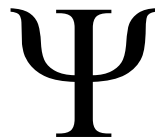




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Barn som er vitne til vold i hjemmet -
psykososiale konsekvenser, avdekking og behandling***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Siri Steffensen

Tonje Stokka Pedersen

Høst 2016



Veileder:

Kjersti Arefjord

Institutt for Klinisk Psykologi

Forord

Først og fremst vil vi takke veilederen vår Kjersti Arefjord for et godt samarbeid og gode faglige og språklige innspill gjennom hele prosessen.

Vi vil også takke hverandre for ypperlige samarbeid, gode faglige diskusjoner og støtte gjennom hele semesteret.

Vi vil videre takke Kjersti Aksnes-Hopland på universitetsbiblioteket for særdeles god hjelp i forbindelse med litteratursøk og for hennes smittende engasjement!

Vi vil også takke Henning Mohaupt ved Alternativ til Vold i Stavanger for gode innspill og nyttig informasjon ved flere anledninger. Også takk til Wenche Tobiassen Sanna ved ATV Telemark og Silje Ormhaug ved NKTVS for nyttig informasjon.

Abstract

The purpose of the paper is to examine the different psychosocial consequences children who witness intimate partner violence can experience, and to review various treatment approaches for both the child and the abused parent. Moreover, this thesis aims to examine screening procedures and which treatments are offered to these children in Norway, and discuss appropriate actions that can be taken in order to improve today's practice.

Studies indicate that children and youth who have experienced intimate partner violence are affected in many areas including mental health, social relations, attachment and in their biological and cognitive development. Several treatment interventions offered to these children are examined. Differences in the experimental design makes it difficult to compare the effect of the treatments. Most studies have found a reduction in the children's psychological symptoms after treatment. Externalizing, internalizing and PTSD symptoms are most often studied. Improvements in mental health and parental skills are found for the abused caregiver. The thesis discusses possible factors that can affect the treatment, and factors needed to be considered when choosing a treatment approach.

Studies from Norway indicate that the violence is not always revealed when families are in contact with health professionals. Possible reasons for this can be lack of appropriate screening procedures and that the violence are kept secret by the parents or the children. Systematic screening and standardized screening tools are recommended in order to improve detection of violent experiences. Children who witness intimate partner violence have received more attention in Norwegian treatment institutions due to the project *Barn som lever med vold i familien*.

Sammendrag

Formålet med oppgaven er å undersøke de ulike psykososiale konsekvensene hos barn av å være vitne til vold, samt gjennomgå ulike behandlingstilnæringer både for gruppen barn og den voldsutsatte forelderen. Videre har oppgaven undersøkt kartleggingsprosedyrer samt hvilke behandlingstilbud denne gruppen barn får nasjonalt og drøfter tiltak som kan bedre hjelpetiltakene.

Litteraturgjennomgangen viser at barn og unge som har vært vitne til vold i familien kan bli påvirket psykisk, sosialt, i tilknytning og i biologisk og kognitiv utvikling. Ulike behandlingstilnæringer for disse barna vil bli gjennomgått. Ulike design i studiene gjør det imidlertid vanskelig å sammenligne effekt av behandling. De fleste studiene viser til reduksjon av psykiske vansker hos barna, hvor internaliserte og eksternaliserte vansker samt traumesymptomer er hyppigst studert. Reduksjon av psykiske symptom og økte foreldreferdigheter er funnet i flere av studiene som inkluderer voldsutsatt forelder. Oppgaven drøfter mulige virksomme elementer i behandling, samt faktorer som kan påvirke valg av behandling.

Studier fra Norge kan tyde på at voldsopplevelser ikke alltid blir fanget opp i møte med hjelpeapparatet. Manglende rutiner for kartlegging eller at volden holdes aktivt skjult av foreldre eller barnet kan være mulige årsaker til dette. Systematisk kartlegging og bruk av standardiserte verktøy kan bedre avdekking av vansker for denne gruppen barn. Barn som har vært vitne til vold har videre fått økt fokus gjennom prosjektet *Barn som lever med vold i familien*.

Innhold

Forord.....	i
Abstract.....	ii
Sammendrag.....	iii
Innledning.....	1
Forekomst.....	1
Konsekvenser av å vokse opp med vold i hjemmet.....	2
Kontakt med hjelpeapparatet.....	3
Behandling.....	3
Formål og problemformuleringer.....	4
Metode.....	5
Begrepsavklaring.....	5
Partnervold.....	5
Barn som er vitne til vold i hjemmet.....	5
Søkestrategi.....	6
Psykososiale konsekvenser av å vokse opp i et hjem der vold utøves.....	7
Psykisk helse.....	7
Relasjon til jevnaldrende.....	9
Tilknytning.....	9
Biologiske/fysiologiske konsekvenser.....	10
Kognitive konsekvenser.....	11
Barn og unges opplevelser av å være vitne til vold i hjemmet.....	11
Dobbelteksponering og konsekvenser.....	12
Faktorer relatert til barnets vansker.....	13

Dose-respons.....	13
Foreldres omsorgsevne.....	14
Faktorer relatert til barnet.....	14
Modellering.....	15
Hva har forskning vist om virksomme behandlingstilnæringer?	15
Individualterapi.....	15
Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT).....	15
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).....	16
Dyreassistert terapi.....	17
Lekterapi.....	17
Gruppebehandling.....	18
Kids' Club.....	18
Preschool Kids' Club.....	20
Andre parallelle barne-og foreldregrupper.....	21
Barnegrupper, uten parallelle foreldregrupper.....	23
Familieterapi.....	25
Filialterapi.....	25
Child- Parent Psychotherapy (CPP).....	26
Parent-Child Interaction Therapy (PCIT).....	26
Foreldreveiledning.....	27
Project Support.....	27
Errorless Compliance Training.....	28
Sammensatt behandling.....	28
Metaanalyse av behandlingseffekt.....	30
Avdekking og behandlingstilbud i Norge.....	30

Avdekking og behandling i BUP.....	30
Prosjektet Barn som lever med vold i familien 2004-2010.....	32
Kartleggingspakken utviklet av ATV og SfK.....	32
Behandlingstilbud ved ATV.....	33
Behandling i familievernet.....	34
Mulige hindringer for avdekking av voldsopplevelser.....	35
Kartleggingsinstrumenter.....	37
En helhetlig tilnærming til avdekking.....	37
Diskusjon.....	38
Psykososiale konsekvenser.....	38
Behandling.....	38
Virksomme faktorer.....	39
Valg av behandlingstilnærming.....	40
Kartlegging og behandling i Norge.....	42
Metodologiske svakheter.....	43
Begrepsvaliditet.....	43
Inklusjon-og eksklusjonskriterier.....	43
Ulikheter i utfallsmål og kartleggingsinstrument.....	44
Randomiserte kontrollerte forsøk (RCT).....	44
Kliniske implikasjoner.....	45
Referanser.....	48

Innledning

Frem til 1980-tallet hadde få empiriske studier undersøkt hos barn ulike konsekvenser av å være vitne til vold i hjemmet (Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003). Disse barna ble tidligere omtalt som de *stille*, de *indirekte* eller de *glemte* ofrene (Edleson, 1999). I kliniske sammenhenger ble de ofte ikke fanget opp (Elbow, 1982; Groves, Zuckerman, Marans, & Cohen, 1993). I dag er de psykososiale konsekvensene av en slik vitnestatus godt dokumentert. Omfattende forskning (Chan & Yeung, 2009; Davis, Evans, & DiLillo, 2008; Kitzmann, et al., 2003; Vu, Jouriles, McDonald, & Rosenfield, 2016; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, & Jaffe, 2003) viser hvor skadelig det er for barna å være vitne til vold mellom foreldre, selv om de ikke selv utsettes for volden. Å være vitne kan være et traume for barna på lik linje med å bli utsatt for fysisk vold. Barna får ofte med seg mer av volden enn det foreldrene tror, og foreldre kan undervurdere skadevirkningene dette har på barna (Grøndahl, 2011; Jaffe, Hurley, & Wolfe, 1990; O'Brien, John, Margolin, & Erel, 1994; Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012; Stephens, 1999; Zink & Jacobson, 2003). I dag vet vi at skadevirkningene kan omhandle alt fra tilknytningsvansker, psykiske lidelser, sosiale vansker til suicidale handlinger. Foreldres omsorgsevne, stemningen i hjemmet i forkant og etterkant av volden, bekymring for hva som vil skje med foreldrene, og om barnet opplever å føle seg alene om å bære på en hemmelighet er faktorer utenom volden som kan påvirke barnas fungering.

