomhet og skam. Skammen kan være så stor at kvinnen kutter kontakten med andre mennesker fordi hun ikke ønsker at noen skal få vite om volden. Med andre ord kan det å leve med vold i hjemmet innebære at man blir sett på som et objekt av sin partner og at man blir fratatt kontrollen over sitt eget liv. Kvinnen har «... mistet grepet på det å leve» (Alsaker, 2014, s. 231).

### 2.1.1 Voldens ulike former

Kvinner kan utsettes for mange typer vold i sitt eget hjem. Volden kan være av fysisk art, noe som er relativt lett å oppdage da mye av den etterlater synlige bevis. Seksuelle overgrep er vold som ofte ikke etterlater bevis. I tillegg kan partneren også utsette kvinnen for psykisk vold, noe som ofte er usynlig for omverdenen.

Om fysisk vold skriver Isdal (2000, s. 43) at det blir tatt i bruk en fysisk makt for å skremme, krenke og skade, samt påvirke personen til å slutte å gjøre noe eller påvirke til å gjøre noe mot sin vilje. Fysisk vold kan innebære alt fra slag, spark, klyp, å kaste gjenstander på personen eller drap (Isdal, 2000). Ifølge Askeland, Strand & Sætre (2002, s. 67) vil de aller fleste skader på kroppen heles, men noen kvinner kan få langvarige smerter og permanente skader, som for eksempel hjerneskader eller skader på sanseorganene.

Seksualisert vold blir ofte sett på som den mest skambelagte formen for vold. Seksualisert vold kan være alt fra kommentarer om kropp, uønsket seksuell berøring, voldtekt, skader på kjønnsorgan til tvunget sex med andre. Fysisk vold og seksualisert vold kan henge tett sammen. Askeland et al. (2002, s. 71) skriver at et typisk fenomen etter en voldsepisode er at mannen kan bli fortvilet etter å ha utført fysisk vold mot kvinnen og deretter søker trøst og nærhet. Trøsten og nærheten søker han gjennom sex. For mannen kan dette oppleves som tilgivelse, men for kvinnen kan det oppleves som voldtekt. Kvinnen kan bli redd for at han skal bli sint og fortsette den fysiske volden dersom hun sier nei eller hvis hun prøver å dra seg unna.

Lynum nevner at «Begrepet psykisk vold innebærer mange forhold, som psykisk mishandling og plaging, kontroll over økonomi, isolerende atferd, degraderende og ydmykende atferd som bryter ned kvinnens selvtillit ...» (2014, s. 91). Den psykiske volden kan også innebære trusler om vold, drap og selvskading. Direkte og indirekte trusler kan være å ta livet av eller skade kvinnen, ta livet av eller skade seg selv eller noen hun er glad i. Om paret har barn sammen kan partneren true med å skade barnet. Askeland et al. (2002) skriver at de direkte truslene ofte er enkle å se for kvinnen, men det finnes en annen form for psykisk vold som er mer skjult. Partneren kan utøve vold og samtidig virke kjærlig og vennlig, sende sms og ringe mye til kvinnen, ta ansvar for økonomi og hente henne. Denne oppmerksomheten kan oppleves som positivt for kvinnen, men den bunner ut i sjalusi,



usikkerhet og behov for kontroll, og er mye vanskeligere å oppfatte. Videre hevder Lynum (2014, s. 91) at kan psykisk vold innebære «latterliggjøring, gjentatt sårende kritikk, ignorering og taushet, uriktige anklager, påstander og forhør ...».

Askeland et al. (2002, s. 71) nevner en studie gjort i 1999 som fant at 72% av kvinnene i undersøkelsen mente at den psykiske volden var verre og hadde en mer alvorlig virkning enn den fysiske volden. Ifølge Lynum (2014, s. 97) er den psykiske volden i større grad enn den fysiske volden knyttet til psykiske helseskader, og den psykiske volden legger også grunnlaget for hvordan kvinnen forstår den fysiske volden.

Med andre ord kan vold i hjemmet innebære fysisk, seksuell og psykisk vold. Volden kan være sammensatt og omfattende, og det voldelige forholdet kan være forvirrende for kvinnen da partneren kan virke kjærlig og gi henne mye oppmerksomhet, samtidig som han utøver vold. Volden som kvinner utsettes for i hjemmet, om det er fysisk, seksuell eller psykisk vold, kan ha alvorlige og traumatiske konsekvenser.

## 2.2 Traumer

Et traume kan bli definert som et resultat av en eller flere hendelser som oppleves psykisk og fysisk truende og/eller skremmende, som en ikke klarer å kontrollere, og som har en uheldig og vedvarende effekt på personens velvære og evne til å fungere psykisk, fysisk og emosjonelt (Anyikwa, 2016). Hagen definerer traumer som «... negative opplevelser som angriper nettverket av erfaringer og forestillinger som gjør livet forståelig og meningsfylt» (Hagen, 2016, s. 40-41).

Innenfor traumbegrepet skiller en ofte mellom traumatisering forårsaket av enkelthendelser, for eksempel ulykker, naturkatastrofer eller brann, og traumatisering forårsaket av gjentatte hendelser påført av andre mennesker, som for eksempel mishandling og tortur. Psykiateren Sverre Varvin nevner at en skade som er påført med vilje av andre mennesker er svært alvorlig på sikt (2010, s. 412). Det er viktig å påpeke at ikke alle som opplever vonde hendelser, som blir traumatiserte av hendelsene. Thelle (2016, s. 101) nevner at det derfor er mer riktig å henvise til disse hendelsene som potensielt traumatiserende hendelser. Videre

nevner Thelle (2016, s. 101) at risikoen av traumatisering avhenger av personens iboende styrke og tidligere hendelser i livet.

Varvin (2010) nevner tre forhold knyttet til traumatisering. Det første er at en hendelse som oppleves forferdelig skjer, og at personen er overlatt til noe ukjent og skremmende. Det andre forholdet er at personen føler seg hjelpeløs og alene, og at ingen kommer til unnsetning. Det tredje forholdet er en subjektiv opplevelse av at ingen rundt bryr seg om det som har skjedd. Varvin nevner også at disse forholdene kan være tilstede lenge etter at hendelsen(e) har skjedd, og at det kan ta lang tid før man føler seg trygg igjen (Varvin, 2010, s. 411).

Når en traumatisk hendelse skjer, vil det kroppslige forsvarssystemet vårt aktiveres automatisk. Dette er det autonome nervesystemet vårt, som styrer våre ufrivillige responser og består av to deler. Den sympatiske delen og den parasympatiske delen. Den sympatiske delen aktiverer kamp- og fluktresponsene, og den parasympatiske delen vil prøve å beholde lav grad av aktivering, altså lammelseresponsen (Flaten & Åsli, 2011). Disse refleksene er instinktive og «responser på utfordringen man står overfor, kommer derfor uhyre kjapt» (Fersnes, 2014, s. 192). Tankene kobles ut og det kroppen gjør vil ha forrang.

Denne utkoblingen vil skje automatisk ved traumatiske hendelser, men den kan også læres og dermed skje flere ganger etter hendelsen(e) slik at den blir automatisert, noe som innebærer at personen hele tiden er på vakt etter fare og trusler. For at det skal skje en avlæring av denne overaktiveringen (flykte eller kjempe) og underaktiveringen (lammelse), må "den fysiologiske aktiveringen være innenfor den enkeltes tålegrense og verken være for lav eller for høy" (Thelle, 2016, s. 105). Tålegrensen omtales som toleransevinduet i traumebevisst omsorg, som jeg skal komme tilbake til senere i oppgaven.