Forekomst

Estimerte tall fra studier viser at 25-30 % av kvinner blir utsatt for partnervold i løpet av livet (Center of Disease Control and Prevention, 2016; Tjaden & Thoennes, 1998). Mellom 1993 og 1998 skjedde nesten halvparten (43%) av rapporterte tilfeller av partnervold i USA med et barn under 12 år til stede (Rennison & Welchans, 2000). En landsdekkende

undersøkelse i Norge viser at 7% av ungdom i alderen 18-19 år har i løpet av oppveksten vært vitne til vold mot mor, og 3% til vold mot far (Mossige & Stefansen, 2016). Utdanningsnivå, dårlig økonomi, innvandrerbakgrunn og rusproblematikk hos forelderen er risikofaktorer forbundet med økt forekomst av partnervold (Breiding, Black, & Ryan, 2005; Mossige & Stefansen, 2016; Walton-Moss, Manganello, Frye, & Campbell, 2005).

Konsekvenser av å vokse opp med vold i hjemmet

Barn som er vitne til vold i familien erfarer en rekke psykososiale konsekvenser (Adams, 2006; Armour & Sleath, 2014; Jaffe, Wilson, & Wolfe, 1986; Kashersky, 2005; Kilpatrick, Litt, & Williams, 1997; Kitzmann, et al., 2003; Levendosky, Lannert, & Yalch, 2012; Margolin & Gordis, 2000; Moretti, Obsuth, Odgers, & Reebye, 2006; Mossige & Stefansen, 2016; Muresan, 2011; Wolfe, et al., 2003; Wood & Sommers, 2011). De blir påvirket; fysiologisk, atferdsmessig, emosjonelt, i kognitiv utvikling og akademiske evner, samt sosial tilpasning (Adams, 2006). Studier har også funnet en effekt på senere alkoholforbruk (Wood & Sommers, 2011) og forstyrrelser i tilknytningsmønsteret (Levendosky, Huth-Bocks, Shapiro, & Semel, 2003; Levendosky, et al., 2012; Zeanah et al., 1999).

Flere metaanalyser har undersøkt psykososiale konsekvenser av å vokse opp med vold i hjemmet (Chan & Yeung, 2009; Davis, et al., 2008; Kitzmann, et al., 2003; Vu, et al., 2016; Wolfe, et al., 2003). Samlet sett viser de at barns vitneerfaringer med partnervold korrelerer med ulike internaliserte og eksternaliserte vansker. Vu, Jouriles, McDonald og Rosenfield (2016) fant også at vanskene vedvarte og økte ved langtidsoppfølging ti år etter. Andre analyser (Chan & Yeung, 2009; Davis, et al., 2008; Kitzmann, et al., 2003) fant at barns vitneerfaringer korrelerer med PTSD i enda større grad enn eksternaliserte og internaliserte vansker. Kitzmann, et al. (2003) konkluderer med at funnene fra metaanalysen viser at 63%

av barna som var vitne til vold hadde i gjennomsnitt større vansker enn barn som ikke var eksponert for vold i hjemmet.

Kontakt med hjelpeapparatet

Mossige og Stefansen (2007) kartla om ungdom med voldsopplevelser hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet. Blant barn eller ungdom som hadde vært vitne til grov vold mot mor oppga 28 % at de hadde vært i kontakt med barnevernstjenesten, 24 % hadde vært i kontakt med Barne-og Ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og 28 % med Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT). For barn eller ungdom som hadde vært vitne til vold mot far var tallene 24%, 21% og 24%. Ungdom med flere voldserfaringer (vitneerfaringer med vold, direkte vold eller seksuelle overgrep) hadde oftere vært i kontakt med de ulike hjelpetjenestene.

Norske studier tyder på at hjelpeapparatet ikke i tilstrekkelig grad avdekker traumeopplevelser hos barn, inkludert vitneerfaringer med vold (Flåm, 2016; Ormhaug, et al., 2012; Reigstad, Jørgensen, & Wichstrøm, 2006). Røberg (2011) hevder videre at mange av barna som får hjelp innenfor psykisk helsevern i Norge har vært vitne til partnervold uten at dette kommer fram i henvisningene.

Det kan være flere årsaker til manglende avdekking. Barna kan la være å si noe grunnet frykt for at den voldsutsatte forelderen blir hardt skadet dersom andre får kjennskap til forholdene hjemme, at den voldsutøvende forelderen kan havne i fengsel eller at barnet blir truet til å ikke si noe. Volden kan også holdes aktivt skjult av foreldrene. Nevnte forhold kan gjøre det vanskelig å avdekke volden selv om traumatiske opplevelser blir etterspurt. I andre tilfeller kan manglende opplæring, ubehag ved å spørre eller manglende rutiner for kartlegging medvirke til at volden ikke avdekkes.

Behandling

Barn og unge viser ulik grad av resiliens eller mestring etter traumatiske hendelser.

Selv om noen barn selv klarer å bearbeide hva de har vært vitne til, viser likevel flere studier at disse barna har økt risiko for en rekke vansker som krever behandling (Adams, 2006; Groves, 1999; Kilpatrick, et al., 1997; Wood & Sommers, 2011) og ulike behandlingstilnæringer for denne gruppen barn har økt gjennom de siste 20 årene (Grip, Almqvist, & Broberg, 2011). Dette inkluderer ulike former for individualterapi, familierapi, gruppeterapi, foreldreveiledning og sammensatte behandlingstilnæringer.

Formål og problemformuleringer

Barn som er vitne til vold i hjemmet erfarer en rekke negative psykososiale konsekvenser som ofte krever behandling. Oppgaven vil belyse noen av disse konsekvensene ved gjennomgang av litteratur som omhandler psykiske, sosiale og fysiologiske konsekvenser. Faktorer og forhold som medvirker til vanskene vil bli presentert og diskutert. Oppgaven vil videre gjennomgå ulike behandlingstilnæringer til denne gruppen barn og hvilke tiltak som har effekt. Studier tyder på manglende eller lite systematisk avdekking av vitneerfaringer hos barn innenfor psykisk helsevern. Et siste fokus i oppgaven vil være, ut fra tilgjengelig litteratur primært på norske forhold; hvilke tiltak kan bedre avdekking og behandling for barn med vitneerfaringer.

Oppgaven vil undersøke og belyse følgende:

1. Hvilke psykososiale konsekvenser har det for barn å være vitne til vold i hjemmet?
2. Hva viser forskning vedrørende virkningsfulle behandlingstilnæringer for denne pasientgruppen?
3. Hvilke kartleggingsmetoder og behandlingstiltak finnes for denne gruppen barn i Norge?

Metode

Begrepsavklaring

I litteraturen synes begrepet *Intimate Partner Violence* å være mest brukt og vi har valgt å oversette dette til *partnervold*. Begrepet refererer til vold mellom både biologiske foreldre og steforeldre. Begrepet *Domestic Violence* er også brukt om partnervold i litteraturen, men er et bredere begrep som i tillegg til partnervold også kan omfatte vold mellom andre personer i familien. I vår oppgave begrenser gjennomgangen av litteratur seg til den volden som skjer mellom omsorgspersoner som far/stefar og mor/stemor og som barn er vitne til.

Partnervold. Partnervold defineres som når en av partene i et forhold fysisk, psykisk eller seksuelt skader eller truer nåværende eller tidligere partner (Center of Disease Control and Prevention, 2016). Videre kan partnervold omfavne alt fra en enkelt voldsepisode til pågående mishandling (Center for Disease Control and Prevention, 2014). Noen forfattere skiller mellom mild og grov vold. Med begrepet *mild vold* menes lugging, klyping, dytting, risting eller å bli slått med flat hånd. Begrepet *grov vold* inkluderer slag med knyttneve og/eller gjenstand samt bank/juling (Mossige & Stefansen, 2007). Definisjonene viser at voldsbegrepet er komplekst og kan omfatte mange ulike handlinger.

Barn som er vitne til vold i hjemmet. Å være vitne til vold i hjemmet defineres som å se eller høre at volden inntreffer. Barnet defineres også som et vitne dersom han eller hun blir brukt som mekler mellom foreldrene mens volden pågår, eller i etterkant av volden. Dersom barnet tydelig ser konsekvensene av volden i etterkant defineres også dette som at barnet er et vitne. Eksempler på konsekvenser kan være at barnet ser at en av foreldrene har skader, at møbler er ødelagt eller at barnet tydelig merker spenningen mellom foreldrene (Kashersky, 2005).