### 2.2.1 Traumer som konsekvenser av vold

Som nevnt tidligere vil ikke alle personer få traumatiske skader av vold. Risikoen for skade avhenger av kvinnens iboende styrker, omfanget av volden og hvor lenge volden pågår. Men studier peker på at kvinner som opplever vold i hjemmet har høy risiko for å få traumatiske skader da volden de blir påført ofte er over lengre tid og skjer på emosjonelle, psykiske og fysiske nivå (Anyikwa, 2016).

Ifølge Bækkelund (u.å.) vil reaksjonene på traumatiske enkelthendelser for noen mennesker, avta med tid. Men for noen mennesker som opplever gjentatte traumatiske opplevelser, slik som kvinner med voldelige partnere, kan reaksjonene komme gjentatte ganger. Dette blir omtalt som post-traumatisk stresslidelse, eller PTSD. Denne lidelsen kjennetegnes ved symptomer som over- og underaktivering, flashbacks og unngåelsesatferd. (Lynum, 2014).

### **Over- og underaktivering**

Thelle (2016) påpeker at traumeutsatte ofte vil svinge mellom overaktivering og underaktivering. Man vil derfor ofte se en veksling mellom frakopling, altså unngåelse av det som kan minne om de traumatiske opplevelsene, og overveldes av små ting som ikke-traumatiserte personer ikke vil reagere kraftig på. Ved underaktivering kan det bli vanskelig å få kontakt med kvinnen fordi hun går inn i seg selv og ikke er oppmerksom på det som skjer rundt henne. Hyperaktivering, som vil si at kvinnen er overaktivert, er en kronisk stresstilstand som innebærer at kvinnen er i konstant alarmberedskap. En hyperaktivert tilstand er ifølge Askeland et al. (2002, s. 68) svært energitappende for kvinnen. Hun er alltid på vakt etter fare, og hun kan være urolig, lettskremt, ha konsentrasjonsvansker og ha sinneutbrudd.

### **Flashbacks**

Hukommelsen vil i mange tilfeller bli påvirket av traumene. Dette er fordi kvinnen ikke klarer å bearbeide og lagre de traumatiske hendelsene på en normal måte. Ifølge Fersnes (2014, s. 193) vil hendelsene lagres som fragmenter i psyken, og gjennom flashbacks vil disse fragmentene komme til overflaten. Hendelsene kan dermed huskes som panikk, sinne, smerte eller lignende fragmenter (Fersnes, 2014). Mange kvinner vil ha gjenopplevelser av volden, i form av flashbacks, og disse kan komme både i ubevisst og bevisst tilstand. I ubevisst tilstand kommer gjenopplevelsene i drømmer og mareritt. Gjenopplevelsene kan bli trigget av noe hun ser, hører, lukter eller rører (Askeland et al, 2002, s. 68-69).

### **Unngåelsesatferd**

Dersom kvinnene som har forlatt de voldelige partnerne sine, utvikler posttraumatisk stresslidelse, vil et klassisk symptom være at de skaper strategier for å unngå å bli utsatt for vold igjen eller gjenoppleve minnene. Atferden kjennetegnes ved at de unngår eller prøver å unngå alt som kan minne om volden. Noen kvinner vil for eksempel slutte å gå ut, noen vil

unngå andre mennesker og noen vil prøve å unngå steder som kan minne dem om hendelsene (Askeland et al 2002, s. 69) Noen kvinner vil også benekte at volden har skjedd, at det ikke var så alvorlig eller at det ikke vil skje igjen - det var bare den gangen. Dette kan hjelpe kvinnen der og da men Råkil (2002) forteller at dette kan være med på å holde kvinnen i voldsforholdet. Unngåelse av det som minner om volden kan gi utslag i isolering, rusmiddelmisbruk, selvskading, nummenhet, manglende evne til å glede seg over ting eller å oppleve kjærlighet (Thelle, 2016).

Ifølge WHO (2013) kan kvinner som blir utsatt for vold i hjemmet, i tillegg til PTSD oppleve å få andre helseproblemer, som for eksempel depresjon, nedsatt livskvalitet og økt risiko for selvmord. Alsaker (2014, s. 232) nevner at Norges befolkning har en generelt høy livskvalitet, men kvinner som har opplevd vold i hjemmet rapporterer svært lav livskvalitet.

Som nevnt har kvinner som har vært utsatt for vold i hjemmet, stor risiko for å utvikle traumer og PTSD. De kan oppleve å være i et konstant alarmberedskap, få flashbacks og utvikle uheldige strategier for å unngå å bli minnet på hendelsene. Finsrud og Hansen (2014, s. 83) skriver at å bryte ut av voldelige forhold og det å søke hjelp kan være vanskelig for mange kvinner. For å kunne hjelpe disse voldutsatte og potensielt traumatiserte kvinnene, er det ut i fra teorien om traumebevisst omsorg viktig at omsorgspersonene er bevisste og forstår de potensielle traumene. Jeg skal videre presentere traumebevisst omsorg som forståelsesramme, og dens prinsipper.

## 2.3 Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg er en forståelsesramme og en tilnærming som tar høyde for at traumer kan være en del av alle menneskers liv, og som tar hensyn til hvilke konsekvenser traumatisering kan ha på lang og kort sikt. (Hagen, 2016). Traumebevisst omsorg innebærer derimot ikke at omsorgspersonen skal fokusere på de traumatiske hendelsene, men være bevisst hvilke følger de kan ha og forstå dem for så å kunne se på hva som kan gjøres for kvinnen her og nå. Fersnes (2014, s. 189) påpeker at en fagperson som har kunnskap om vold og traumer kan gjøre en viktig jobb, selv om denne personen bare er inne i saken i kort tid. Med andre ord kan det å være traumebevisst hjelpe kvinner som har opplevd vold, selv om relasjonen mellom dem ikke er langvarig.

Howard Bath (2008) som er en av opphavspersonene til traumebevisst omsorg, skriver at det finnes mange forskjellige traumebehandlinger og metoder, og at det er en debatt om antall faktorer som må være tilstede for at det skal skje en tilhelingsprosess. Han påpeker at det likevel ser ut til å finnes tre essensielle hovedfaktorer som må være tilstede i møte med traumeutsatte. Disse er faktorene er trygghet, relasjon og følelsesregulering. Andre forskere har utvidet denne forståelsen, og har i tillegg til disse faktorene, innlemmet samarbeid og empowerment.

Ifølge Jørgen og Steinkopf (2013) kan traumebevisst omsorg sees på som et hus som man bygger rundt pasienten eller brukeren. Det er grunnmuren som omsorgsarbeidet hviler på. Intervensjonen som blir brukt kan sees på som interiøret i huset. Altså hvordan omsorgspersonene skal hjelpe personen. De påpeker at grunnmuren skal alltid komme først, deretter interiøret. Huset støttes opp av de tre grunnprinsippene; trygghet, relasjon og følelsesregulering.

### 2.3.1 Trygghet

Det første og viktigste prinsippet i traumebevisst omsorg ifølge Bath (2008) er trygghet. For kvinnen som har opplevd vold i hjemmet, der man i utgangspunktet skal føle seg mest trygg, er det beskyttende blitt borte, og hun kan føle at hun ikke er trygg noen steder. Derfor vil ifølge Varvin det første målet i møte med kvinnen være «... å hjelpe til med å gjenopprette trygghet og restituere menneskeverd» (Varvin, 2010, s. 418).

Jørgensen og Steinkopf (2013) peker på at trygghet for traumatiserte mennesker handler om opplevd trygghet, noe som ikke bare innebærer en fysisk trygghet, men også en emosjonell trygghet. Ifølge Anyikwa (2016) vil det som oppleves som trygt være individuelt fra person til person, og det er derfor viktig at omsorgspersonen i møte med kvinnen får høre hennes historie og dermed finne ut hva som potensielt kan trigge hennes traumer.

Ifølge Hansen og Finsrud (2014, s. 83) kan selv det å snakke om volden være traumatiserende, og at det kan føles som at man opplever volden på nytt. Kvinnen kan ha vanskelig for å skille mellom det som har skjedd i fortiden og det som skjer nå, og som nevnt

i 2.2.1 kan flashbacks av volden minne henne på hva som har skjedd eller deler av det som har skjedd. Kvinnen kan være konstant på vakt etter fare, og vil derfor ikke kunne føle at hun er trygg uansett hvor hun er. Ifølge Anyikwa (2016) kan det å identifisere kvinnens triggere og skape et trygt miljø hjelpe til å redusere faren for retraumatisering.

Det kan for mange kvinner ta lang tid før de føler at de er trygge igjen, men Bath (2008) understreker at dette er det viktigste som må være på plass før traumebehandling kan begynne. Å skape og opprettholde trygghet innebærer flere faktorer, blant annet krever det at omsorgspersonen er ærlig, tilgjengelig og pålitelig (Bath, 2008). Ifølge Wilson et al. (2015) er avdekking av potensielle triggere en stor del av å bygge opp den emosjonelle tryggheten, men de peker også på at alle som jobber på krisesenteret må ha en ikke-dømmende holdning i møte med traumeutsatte, og at de kommuniserer og opptrer på en forutsigbar måte. At omsorgspersonen gir tydelig informasjon, gir kvinnen så mye kontroll og valg som mulig i prosessen, bidrar også til å skape trygghet for kvinnen. (Elliott, Bjelajac, Fallot, Markoff & Reed, 2005).

### 2.3.2 Relasjon

Relasjon er det andre prinsippet i traumebevisst omsorg, og henger tett sammen med trygghet. Fersnes (2014, s. 201) nevner at for at en tilhelingsprosess skal skje, må den finne sted i en trygg relasjon. I en tilhelingsprosess vil dette ofte være relasjonen mellom den profesjonelle omsorgspersonen og den traumeutsatte. Wilson, Fauci og Goodman (2015) skriver at traumebevisst omsorg ofte bare blir forbundet med intervensjonen og de aktivitetene som blir satt i gang, men at det kritiske vil være hvordan omsorgspersonen forholder seg til den traumeutsatte.

Ifølge Bath (2008, s. 19) er positive relasjoner mellom mennesker nødvendig for at det skal skje en sunn menneskelig utvikling. Å oppleve traumatiske hendelser vil kunne undergrave eller ødelegge slike relasjoner. Abrahams (2010, s. 60) skriver at mange kvinner som opplever eller har opplevd vold i hjemmet kutter kontakten med familie og venner. Årsaken til dette er at de ønsker å beskytte sine nærmeste mot den voldelige partneren, samt for egen sikkerhet. Videre skriver Abrahams (2010) at når kvinnene har klart å bryte ut av det voldelige forholdet, og føler seg trygge igjen, kan de gjenoppta kontakten med familien og venner.

Bath poengterer det samme som Fernes, nemlig at en god relasjon mellom omsorgsperson og traumeutsatt er viktig for at det skal skje en tilhelingsprosess. Ifølge Misund (2017, s. 135) vil en god relasjon mellom omsorgsperson og den traumeutsatte kunne føre til at de traumatiske hendelsene bearbeides og integreres. Det vil si at kvinnen får en forståelse av hva som har skjedd og at hendelsene lagres på riktig måte i hukommelsen. Er relasjonen dårlig, vil det kunne føre til at hendelsene ikke blir integrerte og kan dermed dukke opp igjen flere ganger i forløpet av tilhelingsprosessen (Misund, 2017).

Det er flere forhold som spiller inn i relasjonsbyggingen mellom den profesjonelle omsorgspersonen og kvinnen. Misund (2017, s. 135) peker på en studie som viser at mennesker som har hatt en trygg tilknytning i oppveksten, oppnår bedre relasjoner med omsorgspersoner enn de som ikke har hatt en trygg tilknytning. Med andre ord vil kvinnens tilknytningserfaringer ha betydning i relasjonen til omsorgsperson og de vil ha betydning for hvordan kvinnen kan bearbeide de traumatiske hendelsene.

Ifølge Fersnes (2014, s. 201) må kvinnen «... få muligheten til å føle at et annet menneske er godt og til å stole på». Derfor vil tillit ha stor betydning for relasjonen mellom omsorgsperson og kvinnen. Hagen (2016, s. 29) skriver at det å bygge tillit hos den traumeutsatte kan være en utfordring fordi tilliten hos den traumatiserte har blitt krenket på det groveste, og har derfor vanskelig for å stole på andre. Kvinnen kan tolke andres hensikter som onde, og kan oppfatte eller assosiere andre mennesker som truende. Bath (2008) skriver at oppgaven for omsorgspersonen er blant annet å hjelpe med å restrukturere disse assosiasjonene, slik at kvinnen lærer å skille mellom hvem som er en trussel og hvem som ikke er det.

Andre forutsetninger for å bygge en god relasjon er ifølge Elliott et al. (2005, s. 466) at relasjonen preges av respekt, forutsigbarhet, ikke-dømmende tilnærming og god kommunikasjon. Om relasjonen mellom kvinnen og omsorgspersonen er preget av dette, vil det kunne utvikle tillit og trygghet hos kvinnen. Som Bath nevner, nevner også Elliott et al. (2005, s. 466) at disse faktorene er essensielle i kvinnens tilhelingsprosess.

### 2.3.3 Følelsesregulering

Ifølge Fersnes (2014) vil mange traumeutsatte få vansker med følelsesregulering etter å ha opplevd vold. Som nevnt tidligere kan kvinnen svinge mellom underaktivering og overaktivering, noe som kan resultere i at hun får følelsesutbrudd eller at hun er frakoplet og oppleves som ikke tilstede her og nå. Når man er overaktivert eller underaktivert vil det være liten mulighet for læring av nye atferdsmønstre (Jørgensen og Steinkopf, 2013, s. 4). Fersnes (2014, s. 196) nevner at kvinner med traumer kan få sterke humørsvingninger og at dette er vanlig og krevende for både kvinnen og omsorgspersonen. For de som ikke har kunnskap om traumer, kan slike følelsesutbrudd støte bort andre (Fersnes, 2014, s. 196).

I traumebevisst omsorg prøver man ifølge Jørgensen og Steinkopf (2013) å finne ut hva som ligger bak følelsesutbruddene, og refererer til denne atferden som et smerteuttrykk. Det vil alltid ligge en følelse bak en handling, og Jørgensen og Steinkopf (2013) peker på at i utøvelsen av traumebevisst omsorg er det følelsen man skal møte, ikke atferden.