Søkestrategi

Oppgaven er basert på et litteratursøk i følgende databaser; PsycINFO, MEDLINE og Web of Science med supplerende søk i databasene Google Scholar, Oria og Idunn. Vi har i tillegg benyttet varslingstjenester med oppdatering av nyere artikler på mail i etterkant av søkene. Valg av litteratur er gjort ut fra relevans knyttet til problemstillingene og litteratursøkene er ikke ment å gi full oversikt over all relevant litteraturen på feltet.

I søkestrategien for PsycINFO, MEDLINE og Web of Science ble følgende søketermer brukt for *vold i hjemmet*: *domestic, home*, partner*, relation*, famil*, marital, spous*, conjugal** kombinert sammen med *violen* abus*, aggressi*, assault*, brutal** (* betyr at det er gjort en trunkering i søkeordet). Søkeordene som ble brukt for *barn vitne til* var: *child*, kid*, pre-schooler*, preschooler*, pre-teen*, preteen*, teen*, pre-adolescenc*, adolescen*, preadolescenc*, youngster*, youth, minor*, girl*, boy*, sibling*, brother* og sister** sammen med søkeordene *witness*, see*, watch, notic*, observ*, view*, presen*, affected by domestic violence og children of battered women*. Søkeordene som ble brukt for *behandling* var: *treat*, therap*, psychotherap*,intervention*, TF-CBT og EMDR*. Søkeordene TF-CBT og EMDR ble inkludert i søketermen for behandling, da disse er mye anvendte behandlingsmetoder innenfor traumefeltet.

Samlet gav søkene 1646 treff etter dublettkontroll og av disse hadde 429 artikler relevans og ut fra disse er relevante artikler presentert i vår gjennomgang av studier.

Idunn er en database for nordisk tidsskrift og her ble følgende søkeord brukt: *vold, barn og vitne* kombinert med *hjemme, hjemmet, mor, far, foreldre, familien, familie og partner*. Søket i Idunn ga fem treff.

Søkemotoren ORIA brukte vi søkeordene *barn, vitne og vold* som gav 21 treff. I Google Scholar brukte vi følgende søkeord: *Child, Witness og Violence* kombinert med *Intervention, Therapy, Treatment, TF-CBT og EMDR*. Vi fant 22 relevante artikler fra dette

supplerende søket. Vi har i tillegg mottatt informasjon og/eller fått tilsendt relevant litteratur fra Henning Mohaupt og Wenche Tobiassen Sanna fra Stiftelsen Alternativ til Vold (ATV) og Silje Ormhaug fra Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS).

1. Psykososiale konsekvenser av å vokse opp i et hjem der vold utøves

Partnervold påvirker barn både direkte og indirekte. Direkte påvirkning omhandler effekter på barnets affektive-, atferdsmessige-, kognitive responser og psykososial tilpasning. Indirekte effekter refererer til effekten partnervold kan ha på foreldrenes tilgjengelighet og responser ovenfor barnet, som igjen kan negativt påvirke relasjonen mellom barn og foreldre (Visser et al., 2015).

Psykisk helse

Flere studier har funnet en sammenheng mellom å være vitne til vold i hjemmet og en forhøyet risiko for symptomer på posttraumatisk stress (Broberg et al., 2011; Kashersky, 2005; Kilpatrick, et al., 1997; Levendosky, Bogat, & Martinez-Torteya, 2013; Margolin & Gordis, 2000; Mertin & Mohr, 2002; Moretti, et al., 2006; Puccia et al., 2012; Yates, 1996). Puccia, et al. (2012) hevder at posttraumatiske symptomer eller PTSD-diagnosen er den mest vanlige psykososiale vansken for barn som har vært vitne til partnervold. Videre fant Scheeringa og Zeanah (1995) at blant flere typer traumer, var det å være vitne til vold rettet mot omsorgsgiver den type traume som medførte flest PTSD-symptomer hos små barn. Moretti, et al. (2006) fant at jenter oftere enn gutter, 46% mot 22%, oppfylte kriteriet for PTSD etter å være vitne til vold i hjemmet.

PTSD-symptomene kommer ofte til uttrykk på andre måter hos barn og ungdom sammenlignet med voksne. Yngre barn viser ofte mer diffuse symptomer på traumer sammenlignet med eldre barn og ungdom (Kerig, Fedorowicz, Brown, & Warren, 2000). Tilbaketrekning, klenging til foreldre, hyperaktivitet, aggresjon, regressiv atferd, gjenopplevelse vist gjennom lek, repetitiv lek, samt konsentrasjonsvansker kan være PTSD-

symptomer hos barn. For ungdom kan høy vedvarende aktivering, som er et av kjernesymptomene ved PTSD, arte seg som insomni, aggresjon og akademiske vansker (Kerig, et al., 2000; Kilpatrick, et al., 1997).

En rekke studier viser økt forekomst av symptomer på internaliserte og eksternaliserte vansker hos barn som er vitne til vold i hjemmet (Jaffe, Wolfe, Wilson, & Zak, 1986; Kernic et al., 2003; Margolin & Gordis, 2000; Martinez-Torteya, Bogat, Von Eye, & Levendosky, 2009; Mossige & Stefansen, 2016; Muresan, 2011; Wood & Sommers, 2011; Yates, 1996). Internaliserte vansker omfatter blant andre depressive symptomer, angst, tilbaketrekking og suicidale tanker (Tyndall-Lind, Landreth, & Giordano, 2001). En landsomfattende studie av avgangselever i videregående skole i Norge, fant at det å være vitne til grov vold mot en av foreldrene hadde sammenheng med forhøyet risiko for depresjon, angst, dissosiasjon, tidlig seksuell debut, selvskading og selvmordsforsøk (Mossige & Stefansen, 2016). En studie (Armiento, Hamza, Stewart, & Leschied, 2016) viste at å være vitne til vold i hjemmet var en større risikofaktor for ikke-suicidal selvskading, enn å selv ha vært utsatt for fysisk vold eller seksuelle misbruk. Familievold har ofte negativ effekt på barn og unges selvfølelse (Adams, 2006; Kolbo, 1996) og barn som har opplevd komplekse traumer, hvor familievold kan være et traume, viser lav selvfølelse, manglende integrert selvbegrep og vansker relatert til identitet, skam og skyld (Cook et al., 2005; Grych, Wachsmuth-Schlaefler, & Klockow, 2002).

Barn som har vært vitne til vold i hjemmet har også vist økt forekomst av sorgreaksjoner og separasjonsangst (Yates, 1996) og er mindre bevisste om egne følelser og mindre i stand til å regulere negative emosjoner (Katz, Hessler, & Annest, 2007).

Eksternaliserte vansker referer til aggresjon, hyperaktivitet og atferdsvansker (Tyndall-Lind, et al., 2001). Wood og Sommers (2011) fant i sin litteraturgjennomgang at begge kjønn, gutter mer enn jenter, var mer aggressive enn barn som ikke hadde opplevd vold i hjemmet. Forfatterne argumenterer for at jenter oftere utvikler internaliserte vansker, mens

gutter oftere utvikler eksternaliserte vansker.

Relasjon til jevnaldrende

Barn og unge som har vært vitne til vold kan ha redusert sosial kompetanse og vansker i sosiale relasjoner både til jevnaldrende, foreldre og kjærester (Adams, 2006; Marks, Glaser, Glass, & Horne, 2001). Sammenlignet med barn uten vitneopplevelser, er det funnet positiv korrelasjon mellom konflikter med venner og å være ensom i skolehverdagen for barn som har vært vitne til vold (McCloskey & Stuewig, 2001). Ved å foreta direkte observasjoner av barns interaksjoner med jevnaldrende fant Katz og Low (2004) at barn som var vitne til vold oftere hadde mer negative interaksjoner med venner, de var mer styrende i lek, mindre føyelige og voksne måtte oftere gripe inn i interaksjonen. Imidlertid har andre studier ikke funnet sammenheng mellom vitneerfaringer med vold og redusert sosial kompetanse eller vansker i sosiale relasjoner (Bauer et al., 2006; Kernic, et al., 2003).