Jørgensen og Steinkopf (2013) skriver at omsorgspersonen ikke kan fjerne den traumeutsattes følelser eller opplevelser, men omsorgspersonen kan hjelpe den traumeutsatte med å regulere disse følelsene slik at hun blir i stand til å møte og håndtere smerten på egen hånd, og etter hvert legge de traumatiske hendelsene i fortiden. Omsorgspersonen kan gjøre dette ved å bruke toleransevinduet. Toleransevinduet er et begrep og en modell som kan defineres som «den optimale sonen for fysiologisk aktivering» (Siegel, sitert av Hagen, 2016, s. 32), eller rammen for hva følelsene våre kan tåle. Innenfor traumebehandling og traumebevisst omsorg er denne modellen sentral, og den blir brukt til å hjelpe den traumeutsatte til å regulere egne følelser. Ifølge Hagen (2016, s. 33) er toleransevinduet sonen hvor den traumeutsatte klarer å reflektere og regulere egne følelser. Hvis den traumeutsattes følelser beveger seg utenfor denne sonen vil det skje en overaktivering eller en underaktivering, slik jeg har presentert i 2.2.1. Denne modellen kan virke som en retningslinje for hvordan kravene til den traumeutsatte skal legges opp, slik at de blir tilpasset personens følelsesmessige kapasitet (Hagen, 2016). Hagen påpeker videre at dersom disse kravene blir for store, kan det innebære at stressnivået blir for høyt og den traumeutsatte vil gå ut av sitt toleransevindu (Hagen, 2016, s. 32).



### 3. Drøfting

Som nevnt innledningsvis, vil jeg nå drøfte traumebevisst omsorg ut fra en konstruert, fiktiv fortelling og se på hvordan traumebevisst omsorg kan hjelpe Marianne etter de traumatiske hendelsene hun har opplevd i forholdet med Ronny. Drøftingen vil omhandle hvordan en profesjonell omsorgsperson kan hjelpe Marianne ved å utøve traumebevisst omsorg, med fokus på de tre prinsippene trygghet, relasjon og følelsesregulering.

#### 3.1 Traumebevisst omsorg

Ifølge Hagen (2016, s. 28) er det som skiller traumebevisst omsorg fra vanlig omsorg at traumebevisst omsorg tar hensyn til hvilke potensielle traumer personen kan ha, og at man har forståelse for smerteuttrykkene som personen kan ha. Hagen vil dermed hevde ut ifra hva Marianne har opplevd, at vanlig god omsorg ikke vil være nok for at hun skal kunne bearbeide det hun har opplevd og gå videre i livet. Marianne forteller at hun har opplevd mye vold av sin partner, Ronny, både fysisk og seksuell vold over en periode på fem år. Marianne opplevde også mye psykisk vold. Hun forteller at hun aldri visste hvilket humør Ronny var i, at hun ble truet på livet og at Ronny truet med å drepe dem hun er glad i. Å leve i et voldelig forhold i så mange år, hvor hun hele tiden må være på vakt, og føler seg maktesløs, kan ifølge Lynum (2014) være psykisk nedbrytende for kvinnen. Marianne forteller også at barnet hennes, Ida, har vært vitne til noe av denne volden, noe som kan innebære at de begge kan ha blitt traumatiserte av det de har opplevd. Når Marianne og Ida ankommer krisesenteret kan de være i sjokk, og ifølge Hansen og Finsrud (2014) kan Marianne ha vanskelig for å sette ord på det hun har opplevd. I tillegg til å være i sjokk, kan Marianne og Ida ha post-traumatisk stresslidelse, samt andre helseplager når de ankommer krisesenteret.

Traumebevisst omsorg er som nevnt ikke en behandlingsmetode og går ikke inn i dybden i traumene personen har. Traumebevisst omsorg innebærer at omsorgspersonen utvikler en forståelse av at Marianne har opplevd noe så traumatisk og skremmende at det kan prege henne for resten av hennes liv. Det er viktig at omsorgspersonen vet hva som ligger bak Mariannes traumer for å kunne forstå traumene, men de spesifikke hendelsene i seg selv vil ikke være i fokus, slik de kan være i en terapeutisk behandlingsform.

Omsorgspersonen vil i utøvelsen av traumebevisst omsorg med Marianne, ha fokus på hva som kan gjøres for Marianne og Ida når de er på krisesenteret. Dette innebærer at hun arbeider for at de skal føle seg fysisk og emosjonelt trygge, opparbeide en trygg og tillitsfull relasjon og hjelpe Marianne med å regulere og forstå sine følelser. Ved at omsorgspersonen setter fokus på de tre prinsippene i møte med Marianne, og forteller Marianne at konsentrasjonsvansker, mareritt, plutselige følelsesutbrudd, nummenhet og urolighet er normale reaksjoner på det hun har opplevd, kan Marianne bedre forstå sine reaksjoner og dermed komme raskere i gang med en tilhelingsprosess. Selv om denne omsorgspersonen kanskje ikke vil være med Marianne og Ida i lang tid, kan det at denne omsorgspersonen utøver traumebevisst omsorg, være banebrytende for videre behandling (Fersnes, 2014).

### 3.1.1 Trygghet

I traumebevisst omsorg er trygghet omtalt som det viktigste prinsippet, og det vil derfor være omsorgspersonens hovedfokus i det første møtet med Marianne og Ida. Når Marianne og Ida kommer til krisesenteret kan det ut i fra fortellingen tenkes at de begge er svært opprørte. Spesielt Marianne, som rett før hun dro til krisesenteret ble bundet til et tre og måtte komme seg løs på egen hånd. I det første møtet påpeker Fersnes (2014, s. 206) at kvinnen må få informasjon om vold og normale reaksjoner så raskt som mulig. Dette er viktig for å sikre at hun forstår hva som har skjedd og at hun ikke setter spørsmålstejn ved seg selv og føler at hun har skyld for det som har skjedd med henne. Dermed må omsorgspersonen, ifølge Fersnes, finne ut om Marianne forstår det som har skjedd og samtidig gjøre det klart for henne at hun har normale reaksjoner. På en annen side kan det tenkes at informasjon kan bli overveldende for en kvinne som kan være overaktivert og i fluktmodus. Det kan tenkes at Marianne ønsker å være i fred når hun ankommer krisesenteret og ikke vil snakke med noen før hun og Ida har roet seg og er klar til å snakke. Som nevnt tidligere vil opplevd trygghet være det viktigste, altså at Marianne og Ida føler seg trygge på krisesenteret. Da er det viktig at omsorgspersonen tar hensyn til om Marianne føler seg klar til å snakke om det som har skjedd, eller om hun ønsker å være alene med Ida for å roe seg og samle tankene.

Den emosjonelle tryggheten kan ta lang tid å bygge opp, da Marianne og Ida har levd i frykt i en lang periode. Den traumebevisste omsorgspersonen vil være bevisst konsekvensene av traumatisering, og kan dermed kjenne igjen symptomer på PTSD. Som nevnt tidligere kan

bare det å snakke om volden være retraumatiserende, og Marianne kan derfor ha vanskelig for å skille mellom fortid og nåtid. Gjenopplevelsene som Marianne kan ha etter at hun flyktet fra Ronny, kan konstant minne henne på volden, og føre til at hun hele tiden er på vakt etter fare. En del av arbeidet med Marianne vil derfor være å identifisere hva som kan trigge disse gjenopplevelsene som kan gjøre at hun ikke føler seg trygg. Dette er noe omsorgspersonen og Marianne kan komme frem til gjennom dialog, og de kan sammen skape et trygt miljø uten slike triggere. Ved å hjelpe Marianne til å identifisere triggere, kan dette igjen hjelpe henne til å føle seg tryggere og få en forståelse av egen atferd og følelser.