Gutter som har vært vitne til vold hjemme utøver oftere vold mot sine partnere senere i livet, mens jenter oftere blir ofre i sine forhold (Armour & Sleath, 2014; Baker & Jaffe, 2002; Wood & Sommers, 2011). Forfatterne argumenterer for at dette kan forklares med sosial læringsteori, hvor jenter som observerer at mødre utsettes for vold, og gutter som ser at fedre utøver volden kan lære at dette er akseptabelt. Barna kan senere modellere dette i egne forhold når de blir eldre.

Tilknytning

Partnervold kan påvirke omsorgsevne og foreldreferdigheter. Hvorvidt den voldsutsatte omsorgspersonen klarer å respondere på barnets behov med varme, involvering og forutsigbarhet kan være avgjørende for tilknytningsbåndet, som har vist seg å være en medierende faktor for barnets tilpasning i etterkant av voldsopplevelser (Aoun, 2012; Stephens, 1999). Zeanah, et al. (1999) fant en sterk sammenheng mellom partnervold og desorganisert tilknytning hos barna, og alvorlighetsgraden av volden økte sjansen for en

desorganisert tilknytning til mor. Av barna i studien hadde 62,5 % en utrygg tilknytningsstil og 59,9 % hadde en desorganisert tilknytning til mor. Levendosky, Bogat, Huth-Brocks, Rosenblum og Von Eye (2011) fant at barn som hadde mødre som ble utsatt for partnervold viste stor grad av ustabilitet i sitt tilknytningsmønster. Barn som hadde en utrygg tilknytning ved både et og fire årsalderen hadde oftere vitneerfaringer med partnervold sammenlignet barn som viste trygg tilknytning. Barn med omsorgspersoner som har vansker med forelderrollen grunnet partnervold, kan fremstå mer modne for alderen og vise tendenser til rollereversering. Barna kan påta seg en voksenrolle ovenfor den voldsutsatte forelder, for på den måten forsøke å støtte og beskytte forelder (Stephens, 1999). Rollereversering ses ofte ved desorganisert tilknytningsstil (Wennerberg, 2011).

Biologiske/fysiologiske konsekvenser

Omfattende forskning viser at relasjonelle traumer tidlig i livet kan påvirke hjerneutviklingen hos barn (Dannowski et al., 2012; McCrory, De Brito, & Viding, 2011; Schore, 2001) og hemme utviklingen av barnets senere evne til å håndtere stressende hendelser og regulere emosjoner (Harding, Morelen, Thomassin, Bradbury, & Shaffer, 2013; Schore, 2001). Intense og uregulerte følelsestilstander hos barn har og sammenheng med endringer i hjernens biokjemi som kan være uheldig for hjernen som er under utvikling (Schore, 1996, 1997, 2001). Barn som er vitne til vold kan oppleve hyppige episoder med intense emosjoner og denne aktiveringen kan vedvare over tid. Saltzman, Holden og Holahan (2005) studerte fysiologiske aktivering hos barn som var vitne til vold, og fant økt hjerterytme og kortisolnivå, sammenlignet med kontrollbarn. Modning og hjerneutviklingen hos barn fremmes gjennom en tilknytningsrelasjon som og kan ses som en dyadisk regulering av emosjoner. Omsorgspersonen vil i en tilknytningsrelasjon få tilgang til barnets ulike følelsestilstander og hjelpe barnet å regulere disse. Omsorgspersoner som responderer på barnets emosjonelle tilstand på en forutsigbar, inntonet og sensitiv måte vil hjelpe barnet å

regulere aktivering og fremme utvikling av barnets egne mestringsstrategier (Albers, Riksen-Walraven, Sweep, & de Weerth, 2007; Schore, 2001). I de tilfeller hvor omsorgspersonen blir utilgjengelig for barnet, som ved partnervold, kan dette bidra til at de ikke klarer å hjelpe barnet å regulere den emosjonelle aktiveringen (Schore, 2001). Å bli overlatt til seg selv med intense og vedvarende følelsetilstander, har en negativ effekt på etablering av psykobiologiske reguleringssystem, spesielt i de hjerneområder som er assosiert med utvikling av barnets egne mestringssevner og strategier, og utvikling av tillitsfulle relasjoner til tiknytningspersoner (Gaensbauer & Siegel, 1995; Schore, 1996, 1997, 2001).

Kognitive konsekvenser

Barn som lever med vold i hjemmet kan oppleve oppmerksomhet-, konsentrasjon-, hukommelses- og verbale vansker (Cook, Blaustein, Spinazzola, & Van der Kolk, 2003; Heltne & Steinsvåg, 2009b; Huth-Bocks, Levendosky, & Semel, 2001; Rennison & Welchans, 2000) som igjen kan påvirke barnas evne til å lære. Den kognitive kapasitet kan påvirkes av flashbacks fra tidligere voldsepisoder, og barna kan bruke mye kognitive ressurser på å frykte hva neste voldsepisode kan medføre (Heltne & Steinsvåg, 2009b).

Barn som var vitne til partnervold skårte lavere på intelligenstester sammenlignet med barn uten vitneopplevelser i en studie av Koenen, Moffitt, Caspi, Taylor og Purcell (2003). Samme undersøkelse viser et dose-respons forhold der barna med flest episoder av partnervold skåret dårligere enn barn som hadde opplevd færre episoder.

Barn og unges opplevelser av å være vitne til vold i hjemmet

Barn som lever med vold i hjemmet opplever ofte ensomhet og å være alene om en hemmelighet som er skjult fra omverdenen. De kan oppleve redsel, engstelse og utrygghet, både når volden utøves, og i periodene mellom. Barna lever i konstant fareberedskap der de aldri kan slappe av og de beskriver en følelse av hjelpeløshet relatert til det å ikke vite når neste voldsepisode inntreffer (Heltne & Steinsvåg, 2009a; Kyllingmark & Lillevik, 2013).

Videre formidler barna at de forestiller seg mulige voldsscenarioer, som kan være at omsorgspersonen blir drept eller at de blir forlatt (Heltne & Steinsvåg, 2009a; Osofsky, 2003). I samtaler med barn (Heltne og Steinsvåg, 2009a) gir mange gir uttrykk for at de har prøvd å håndtere tilværelsen hjemme ved selv å ta ansvar og skyld for volden, og barn kan bli gjort til syndebukk av den voksne som utøver volden. Barna opplever at deres behov ofte blir glemt og tilsidesatt, de har mistet barndommen og framtidsutsikter er vanskelig å forholde seg til. Livsgleden får mindre plass i livet og blir erstattet med tristhet og isolasjon.

Barna kan kjenne på motstridene og vanskelige følelser knyttet til seg selv og omsorgspersonene, og som kan gi opphav til skyld og forvirring (Osofsky, 2003). De kan ha vansker med å vite hvilken av forelderen de skal alliere seg med, og kjenne på dilemma mellom å føle seg tryggere ved å alliere seg med forelderen som utøver vold, samtidig som de har behov for å beskytte og passe på den forelderen som rammes av volden (Heltne & Steinsvåg, 2009a).

Dobbelteksponering og konsekvenser

Flere studier har undersøkt om alvorlighetsgrad og omfang av vansker hos barn kan relateres til om barna har opplevd en voldsform; enten vært vitne til vold eller blitt fysisk mishandlet hjemme, sammenlignet med barn som har opplevd begge disse voldsformene, såkalt *dobbelteksponering*.

Det er et stort overlapp mellom barn som er vitne til vold i hjemmet og barn som blir utsatt for vold av omsorgspersoner. Broberg, et al. (2011) fant at av barn som hadde vært vitne til vold mot mor, hadde 63% også selv blitt utsatt for vold fra mors partner, biologiske far eller stefar. Tall fra Boston Medical Center (2016) viser at det trolig er overlapp på 40-60% mellom barn utsatt for fysisk vold og barn vitne til vold i hjemmet. En landsomfattende studie fra Norge viser sammenheng mellom antall vitneerfaringer med partnervold og økt sannsynlighet for selv å bli utsatt for grov vold fra mor eller far i løpet av oppveksten

(Mossige & Stefansen, 2016). Lieberman og Knorr (2007) fant at barn hadde 15 ganger høyere sannsynlighet for å selv bli utsatt for vold fra foreldre dersom de hadde vært vitne til vold sammenlignet med barn uten slike erfaringer.