Men å oppleve et sted som trygt eller ikke, vil være forskjellig fra person til person, og det kan ta svært lang tid å avdekke triggere. Det er ingen garanti for at man klarer å avdekke alle. Ifølge Cleary og Hungerford (2015, s. 373-374) kan den profesjonelle omsorgspersonen oppfatte krisesenteret som trygt fordi hun kjenner stedet godt og har jobbet med flere traumeutsatte kvinner, mens den traumeutsatte derimot kan oppfatte krisesenteret som utrygt. Ifølge Elliott et al. (2005) kan opplevelsen av trygghet også bli ødelagt i selve møtene med omsorgspersonen, hvor omsorgspersonen mener vel ved å utfordre kvinnens grenser, mens kvinnen kan oppleve det som en invadering. Som nevnt tidligere påpeker Bath (2008) at et trygt miljø krever at omsorgspersonen er tilgjengelig og forutsigbar. Det kan blant annet innebære at kvinnen vet når hennes profesjonelle omsorgsperson er på jobb og tilgjengelig. Dette kan i seg selv også bli en utfordring da uforutsette ting kan oppstå i omsorgspersonens liv, som for eksempel sykdom eller ulykker, som kan forhindre at omsorgspersonen kommer seg på jobb.

### 3.1.2 Relasjon

Siden Marianne har opplevd vold og blitt krenket av Ronny, han som var hennes nærmeste, kan det derfor tenkes at hun vil ha vanskelig for å stole på andre mennesker. Ifølge Hagen (2016, s. 54) er tillit et svært vanskelig område for mennesker som har opplevd vold i hjemmet, da deres tillit har blitt misbrukt på det groveste av dem som skulle beskytte og verne om dem. Omsorgspersonen vil være fremmed for henne og Ida, og det kan tenkes at å åpne opp om sine opplevelser for en fremmed kan være vanskelig. Hansen og Finsrud (2014, s. 245) skriver at kvinnen kan ha vanskelig for å sette ord på hva som har skjedd fordi hun ofte er i en sjokkfase når hun etter lang tid har forlatt partneren. Samtalen om det som har skjedd

kan være tidkrevende, og Hansen og Finsrud (2014, s. 235) påpeker at omsorgspersonen derfor må vise overfor kvinnen at hun har tid til å lytte til henne og formidle trygghet.

Marianne må føle at hun er trygg før hun kan begynne å bygge en god relasjon til omsorgspersonen, men på en annen side kan også det å bygge en god relasjon til omsorgspersonen være med på å skape en trygghet for Marianne. Derfor henger trygghet tett sammen med relasjon. Det krever også at det bygges en tillit mellom omsorgspersonen og Marianne. Hagen skriver at «å formidle til pasienten at hun har normale reaksjoner på unormale erfaringer kan være anerkjennende og forløsende ord som kan legge grunnen for utvikling av tillit hos pasienten" (Hagen, 2016, s. 139). Dette kan være en måte for omsorgspersonen å begynne utviklingen av tillit hos Marianne, og det kan også hjelpe Marianne å få en forståelse av det hun har opplevd. Derimot er tillit noe som ikke oppstår mellom alle mennesker, og det kan derfor hende at Marianne ikke liker sin omsorgsperson eller føler at det ikke kan bygges en tillit mellom dem. Dette kan man ikke vite på forkant, og en må derfor prøve og se om det kan bygges en tillit. Elliott et al. (2005) påpeker at dersom kvinnen og den profesjonelle omsorgspersonen ikke kommer overens, kan det beste for kvinnen være å få en ny omsorgsperson. Men dette kan igjen bli utnyttet ved at kvinnen sier nei til alle omsorgspersoner før hun har blitt kjent med dem og de har fått en sjanse til å utvikle tillit til hverandre.

Ved at Marianne får en god relasjon til omsorgspersonen, kan det tenkes at hun samtidig lærer at hun kan begynne å stole på andre mennesker igjen. Traumebevisst omsorg ser ikke bare relasjonen mellom omsorgsutøver og traumeutsatt som viktig, men vektlegger også andre relasjoner som kan virke støttende for den traumeutsatte. (Wilson et al., 2015). Shulman (2003, s. 181) skriver at å identifisere slike støttende relasjoner kan spille en viktig rolle i hvordan personen mestrer sine påkjenninger. Wilson et al. (2015) peker på at andre relasjoner, som for eksempel familiemedlemmer og venner som man allerede har et godt forhold til, kan være støttende for kvinnen. De skriver videre at familien og venner også kan være gode støttespillere når kvinnen forlater krisesenteret.

Siden Marianne har latt moren sin passe Ida, kan det tenkes at hun stoler på henne, og at relasjonen mellom foreldrene og Marianne derfor kan være en støtte for henne. Som nevnt i 2.3.2, vil mange kvinner skjule volden for familien, og det ser vi at Marianne har valgt å gjøre for sine foreldre. Shulman (2003, s. 368) peker på at familiehemmeligheter kan hindre

familien i å fungere optimalt, og siden Marianne ikke har fortalt foreldrene om volden hun har vært utsatt for i så mange år, kan dette være en barriere i relasjonen mellom dem.

Selv om Marianne ikke har fortalt foreldrene om volden, kan de ha sine mistanker. Ida kan for eksempel ha sagt noe eller gjort noe som har gjort dem mistenksomme, eller at Marianne har hatt blåmerker på kroppen som hun kan ha bortforklart. For at relasjonen mellom Marianne og foreldrene skal fungere optimalt og at den kan være en støtte for Marianne og Ida, kan det være en idé å oppfordre Marianne til å fortelle foreldrene om volden. Marianne forteller at hun ikke sa noe til foreldrene i frykt for hva Ronny kom til å gjøre hvis hun fortalte noen om volden. Nå er Marianne på et krisesenter, borte fra volden. Det kan likevel være andre forhold som kan hindre Marianne i å ville fortelle foreldrene sine om volden. Ifølge Hansen og Finsrud (2014, s. 83) er det å fortelle om vold i hjemmet ofte forbundet med skam, og det kan derfor tenkes at Marianne, selv om volden har opphørt, likevel vil ha vanskelig med å fortelle foreldrene om volden hun har vært utsatt for. Etter en tid, når Marianne opplever at hun og Ida er fysisk og emosjonelt trygge, og det er opparbeidet en tillit til omsorgspersonen, kan omsorgspersonen prøve å foreslå at Marianne forteller foreldrene om volden.

### 3.1.3 Følelsesregulering

Marianne kan ha vansker med å regulere følelsene sine i møte med omsorgspersonen. Hun har nettopp forlatt sin partner og kan ha mange følelser på en gang, som for eksempel frykt, forvirring, sinne, skam, ensomhet og tristhet. Hun kan oppleve å ikke ha kontroll på disse følelsene og kan få plutselige følelsesutbrudd. Hansen og Finsrud (2014) skriver at kvinnen kan være i sjokk når hun ankommer krisesenteret og presiserer videre at omsorgspersonen som møter Marianne, må ha forståelse for følelsesmessige reaksjoner. Ved å være traumebevisst, vil omsorgspersonen ha forståelse for disse følelsesutbruddene og kan på den måten hjelpe Marianne å regulere disse følelsene. Varvin (2010, s. 204) skriver at mange som har blitt traumatiserte av det de har opplevd, har et behov for å få bekreftelse på det de har opplevd og at det er normalt å ha vanskelige følelser. Omsorgspersonen kan møte Marianne i sine følelser og bekrefte dem ved å uttrykke at det er normalt å ha slike følelser etter å ha opplevd det hun har opplevd. Om omsorgspersonen ser at Marianne blir fjern eller at panikken stiger når hun snakker med henne, kan dette tyde på at Mariannes kropp og psyke «er tilbake i fortiden» og fortidens fare blir for stor i henne. Den profesjonelle

omsorgspersonen kan hente Marianne inn igjen ved å si navnet hennes og be henne legge merke til hvor hun er nå og hvem hun snakker med. (Fersnes, 2014, s. 204).

Jørgensen og Steinkopf (2013) nevner at det motsatte av å regulere følelsene, vil være å straffe eller korrigere atferden. Dette kan for eksempel skje ved å si til Marianne at hun ikke får lov til å bruke banneord på krisesenteret eller at hun må roe seg eller ta seg sammen. For mange vil denne responsen på atferden være vanlig, og grunnen til dette kan være fordi de ikke vet hva de skal si for at kvinnen skal roe seg ned, eller at de mener atferden forstyrrer de andre på krisesenteret. Som nevnt i 2.3.3 er det sentralt å tolke atferden som et smerteuttrykk, og prøve å se hvilke følelser som ligger bak atferden. Ved å tolke atferden til Marianne som at hun ønsker å oppføre seg slik, ser ikke omsorgspersonen følelsene bak denne atferden og omsorgspersonen tolker derfor ikke atferden som et smerteuttrykk. Dette vil kunne hemme Mariannes regulering av følelser og det kan svekke åpen kommunikasjon mellom henne og omsorgspersonen, og hindre at tillit oppstår.

Slik jeg har presentert i teoridelen kan toleransevinduet som modell brukes til å regulere følelser, og den vil kunne brukes i Mariannes tilhelingsprosess. Det kan tenkes at når omsorgspersonen møter Marianne, kan Marianne være i en sjokktilstand, og derfor befinne seg utenfor sitt toleransevindu. Hun kan dermed være overaktivert eller underaktivert. Hagen (2016, s. 32) nevner at den traumeutsatte ikke vil kunne integrere hendelsene hvis hun/han er utenfor sitt toleransevindu, og det kan derfor tenkes at for at Marianne skal kunne integrere hendelsene og få forståelse for hva som har skjedd, må hun komme tilbake til sitt toleransevindu. Når hun kommer tilbake til sitt toleransevindu vil hun kunne reflektere over hva som har skjedd og dermed integrere hendelsene, men dette krever at stressnivået ikke er for høyt og at omsorgspersonen ikke presser Marianne for mye.

Når Marianne opplever at hun er trygg og har en god relasjon til omsorgspersonen, vil det å sette krav og mål være et viktig steg i tilhelingsprosessen. Men dette må skje i henhold til hennes følelsesmessige kapasitet. Om omsorgspersonen presser henne for mye for tidlig, kan dette ifølge Hagen (2016, s. 34) medføre uhensiktsmessige strategier for å mestre egen tilværelse. Disse strategiene kan innebære selvskading, rus eller å gå tilbake til voldsutøveren.

Ifølge Jørgensen og Steinkopf (2013) må omsorgspersonen som skal utøve traumebevisst omsorg være regulert selv, for å kunne regulere andres følelser. «Omsorgspersonen må kunne

tåle å se innover seg selv ...» (Jørgensen og Steinkopf, 2013, s. 9) og kunne kjenne igjen egne trigger i møte med den traumeutsatte. For å kunne hjelpe Marianne med å regulere følelser, må omsorgspersonen derfor tåle det Marianne forteller og kunne regulere egne følelser i henhold til dette. Det krever ifølge Jørgensen og Steinkopf (2013) litt mer enn vanlig stabilitet. Omsorgspersonen må kunne beholde roen når Marianne er utenfor sitt toleransevindu og potensielt får voldsomme følelsesuttrykk. Schibbye (2009, s. 244) skriver at dersom omsorgspersonen ikke har tilgang til sin egen smerte, vil det være vanskelig å forstå den utsattes lidelse. Med andre ord vil det si at om ikke omsorgspersonen kan regulere egne følelser og ha tilgang til sin egen smerte, i møte med Marianne, vil hun ikke kunne utøve traumebevisst omsorg og heller ikke kunne hjelpe med å regulere Mariannes følelser.

### 3.2 utfordringer knyttet til utøvelsen av traumebevisst omsorg

Selv om omsorgspersoner er traumebevisste i møte med kvinner som har opplevd vold i hjemmet, kan det likevel oppstå utfordringer i utøvelsen av traumebevisst omsorg. Sentrale potensielle utfordringer er blant annet føyelighet, maktaspektet og om omsorgspersonen setter av nok tid til den traumeutsatte.

Ifølge Hagen og Barbosa Da Silva (2016) kan nedskjæringer og omorganiseringer medføre utfordringer i møte med traumeutsatte personer og hindre god traumebevisst omsorg. Nedskjæringer kan innebære at færre omsorgspersoner er på jobb, noe som igjen kan føre til mindre tid med de traumeutsatte. Mangel på tid kan føre til dårlig kommunikasjon mellom omsorgspersonen og den traumeutsatte og dermed hindre tillit, tilknytning og samarbeid. Dette er forutsetninger for utøvelsen av traumebevisst omsorg.

For pasienten - og her må en være klar over at traumatiserte mennesker er svært sensitive for om hjelperne er "til stede" - kan en slik mangel på tid, eller "tilstedeværelse" oppleves som avvisning, eller at en ikke er "viktig nok", og dermed føre til opplevelse av skam og utrygghet, og slik hindre åpenhet i forhold til miljøterapeuten (Hagen og Barbosa Da Silva, 2016, s. 193).

Marianne kan ha vanskelig for å snakke ut om det hun har opplevd. Hun har ventet i fem år med å bryte ut av det voldelige forholdet til Ronny og det kan derfor tenkes at hun trenger tid

til å fortelle om volden. Derfor er det svært viktig at omsorgspersonen viser Marianne at hun har tilstrekkelig med tid, og at Marianne opplever at det blir satt av nok tid til å kunne fortelle om det hun har opplevd. Det er også viktig at Marianne opplever at hun får fortelle i sitt eget tempo. Om omsorgspersonen presser Marianne på at hun må fortelle om det som har skjedd, kan dette ha motsatt effekt. Marianne kan stenge av som en form for forsvarsmekanisme, eller som nevnt tidligere, kan det ha u hensiktsmessige konsekvenser, som for eksempel at Marianne tyr til selvskading eller rusmidler, eller går tilbake til Ronny.

Tid er derimot ikke noe omsorgspersoner som skal hjelpe mange voldsutsatte kvinner har i overflod. Omsorgspersoner skal også ha tid til å ta vare på seg selv og sine egne følelser. Askeland et al. (2002, s. 65) skriver at omsorgspersoner kjenner på de voldsutsatte kvinnenes smerte, og det å høre om vold er tyngende og smertefullt å ta innover seg. For å kunne hjelpe kvinner som har opplevd vold i hjemmet og kunne regulere deres følelser, må man ifølge Jørgensen og Steinkopf (2013) være regulert selv. Omsorgspersoner trenger derfor også tid til å kunne regulere seg selv. Tid er svært viktig for at Marianne skal kunne fortelle om volden, og føle seg «viktig nok» i møte med omsorgspersonen. Men nok tid kan derimot være en potensiell utfordring i utøvelsen av traumebevisst omsorg fordi det ikke alltid kan være nok omsorgspersoner på jobb og de ansatte trenger egentid til å prosessere det de får høre på jobben.