Noen studier viser at barn og ungdom med dobbelteksponeering har større grad av internaliserte og eksternaliserte vansker sammenlignet med de som er utsatt for en av voldsformene, enkeltteksponeering til vold i hjemmet eller til fysisk misbruk (Kaslow & Thompson, 2008; Moylan et al., 2010; Wolfe, et al., 2003). Sternberg, Baradarana, Abbotta, Lambb og Gutermana (2006) fant derimot at effekten av dobbelteksponeering var avhengig av alder, hvor de yngste barna med dobbelteksponeering viste større vansker enn barn utsatt for en av voldsformene. Dette ble ikke funnet for ungdom.

Imidlertid fant ikke Kitzmann, et al. (2003) noen forskjeller i alvorlighetsgrad og omfang av vansker mellom barn vitne til vold, barn utsatt for vold eller barn eksponert for begge typer familievold. Litteraturgjennomgang utført av MacDonell (2012) fant heller ikke noe klart resultat på om barn som opplevde dobbelteksponeering hadde mer psykiske vansker enn barn som kun var vitne til vold i hjemmet.

Faktorer relatert til barnets vansker

Barn som har vært vitne til vold i hjemmet viser ulik grad av omfang og negative konsekvenser som følge av voldsopplevelser. Begrepet *resiliens* eller *motstandsdyktighet* blir brukt for å beskrive de barna som viser god tilpasningsevne og utvikling. Resiliens blir definert ulikt fra fravær av psykopatologi til atferdsmessig og kognitiv kompetanse, samt mestring av utviklingsadekvate oppgaver (Martinez-Torteya, et al., 2009). Faktorer som kan bidra til resiliens inkluderer voldssituasjonens alvorlighetsgrad og omfang, samt karakteristikk ved barnet, omsorgspersonen og miljøet barnet befinner seg i.

Dose-respons. En litteraturgjennomgang (Wood & Sommers, 2011) fant at barn som var vitne til flere episoder med vold hadde større sannsynlighet for negative utfall

sammenlignet med barn som hadde opplevd enkeltstående voldsepisoder. Alvorlighetsgrad, omfang og at volden vedvarer over tid kan påvirke grad av vansker hos barna (Groves, 1999; Martinez-Torteya, et al., 2009).

Foreldres omsorgsevne. En viktig beskyttende faktor er gode foreldreferdigheter, som at de er støttende, varme og har god psykisk helse (Martinez-Torteya, et al., 2009). Partnervold kan påvirke omsorgspersonens personlige-, relasjonelle- og foreldrefungering i negativ retning (Ahlf-Dunn & Huth-Bocks, 2016). Alvorlighetsgraden og antall år mor lever i et voldelig forhold kan påvirke psykiske helse og oppdragelsesevne, som igjen har sammenheng med tilpasning og internaliserte og eksternaliserte vansker hos barna (Lynch, 2003). Studier viser at barn som vokser opp der vold utøves mot mor, og mor i tillegg har psykiske vansker, øker sannsynligheten for at barnet selv opplever psykiske vansker (Martinez-Torteya, et al., 2009; Owen, Thompson, Shaffer, Jackson, & Kaslow, 2009). Sammenlignet med mødre som ikke utsettes for vold, rapporterer mødre som blir utsatt for vold oftere om inkonsistent oppdragelse, mer stress ved å være forelder og mer konflikter med barna (Rossman & Rea, 2005).

Faktorer relatert til barnet. Barns oppfattelse og forståelse av konflikter mellom foreldre påvirker senere tilpasning og psykiske vansker (Grych & Fincham, 1990; Grych, Fincham, Jouriles, & McDonald, 2000; Grych, Harold, & Miles, 2003; Owen, et al., 2009). Dersom barnet tror de selv er opphav til konflikten mellom foreldrene vil dette ofte føre til større vansker for barnet enn dersom de attribuerer konflikten til foreldrene eller andre ytre faktorer (Skopp, McDonald, & Jouriles, 2005). Tidligere opplevelser med partnervold mellom foreldre kan påvirke barns sensitivitet og forventninger om nye konflikter, der barn som har vært vitne til alvorlige episoder kan reagere mer negativt enn barn som ikke har tidligere erfaringer. En trygg relasjon til foreldre kan videre moderere de negative skadevirkningene volden har på barnet (Figge, 2015; Grych & Fincham, 1990). Rossman og Rosenberg (1992)

fant at barnets tro på egne evner til å regulere ned intense emosjoner og atferd ved konflikter mellom foreldre, viste mindre eksternaliserte vansker enn de som ikke klarte å regulere slike emosjoner. Studien gir støtte til at barns mestringstro kan moderere sammenhengen mellom stressnivå vitneopplevelser medfører, og senere tilpasning.

Modellering. En annen forklaringsmodell for hvorfor noen barn utvikler eksternaliserte vansker etter å ha vært vitne til vold i hjemmet kan være modellering. Barn lærer mye om interpersonlige forhold ved å observere sine foreldre som er rollemodeller for sine barn, da spesielt den forelderen med samme kjønn som barnet. Å se at foreldre løser konflikter med vold lærer barna at fiendtlighet og aggresjon er akseptable måter å løse konflikter på (Adams, 2009; Grych & Fincham, 1990).

2. Hva har forskning vist om virksomme behandlingstilnæringer?

Det finnes flere behandlingstilnæringer for barn som har vært vitne til vold i hjemmet, og Groves (1999) beskriver noen målsettinger som er felles for ulike intervensjoner. Et første mål er ofte å fremme en åpen diskusjon omkring barnets opplevelse. Prosessen ved å gjenfortelle en traumatisk hendelse i en trygg terapeutisk relasjon kan i seg selv være endringsdrivende, og et første steg i retning av å integrere erfaringene i forståelsen av seg selv og verden. Videre kan det å bryte stillheten redusere barnets følelse av isolasjon. Et viktig moment er å plassere ansvaret for volden hos voldsutøveren. Et annet mål er å hjelpe barna å se sammenheng mellom vanskene de opplever og voldsopplevelsene, samtidig som de lærer spesifikke strategier for å mestre og redusere symptomene.

Individualterapi, gruppeterapi, familieterapi, foreldreveiledning og sammensatt behandling er ulike tilnæringer som brukes i arbeid med barn som har vært vitne til vold i hjemmet.

Individualterapi

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). TF-CBT ble utviklet for å

behandle traumesymptomer hos barn og unge som hadde opplevd seksuelt misbruk. Behandlingen har vist seg effektiv og for andre traumeopplevelser (Cohen & Mannarino, 2008; Cohen, Mannarino, & Murray, 2011; Miller-Graff & Campion, 2016; Webb, Hayes, Grasso, Laurenceau, & Deblinger, 2014). TF-CBT fokuserer på behandling av symptomer på PTSD, angst, depresjon og andre vansker som er assosiert med traumetilstander. TF-CBT består blant annet av foreldreveiledning, psykoedukasjon, avslappingsteknikker, affektmoduleringsferdigheter, kognitiv prosessering, traumenarrativ, in vivo desensitivisering, felles foreldre-barn timer og å fremme sikkerhet og videre utvikling.

I en studie ble deltagerne i alderen 7 til 14 år randomisert til å enten motta TF-CBT eller Child-Parent Psychotherapy (CPP). TF-CBT besto av separate timer for barnet og for mor, mens CPP ga omsorgsperson og barn felles behandlingstimer. Barna som mottok TF-CBT viste bedring på totalskåre på PTSD-symptomer, hyperaktivering, unngåelse og angstplager, sammenlignet med gruppen som fikk CPP. I TF-CBT gruppen, ble andelen barn som oppfylte diagnostiske kriterier for PTSD redusert med 75 % mot 44% i sammenligningsgruppen (Cohen, Mannarino, et al., 2011).

En annen TF-CBT studie (Puccia, et al., 2012) inkluderte barn og ungdom mellom 4 og 19 år som hadde vært vitne til vold. De som fullførte behandlingen hadde en reduksjon i PTSD-symptomene på gjenopplevelse og unngåelse.

Webb, et al. (2014) studerte effekten av TF-CBT i et utvalg barn i alderen 7 til 16 år med ulike traumer, inkludert barn som hadde vært vitner til vold i hjemmet. Barna og ungdommene som fikk TF-CBT viste en reduksjon i symptomer på PTSD, internaliserte og eksternaliserte vansker, en effekt som vedvarte seks måneder etter.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). EMDR er en behandlingsmetode som opprinnelig ble utviklet for voksne med PTSD og traumatiske minner, men er og tatt i bruk i behandling av barn og unge. Ved EMDR blir traumatiske

minner desensitivisert ved å eksponere pasienten til korte forestillingsbilder av minner samtidig som pasienten mottar bilateral stimulering. Prosedyren gjentas til ubehaget og dysfunksjonelle kognisjoner assosiert til traumet er redusert (Ahmad, Larsson, & Sundelin-Wahlsten, 2007; Chemtob, Nakashima, Hamada, & Carlson, 2002; Rodenburg, Benjamin, De Roos, Meijer, & Stams, 2009).

En studie (Diehle, Opmeer, Boer, Mannarino, & Lindauer, 2015) sammenlignet effekten av EMDR og TF-CBT for PTSD for barn og unge i alderen 8 til 18 år med ulike traumatiske opplevelser, hvor 44 % hadde opplevd vold i hjemmet. Begge gruppene viste reduksjon i PTSD-symptomer. Det ble ikke funnet forskjell i behandlingseffekt mellom gruppene. Imidlertid rapporterte foreldrene til barna og ungdommene som mottok TF-CBT om reduksjon av komorbide depressive og hyperaktive symptomer sammenlignet med barna som mottok EMDR.

Dyreassistert terapi. Hestebasert terapi har som mål å fremme innsikt hos pasienten gjennom bruk av dyret. Hester har en rekke karakteristikk som er lignende mennesker, og de responderer på ikke-verbal kommunikasjon. Mennesker kan dermed være ubevisste sin atferd før de forstår den i lys av hvordan hestene reflekterer atferden tilbake. Å bruke hester i behandling kan fremme identifisering og å uttrykke følelser. Slike intervensjoner er tilpasset det enkelte individ og deres behov. Noen ganger blir foreldre og/eller søsken inkludert i behandlingen (Schultz, Remick-Barlow, & Robbins, 2007). I en effektstudie på bruk av hester i behandling for traumatiserte barn, hvor 40 % hadde vært vitne til vold i hjemmet, viste alle barna bedring i Global Assessment of Functioning (GAF). Videre ble det funnet en sammenheng mellom prosentvis bedring i GAF-skårer og antall behandlingstimer (Schultz, et al., 2007).

Lekterapi. Lekterapi er en mye brukt metode for å behandle en rekke atferdsmessige og emosjonelle vansker (Bratton & Ray, 2000). Lek er barnets primære kommunikasjonsform

og barnet uttrykker seg gjennom de lekene og materialene de velger, hva de gjør med lekene og historiene de leker. Videre kan lekterapi hjelpe barn å organisere sine opplevelser, oppleve selvkontroll og lære mestringsstrategier (Kot, Landreth, & Giordano, 1998; Landreth, 1991). To studier undersøkte effekten av individuell lekterapi (Kot, et al., 1998) eller i søskengrupper (Tyndall-Lind, et al., 2001) for barn i alderen 4 til 10 år. Barn som mottok lekterapi både individuelt og i søskengrupper viste sammenlignet med en kontrollgruppe endringer i selvfølelse, reduksjon i totalnivå av atferdsvansker og eksternalisert atferd. Barna viste videre økning i positiv lekatferd, som større nærhet til terapeut og reduksjon i konfliktfylte tema (Kot, et al., 1998; Tyndall-Lind, et al., 2001).

Gruppebehandling

Kids' Club. *Kids' Club* er et gruppetilbud for barn i alderen 6 til 12 år, hvor formålet er å gi barna kunnskap om familievold, endringer i holdninger og oppfatninger knyttet til volden og fremme emosjonell tilpasning og sosial atferd. Det er fokus på å danne et felles vokabular for emosjoner, gi mening til volden og plassere ansvaret for volden hos voldsutøveren. Noen ganger tilbys i tillegg parallelle behandlingsgrupper, Moms' Empowerment Program (MEP) for voldsutsatte mødre, for å bedre foreldrerollen samt øke deres sosiale og emosjonelle tilpasning på måter som kan redusere barnas tilpasningsvansker som følge av volden (Graham-Bermann, Lynch, Banyard, DeVoe, & Halabu, 2007).

Kid's Club er blitt evaluert i flere studier. Graham-Bermann, et al. (2007) fant at barna som mottok kombinasjonen av barne- og foreldregrupper viste reduksjon i eksternaliserte vansker og endringer i holdninger og oppfatninger knyttet til vold i større grad enn barn som kun gikk i barnegrupper, eller kontrollgruppe. For internaliserte vansker ble det ikke funnet forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Oppfølgingen ved åtte måneder viste at når både mor og barn mottok behandling oppnådde barna bedring også etter at behandlingen var avsluttet.

Graham-Bermann, Howell, Lilly og Devoe (2011) fant en reduksjon i eksternaliserte og internaliserte vansker hos barna i både behandlings- og kontrollgruppen. Mødrene i begge gruppene viste videre bedring i mål på psykiske helse, men ikke i oppdragelsesevne. Reduksjon i mødres PTSD, men ikke depressive symptomer, ble funnet å ha en sammenheng med bedring i internaliserende vansker hos barna.

Kids`Club programmet er også evaluert i en pilotstudie i Sverige (Carter & Grip, 2014) der mødrene rapporterte om bedret psykisk helse hos barna og økning i foreldreferdigheter som følge av behandlingen. Det ble ikke funnet endringer i barnas sosiale kompetanse og traumesymptomer eller i mødrenes psykiske helse.

En tilpasset versjon av Kids` Club er tatt i bruk i Nederland med navn *It`s my turn now!*. En studie (Overbeek, de Schipper, Lamers-Winkelman, & Schuengel, 2013) randomiserte barn og foreldre til intervensjonene *It`s my turn now!* eller *You belong*. *It`s my turn now!* regnes for å være en traumespesifikk intervensjon med hovedmålene; prosessering av voldsopplevelsen, lære hvordan skille mellom og uttrykke følelser og lære å gjenkjenne og navngi følelser. Foreldreintervensjonen hadde fokus på psykoedukasjon og diskusjon om tema som påvirkningen av partnervolden, foreldrerollen og hvorvidt barna skulle ha kontakt med den voldsutøvende forelderen, samt fokus på å bedre foreldreferdigheter. *You belong*-programmet inkluderte ikke spesifikt fokus på traumer eller voldsopplevelser og bearbeiding av disse, men fokuserte på fellesfaktorer som støtte, deling av erfaringer, oppmerksomhet, samt hyggelige aktiviteter i grupper. Barna i begge intervensjonene viste en reduksjon i internaliserte og eksternaliserte vansker og symptomer på PTSD.

En annen studie på de samme behandlingsprogrammene (Overbeek, de Schipper, Lamers-Winkelman, & Schuengel, 2014) undersøkte om ulike risikofaktorer kunne forklare noe av variansen i utfallet av behandling. Barna i begge betingelsene viste en reduksjon i eksternaliserte og internaliserte vansker og PTSD-symptomer. Barn med risikofaktorer

relatert til foreldrefungering som høyt nivå av psykopatologi og/eller foreldrestress viste størst reduksjon i PTSD-symptomer sammenlignet med barn som hadde foreldre med lav grad av disse risikofaktorene. Et høyt nivå av foreldrestress var assosiert med større reduksjon av eksterne vansker hos barna. Barn med DSM-V diagnosen *Disinhibited Social Engagement Disorder* viste mindre bedring i internaliserte vansker sammenlignet med barn uten denne komorbide lidelsen.

En annen studie (Overbeek, De Schipper, Willemsen, Lamers-Winkelmann, & Schuengel, 2015) fant også at barna i begge behandlingsprogrammene viste en reduksjon i PTSD-symptomer. Medierende faktorer som hadde betydning for reduksjonen i PTSD-symptomer var bedring i evnen til å skille mellom ulike emosjoner hos barna i programmet *It's my turn now!*. Foreldrene i begge behandlingsprogrammene viste reduksjon i psykopatologi og stressnivå, noe som ble funnet å være korrelert med reduksjon i barnets nivå av PTSD-symptomer. Positiv oppmerksomhet og deling av foreldreerfaringer, som var elementer i begge betingelsene, var assosiert med mer positiv atferd i foreldre-barn interaksjonen. Studien fant ikke noe støtte for at psykoedukasjon eller et spesifikt fokus på foreldreferdigheter reduserte barnas PTSD-symptomer. Overbeek, et al. (2015) fant ikke større effekt for traumespesifikk behandling sammenlignet med behandling som fokuserte på fellesfaktorer.