En annen potensiell utfordring er føyelighet eller lydighet, som vil si at man sier ja til en anmodning fra en annen, eller at man følger ordre fra andre (Svartdal, 2011). Marianne opplevde gjennom årene å bli påført vold hvis hun gjorde noe som Ronny ikke likte eller ikke gjorde noe som Ronny ba henne om. Ifølge Elliott et al. (2005) kan en overlevelsesmetode for å unngå vold være at kvinner gir etter for hva mannen vil, og underkaster seg og gjør det mannen ber om. Denne overlevelsesmetoden kan ifølge Elliott et al. (2005) henge igjen når hun møter omsorgspersoner. Når omsorgspersonen ber Marianne om noe, kan Marianne føle at hun er nødt til å gjøre det hun blir bedt om for å få hjelp. Dette kan også skje uten at hun er klar over det. Elliott et al (2005) skriver at denne instinktive underkastelsen er vanlig for kvinner som har opplevd vold i hjemmet. For å motvirke denne underkastelsen kan omsorgspersonen, ifølge Elliott et al. (2005), presisere for kvinnen at det er hun som styrer prosessen og at hun har rett til å ikke svare på spørsmål hun ikke vil svare på.



Denne føyeligheten eller lydigheten henger nøye sammen med maktaspektet mellom hjelper og hjelpetrengende. I utøvelsen av traumebevisst omsorg er det, ifølge Reeves (2015, s. 701), viktig å være bevisst at det alltid vil være en ubalanse i makt mellom den som søker hjelp og den som gir hjelp. Som nevnt er det for mange voldsutsatte kvinner vanlig å gi etter for hva mannen vil, og ved å være oppmerksom på dette maktaspektet kan omsorgspersonen lettere legge merke til hvis Marianne underkaster seg eller ikke tar aktivt del i beslutninger om henne selv. Videre skriver Reeves (2015, s. 703) at ved å tilrettelegge for og forsterke kvinnens autonomi så mye som mulig, vil det kunne minimere engstelse og bidra til en bedre opplevelse for kvinnen. Det vil også kunne gi en bedre forståelse av faren for retraumatisering og en bedre fremgangsmåte for å takle retraumatisering.

Med andre ord er det flere faktorer som spiller inn som kan hindre traumebevisst omsorg i møte med traumeutsatte. Alle disse faktorene er vanskelig å styre og forutse, og som omsorgspersonene derfor må jobbe rundt og med hele tiden for å kunne utøve traumebevisst omsorg.

## 4. Avslutning

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan traumebevisst omsorg som forståelsesramme og retningslinje, kan hjelpe kvinner som har opplevd vold i hjemmet. Vold mot kvinner er et globalt problem som trenger å komme frem i dagslyset, og for de som klarer å bryte ut av det voldelige forholdet trengs det kunnskap og metoder for å kunne hjelpe. Jeg har prøvd å sette sammen et helhetlig bilde av hvordan traumebevisst omsorg kan hjelpe disse kvinnene, ved å redegjøre for traumebevisst omsorg og dens prinsipper, noe av problematikken rundt kvinner som opplever eller har opplevd vold i hjemmet, og traumer som konsekvenser av denne volden.

Kvinner som har opplevd vold i hjemmet kan ha traumer i lang tid etter at volden har opphørt, og ha helseplager som for eksempel depresjon, angst og nedsatt livskvalitet. Kvinnene kan ha problemer med å forstå volden samt sine egne følelser, noe som kan gjøre det vanskelig å begynne på en tilhelingsprosess. Disse kvinnene trenger derfor omsorgspersoner som hjelper dem med å forstå sine egne følelser og reaksjoner. For omsorgspersoner og helsepersonell kan traumebevisst omsorg være med på å øke deres kunnskap om traumer som igjen kan fungere som en retningslinje i møtene med disse kvinnene. De tre prinsippene trygghet, relasjon og følelsesregulering henger tett sammen og skaper et trygt miljø hvor kvinnen kan lære å stole på mennesker igjen, og forstå og regulere egne følelser. Det vil derimot alltid være utfordringer knyttet til utøvelsen av traumebevisst omsorg. Som nevnt kan voldsutsatte kvinner være svært varsomme på om omsorgspersonen er tilstede og setter av tid til kvinnen. Føyelighet og maktaspektet er også noe omsorgspersonen må være oppmerksom på for at den traumebevisste omsorgen skal være så god som mulig. På tross av disse utfordringene kan det se ut til at traumebevisst omsorg kan hjelpe voldsutsatte kvinner med å forstå sine reaksjoner, skape trygghet og skape nye og trygge relasjoner.

## 5. Kilder

- Abrahams, H. (2010). *Rebuilding Lives After Domestic Violence: Understanding Long-Term Outcomes*. Hentet fra <https://ebookcentral.proquest.com/lib/agder/detail.action?docID=677656>
- Alsaker, K. (2014). Voldens virkninger på kvinners sosiale liv og arbeidssituasjon. I Narud, K. (Red.). *Vold mot kvinner*. (s. 229-240). Oslo: Cappelen Damm.
- Anyikwa, V., A. (2016). Trauma-Informed Approach to Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Evidence-Informed Social Work*. 13(5). 484-491. Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23761407.2016.1166824?scroll=top&needAccess=true#aHR0cDovL3d3dy50YW5kZm9ubGluZS5jb20vZG9pL3BkZi8xMC4xMDgwLzIzNzYxNDA3LjIwMTYuMTE2NjgyND9uZWVkaWVjZXRyZdWVQAQEAw>
- Askeland, I., R., Strand, A. & Sætre, I. (2002). Voldsutsatte kvinners erfaringer - et bidrag til arbeid med menn som utøver vold. I Råkil, M. (Red.). *Menns vold mot kvinner: Behandlingserfaringer og kunnskapsstatus*. (64-80). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bath, H. (2008). The three pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3). 17-21. Hentet fra <https://s3-us-west-2.amazonaws.com/cxl/backup/prod/cxl/gklugiewicz/media/507188fa-30b7-8fd4-aa5f-ca6bb629a442.pdf>
- Bækkelund, H. (u.å.) *Hva er traumer og traumebehandling?* Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/finn-en-psykolog/hva-er-traumer-og-traumebehandling>
- Cleary, M. & Hungerford, C. (2015). Trauma-informed Care and the Research Literature: How Can the Mental Health Nurse Take the Lead to Support Women Who Have Survived Sexual Assault? *Issues in Mental Health Nursing*. 36(5). 370-378. Hentet fra

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01612840.2015.1009661?scroll=top&needAccess=true>

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elliott, D., E., Bjelajac, P., Fallot, R., D., Markoff, L., S & Reed, B., G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 461-477. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcop.20063/epdf>
- Fersnes, G. (2014). Reaksjoner og stabiliseringsarbeid etter voldtekt. I Narud, K. (Red.). *Vold mot kvinner*. (s. 189-209). Oslo: Cappelen Damm.
- Flaten, M., A. & Åsli, O. (2011). Det biologiske grunnlaget for psykologien. I Svartdal, F. (Red.), *Psykologi 1 – En introduksjon* (2. utg.). (s. 43-58). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hagen, M., B., Barbosa Da Silva, A. & Thelle, M., I. (Red.). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, L. & Finsrud, A.-M. (2014). Fysisk vold. I Narud, K. (Red.). *Vold mot kvinner*. (s. 81-90). Oslo: Cappelen Damm.
- Hansen, L. & Finsrud, A.-M. (2014). Overgrepsmottak. I Narud, K. (Red.). *Vold mot kvinner*. (s. 243-248). Oslo: Cappelen Damm.
- Isdal, P. & Råkil, M. (2002). Volden er mannens ansvar - behandling av mannlige voldsutøvere som tiltak mot kvinnemishandling. I Råkil, M. (Red.). *Menns vold mot kvinner: Behandlingserfaringer og kunnskapsstatus*. (100-128). Oslo: Universitetsforlaget.

- Jørgensen, T., W., & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg. *Fosterhjemskontakt*, 1, 10-17. Hentet fra <http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Fagstoff/Barnevern/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf>
- Lynum, C. (2014). Psykisk vold – den usynlige volden. I Narud, K. (Red.). *Vold mot kvinner*. (s. 91-103). Oslo: Cappelen Damm.
- Misund, A. (2017). Betydningen av nonverbal synkronitet for terapeutisk allianse og tilknytningsrelasjonen mellom behandler og klient. I Geirdal, A., Ø & Varvin, S. (Red.). *Relasjoner i psykisk helsearbeid* (127-140). Oslo: Universitetsforlaget.
- Narud, K. (2014). Stalking. I Narud, K. (Red.). *Vold mot kvinner*. (s. 105-116). Oslo: Cappelen Damm.
- Reeves, E. (2015). A Synthesis of the Literature on Trauma-Informed Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(9), 698-709. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01612840.2015.1025319?scroll=top&needAccess=true>
- Schibbye, A-L., L. (2009). *Relasjoner*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smaadahl, T. (2014). Krisesentrene som intervensjonsarena for voldsutsatte kvinner og deres barn i et livsløpsperspektiv. I Narud, K. (Red.). *Vold mot kvinner*. (s. 249-267). Oslo: Cappelen Damm.
- Svartdal, F. (2011). Sosialpsykologi. I Svartdal, F. (Red), *Psykologi 1 – En introduksjon* (2. utg.). (s. 197-211). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thelle, M., I. (2016). Diagnoser og behandling. I Hagen, M., B., Barbosa Da Silva, A. & Thelle, M., I. (Red.). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. (s. 101-121). Oslo: Universitetsforlaget.

Varvin, S. (2010). Overgrep og traumatisering. I Skårderup, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (Red.), *Psykiatriboken* (s. 411-421). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Verdens helseorganisasjon. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Hentet fra [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1)

## 5.1 Selvvalgt litteratur

Abrahams, H. (2010). *Rebuilding Lives After Domestic Violence: Understanding Long-Term Outcomes*. Hentet fra

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/agder/detail.action?docID=677656>

Kap. 3 (s. 47-67)

**21 sider.**

Anyikwa, V., A. (2016). Trauma-Informed Approach to Survivors of

Intimate Partner Violence. *Journal of Evidence-Informed Social Work*. 13(5). 484-491.

Hentet fra

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23761407.2016.1166824?scroll=top&needAccess=true#aHR0cDovL3d3dy50YW5kZm9ubGluZS5jb20vZG9pL3BkZi8xMC4xMDgwLzIzNzYxNDA3LjIwMTYuMTE2NjgyND9uZWVkaWVjZXNzPXRydWVhAQEAw>

**7 sider.**

Ballan, M., S. & Freyer, M. (2017). Trauma-Informed Social Work Practice with Women with Disabilities: Working with Survivors of Intimate Partner Violence. *Advances in Social Work*, 18(1), 131-144. Hentet fra

<https://journals.iupui.edu/index.php/advancesinsocialwork/article/view/21308>

**14 sider.**

Bath, H. (2008). The three pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3). 17-21. Hentet fra [https://s3-us-](https://s3-us-west2.amazonaws.com/cx1/backup/prod/cx1/gklugiewicz/media/507188fa-30b7-8fd4-aa5f-ca6bb629a442.pdf)

[west2.amazonaws.com/cx1/backup/prod/cx1/gklugiewicz/media/507188fa-30b7-8fd4-aa5f-ca6bb629a442.pdf](https://s3-us-west2.amazonaws.com/cx1/backup/prod/cx1/gklugiewicz/media/507188fa-30b7-8fd4-aa5f-ca6bb629a442.pdf)

**5 sider.**

Cleary, M. & Hungerford, C. (2015). Trauma-informed Care and the Research Literature:

How Can the Mental Health Nurse Take the Lead to Support Women Who Have

Survived Sexual Assault? *Issues in Mental Health Nursing*. 36(5). 370-378. Hentet fra

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01612840.2015.1009661?scroll=top&eedAccess=true>

**9 sider.**

Elliott, D., E., Bjelajac, P., Falloot, R., D., Markoff, L., S & Reed, B., G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 461-477. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcop.20063/epdf>

**17 sider.**

Geirdal, A., Ø og Varvin, S. (Red). (2017). *Relasjoner i psykisk helsearbeid*. Oslo:

Universitetsforlaget.

Kap 9 (s. 127-140).

**14 sider.**

Hagen, M., B., Barbosa Da Silva, A. & Thelle, M., I. (Red.). (2016). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Oslo:

Universitetsforlaget.

Kap. 1 (s. 27-44), kap. 2 (s. 45-58), kap. 6 (s. 101-121), kap. 7 (s. 122-136), kap. 8 (s. 137-150), kap. 11 (s. 184-194).

**93 sider.**

Hansen, H., K., Skjerve, J. & Thorsnes, T. (2009). Kvinnens erfaring med partnervold – en kvalitativ studie. *Fokus på familien*, 37(2), 136-147. Hentet fra

<https://www.idunn.no/fokus/2009/02/art06>

**12 sider.**

Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.

Kap. 3 (s. 35-71), kap. 6 (s. 143-190), kap. 7 (191-220).

**115 sider.**



Jørgensen, T., W., & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg. *Fosterhjemskontakt*, 1, 10-17. Hentet fra <http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Fagstoff/Barnevern/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf>

**18 sider.**

Narud, K. (Red.). (2014). *Vold mot kvinner*. Oslo: Cappelen Damm.

**365 sider.**

Reeves, E. (2015). A Synthesis of the Literature on Trauma-Informed Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(9), 698-709. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01612840.2015.1025319?scroll=top&needAccess=true>

**12 sider.**

Råkil, M. (Red.). (2002). *Menns vold mot kvinner: Behandlingserfaringer og kunnskapsstatus*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kap. 4 (s. 64-80), kap. 6 (s. 100-128), kap. 10 (s. 187-203).

**63 sider.**

Schibbye, A-L., L. (2009). *Relasjoner*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Kap. 7 (s. 243-280).

**38 sider.**

Verdens helseorganisasjon. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Hentet fra

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1)

**57 sider.**

Weissbecker, I. & Clark, C. (2007). The impact of violence and abuse on women's physical health: Can trauma - informed treatment make a difference? *Journal of Community Psychology*, 35(7), 909-923. Hentet fra

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jcop.20189>

**15 sider.**

Wilson J., M., Fauci J., E. & Goodman, L., A. (2015). Bringing Trauma-Informed Practice to Domestic Violence Programs: A Qualitative Analysis of Current Approaches. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6), 586 –599. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/fulltext/2015-52366-006.pdf>

**14 sider.**

Yatchmenoff, D., K., Sundborg, S., A. & Davis, M., A. (2017). Implementing Trauma-Informed Care: Recommendations on the Process. *Advances in Social Work*, 18(1), 167-185. Hentet fra <https://doaj.org/article/39d2906e43a24edea70465510ce5a788>

**19 sider.**

**Totalt 908 sider.**