Preschool Kids' Club. *Preschool Kids' Club* programmet er tilpasset førskolebarn i alderen 4 til 6 år og består av både barne- og mødregrupper. Howell, Miller, Lilly og Graham-Bermann (2013) fant at barn som skåret høyt på sosial kompetanse ved behandlingsstart og som fikk behandling viste bedre sosial kompetanse sammenlignet med kontrollgruppen ved behandlingsslutt. Derimot ble det ikke funnet bedring for barn som var vitne til mer alvorlig partnervold, og som viste færre prososiale ferdigheter ved oppstart. Det ble ikke funnet sammenheng mellom mødrenes bedring på psykiske helse og oppdragelsesevner ved

postmålinger og barnas sosiale kompetanse (Howell, et al., 2013).

Graham-Berman, Miller-Graff, Howell og Grogan-Kaylor (2015) undersøkte effekten av behandlingen på internaliserende vansker. Barn som mottok behandlingen viste reduksjon i internaliserende vansker ved postmåling sammenlignet med en kontrollgruppe, men denne reduksjonen vedvarte kun for jenter ved oppfølging åtte måneder senere.

Andre parallelle barne- og foreldregrupper. Sullivan, Egan og Gooch (2004) undersøkte effekten av et behandlingsprogram basert på kognitiv atferdsteori og systemiske intervensjonsprinsipper. Innholdet for barnegruppen omhandlet blant annet sikkerhetsplanlegging, traumbearbeiding, reduksjon av skyldfølelse og utvikling av konfliktløsningsferdigheter. Innholdet i mødregruppen besto av sikkerhetsplanlegging, foreldreferdigheter og fokus på sosial støtte. Barna viste reduksjon i internaliserte og eksterne vansker etter behandlingen, viste mindre skyldfølelse for volden, bedre tilpasning, humør og mindre hyperaktivitet. Videre ble det funnet reduksjon i sinne for alle barna og stor bedring i traumesymptomer hos barna med symptomer i klinisk nivå. Foreldrene viste reduksjon i isolasjon, stress og bedre helse og forsterket barnets positive atferd i større grad etter behandlingen.

En annen gruppebehandling for barn i alderen 6 til 12 år besto av psykoedukative aspekter som sikkerhetsplanlegging, problemløsning, informasjon om vold og mishandling, samt identifikasjon og følelsesuttrykk. Barna ble i tillegg lært avslapningsøvelser. Foreldregruppene hadde mål om å fremme en bedre relasjon mellom foreldre og barn og øke positive disiplinære strategier (MacMillan & Harpur, 2003). Noen av barna var i tillegg til å være vitne til vold i hjemmet også utsatt for fysisk-, seksuell-, eller emosjonell mishandling. Barnas eksterne og internaliserte vansker ble redusert etter behandlingsslutt og de oppnådde økt kunnskap om vold, hvem som har ansvar for volden og sikkerhetsplanlegging. Foreldre rapporterte også om lavere stressnivå. Studien fant en sammenheng mellom barnas

psykiske helse og foreldrenes stressnivå.

Basu, Malone, Levendosky og Dubay (2009) undersøkte effekten av en barnegruppe for barn i alderen 3 til 12 år som fokuserte på å uttrykke følelser, redusere skam og øke konflikthåndteringsevne og mestringsstrategier. Mødregruppen hadde fokus på foreldreferdigheter (empati, disiplin og kommunikasjon) og psykoedukasjon om partnervold. Resultatene ble sammenlignet med en kontrollgruppe som ikke mottok behandling, samt en gruppe som kun mottok fire behandlingssesjoner. Det ble ikke funnet forskjeller i angst- og depressive symptomer for mødrene i de ulike betingelsene. For førskolebarn ble det heller ikke funnet forskjeller mellom gruppene i deres oppfattelse av sosial aksept og ulike kompetanseområder. Det var ingen forskjell i traumesymptomer mellom de ulike gruppene.

Haupoa Family Component er en intervensjon for barn og ungdom fra 3 til 17 år med fokus på psykoedukasjon, støtte, sikkerhetsferdigheter, tillitsbygging, selvbevissthet, forståelse og uttrykkelse av emosjoner, kommunikasjon, empati, konflikthåndtering og skyldfølelse. Foreldregrupper lærte om gode foreldreferdigheter, i tillegg til å motta støtte og psykoedukasjon (Becker, Mathis, Mueller, Issari, & Atta, 2008). Ungdommene viste etter behandlingsslutt en bedring i gjennomsnittsnivå av voldsrelaterte ferdigheter, som å uttrykke sinne på passende måte og utvikling av gode mestringsferdigheter. Barna viste en reduksjon i internaliserte og eksternaliserte vansker og totalnivå av vansker. Foreldrene viste bedring for voldsrelaterte ferdigheter og foreldreferdigheter. Foreldrenes endring i foreldreferdigheter hadde moderat sammenheng med barnas eksternaliserte vansker og totalnivå av vansker.

McWhirter (2011) sammenlignet en emosjonsfokusert mestringsgruppe med en målorientert mestringsgruppe for barn i alderen 6 til 12 år. Den emosjonsfokusede mestringsgruppen for mødre omhandlet tema som utforskning av vanskelige opplevelser, forståelse av ulike former for mishandling, forståelse og uttrykkelse av følelser, samt å

gjenkjenne sunne forhold og finne passende måter å mestre stress på. Flere av de samme temaene ble diskutert i barnegruppen. Den målorienterte mestringsgruppen bygget på kognitive atferdstilnærminger sammen med motiverende intervju. Målet var å fremme indre motivasjonen for endring da kvinnene bodde på midlertidige krisesentre i denne perioden. Det var fokus på å fremme adaptive mestringsstrategier og redusere de ikke-adaptive.

Barnegruppen fulgte samme tilnærming, tilpasset barnas utviklingsnivå. Barn i begge gruppene rapporterte om redusert familiekonflikt og økt emosjonell velvære, mindre konflikter med venner og høyere selvtillit ved behandlingsslutt. Alle mødrene viste en reduksjon i depresjon og økning i familiesamhold og mestringstro. Videre ble det funnet større reduksjon for familiekonflikt i den målorienterte intervensjonen, mens kvaliteten på sosial støtte økte mer i den emosjonsfokuserede intervensjonen. Begge gruppene av mødre hadde økt mestringstro på å endre alkoholinntaket, og kvinnene i den målorienterte gruppen rapporterte om reduksjon i alkoholinntak fra pre- til postintervensjon.

Barnegrupper, uten parallelle foreldregrupper. Et gruppebehandlingstilbud for barn i alderen 8 til 13 år som hadde vært vitne til vold i hjemmet (Jaffe, Wilson, et al., 1986) hadde holdningsendringer, økt problemløsning og konflikthåndtering som mål. Temaene inkluderte å identifisere følelser, håndtere sinne, fremme sikkerhetsferdigheter, øke sosial støtte, sosial kompetanse og selvfølelse, og plassere skylden hos voldsutøveren. Barna utviklet bedre sikkerhetsferdigheter, endret holdninger om vold og viste økt selvfølelse. En evalueringstudie av samme behandlingsprogram (Wagar & Rodway, 1995) fant en endring av holdninger om vold og konfliktløsningsstrategier hos barna etter behandlingen. Barna klarte etter behandlingen å plassere ansvar for volden hos voldsutøveren heller enn seg selv. Flere av barna viste også atferdsendringer som blant annet inkluderte økt selvtillit, uttrykk av følelser, bedre sosiale nettverk, og mindre aggresjon.

Peer Group Counseling Program for barn i alderen 6 til 13 år inneholder flere av de

samme mål og tema som behandlingsprogrammet til Jaffe, Wilson og Wolfe (1986). Metoder brukt var diskusjon, rollespill og lek. Det ble funnet reduksjon av depresjon, angst og atferdsvansker, men ingen endring i holdninger til vold og problemløsningsferdigheter. Veiledning eller støttegruppe for mødrene hadde ingen tilleggseffekt på reduksjon av barnets vansker (Pepler, Catallo, & Moore, 2000).

London Community Group Treatment Program for Child Witness of Woman Abuse er et gruppetilbud for barn og unge i alderen 7 til 15 år med fokus på å øke adaptive funksjoner og bedre sosiale og atferdsmessige vansker. Videre er et mål å fremme endring hos barna slik at de selv ikke viderefører syklusen av vold i sine relasjoner. Barna viste redusert skyld for vold og mishandling og økt kunnskap om vold etter å ha deltatt i gruppene. Videre rapporterte ved postmåling 74 % av mødrene at de opplevde endringer hos barnet som inkluderte mindre eksterne vansker, mindre vold mot søsken, at de adlød foreldrene og at de var mindre frustrerte (Sudermann, Marshall, & Loosely, 2000).

Superhero Program for barn i alderen 6 til 11 år ble evaluert av Lee, Kolomer og Thomsen (2012). Programmet hadde som mål å redusere skyldfølelse hos barna, fremme god selvtillit, fokus på tillit og samarbeidsevner og få kunnskap om sikkerhetsferdigheter. Noen av barna hadde opplevd fysisk eller emosjonell mishandling i tillegg til å være vitne til vold i hjemmet. Barna viste reduksjon i depressive symptom, psykososiale vansker og eksterne vansker ved behandlingsslutt. De viste mindre frykt og fobier, sinne og aggresjon, mer positive interaksjoner med søsken og mindre tilbaketrekking.

En gruppeintervensjon for barn mellom 5 til 14 år, kalt *Children`s Wellbeing Group* har som mål å endre tankesett, utvikle tillit, redusere hypervigilans og gi hjelp til å snakke om følelser. Barna hadde opplevd ulike traumatiske hendelser i familien, hvor 70% hadde vært vitne til vold i hjemmet. Barnas lærere rapporterte om reduserte atferdsvansker etter gruppeintervensjonen, og den sosiale kompetanse hadde økt. Foreldres utfylling av CBCL

viste en reduksjon i totalt nivå av atferdsvansker (Johnston, 2003).

Sullivan, Bybee og Allen (2002) undersøkte effekten av et behandlingsprogram kalt *The Learning Club* for barn mellom 7 til 11 år. Intervensjonene besto av psykoedukasjon og støtte for barna i grupper, samt kommunal oppfølging og tjenester for både mødre og barna. Sentrale tema i barnegruppene var sikkerhet, følelser og å vise respekt for seg selv og andre. Barna rapporterte om bedre selvfølelse på flere områder og endringene var stabile ved oppfølging fire måneder senere. Mødrene viste også reduksjon i depressive symptomer og selvfølelse sammenlignet med mødrene i kontrollbetingelsen.

Familieterapi

Vi har i våre litteratursøk ikke funnet studier som ser på effekten av familieterapi rettet mot hele familien, kun studier som ser på effekt av intervensjoner rettet mot den voldsutsatte omsorgspersonen og barnet.

Filialterapi. I filialterapi er fokus i behandlingen at foreldre skal delta i barnets lek og selv utvikle ferdigheter som terapeuter bruker i lekterapi. Foreldre veiledes til å forholde seg til barnet på måter som kan skape endring i barnets atferd og psykiske helse, samt bedre relasjonen. Behandlingen kan gis individuelt eller i grupper. Veiledning av foreldre består av diskusjon om temaer som barns utvikling og traumeresponser og drøfting av videopptak fra leketimene. Smith og Landreth (2003) undersøkte effekten av intensiv filial terapi for et utvalg barn i alderen 4 til 10 år som ble sammenlignet med en kontrollgruppe, eller barn som mottok lekterapi individuelt (Kot, et al., 1998) og i søskengrupper (Tyndall-Lind, et al., 2001). Barna som mottok intensiv filial terapi viste reduksjon i eksterne og internaliserte vansker, totalnivå av vansker, og en positiv endring i selvfølelse, sammenlignet med kontrollgruppen. Mødrene viste økning i empati ovenfor barna (Smith & Landreth, 2003). Det ble ikke funnet noen forskjell mellom filial terapi, individuell lekterapi og lekterapi i søskengrupper for totalnivå av vansker og eksterne vansker, målt med

CBCL. Det som skilte de tre terapiformene var at barn som mottok individuell lekterapi viste en større positiv endring i selvfølelse sammenlignet med barna i de andre behandlingsbetingelsene, mens kun barna i filialterapigruppen viste reduksjon i internaliserte vansker.

Child- Parent Psychotherapy (CPP). CPP er en relasjonsbasert behandlingsmetode for barn opptil 5 år. Behandlingsmanualen består av sesjoner med forelderen alene og felles sesjoner med barnet og forelderen (Lieberman, Van Horn, & Ippen, 2005). Målet er å skape et felles traumenarrativ gjennom ord eller i lek med formål å organisere opplevelsen, validere barnets opplevelse, styrke relasjonen til omsorgsgiver og gi barnet en fornemmelse av mestring og kontroll over disse hendelsene (Reyes & Lieberman, 2012).

I et utvalg barn mellom 3 til 5 år i CPP-behandling viste barna reduksjon i eksterne vansker og symptomer på traumatisk stresslidelse. Mødrene viste reduksjon i unngåelsessymptomer ved PTSD og ulike psykiske vansker (Lieberman, et al., 2005). Oppfølgingsstudiet (Lieberman, Ghosh Ippen, & Van Horn, 2006) viste at både barna og mødrenes bedring vedvarte seks måneder etter behandlingsslutt og at bedringen i barnas atferdsvansker og mødrenes alvorlighetsgrad av symptomer var forsterket ytterligere sammenlignet med kontrollgruppen.

Parent- Child Interaction Therapy (PCIT). PCIT er en manualisert intervensjon for barn i alderen 2 til 7 år. Metoden har røtter i tilknytning- og sosial læringsteori. Den første fasen har fokus på å fremme relasjonen mellom barnet og foreldrene, mens den andre fasen fokuserer på å redusere barnets atferdsvansker der foreldre lærer å bruke konsistent disiplin og forsterkningsprinsipp i leksituasjoner med barnet (Borrego, Gutow, Reicher, & Barker, 2008; Timmer, Ware, Urquiza, & Zebell, 2010).

En studie som undersøkte behandlingseffekt av PCIT (Timmer, et al., 2010) fant reduksjon i barnas eksterne vansker, mødrenes psykososiale stress og mødrenes

psykiske symptomer, med størst effekt for de som fullførte begge behandlingsmodulene.

Herschell, Scudder, Schaffner og Slagel (2016) fant også at behandling med PCIT var assosiert med en bedring i barnets eksternaliserte vansker og bedring av foreldrenes psykiske helse. I tillegg ble det funnet bedring i foreldreferdigheter i form av mindre inkonsistent disiplin og økt opplevelse av kontroll.

Foreldreveiledning

Project Support. *Project Support* er en intervensjonsmetode som retter seg mot mødre med barn i alderen 4 til 9 år, med fokus på å redusere barnas eksternaliserte vansker. Viktige elementer er trening i foreldreferdigheter og emosjonell støtte for å redusere foreldres psykiske vansker.

Project Support er evaluert i flere studier som undersøker effekten for barn som har vært vitne til vold i familien. Jouriles et al. (2001) fant at barna som mottok Project Support viste en raskere og større reduksjon av eksternaliserte vansker ved oppfølging etter åtte måneder sammenlignet med barna i en kontrollgruppen. Mødrene i behandlingsgruppen håndterte utagering bedre hos barna og viste reduksjon i psykisk stress. McDonald, Jouriles og Skopp (2006) evaluerte langtidseffekter av Project Support etter to år og fant at kun 15 % av barna viste klinisk nivå av eksternaliserte vansker, sammenlignet med 53 % i kontrollgruppen. Mødrene rapporterte også om bedring i barnas humør, sosiale relasjoner og reduksjon av internaliserte vansker. Mødrene som mottok Project Support var sjeldnere aggressive mot barna og hadde mindre sannsynlighet for å returnere til den voldelige partneren under oppfølgingsperioden.

Effekten av programmet ble videre undersøkt av Jouriles et al. (2009). Barna som mottok behandling viste her en reduksjon av klinisk nivå av eksternaliserte vansker hvor 15,6 % var innenfor normalområdet ved behandlingsstart, 76, 1% ved behandlingsslutt og 74, 1 % ved oppfølging inntil et år etter. I kontrollgruppen var tallet 23,5% før behandling, mot 38,7%

og 58,3%. Videre viste mødrene i Project Support reduksjon i inkonsistent og streng oppdragsstil sammenlignet med kontrollgruppen. Mødrenes psykiske symptomer ble redusert i begge gruppene. Det ble videre funnet en sterk sammenheng mellom mødrenes foreldrestil og psykiske helse, og barnets eksternaliserte vansker.

Errorless Compliance Training. *Errorless Compliance Training* er et annet behandlingsopplegg som retter seg mot mødre med barn i alderen 3 til 10 år og har som mål å redusere alvorlige atferdsvansker hos barn vitne til vold (Ducharme, Atkinson, & Poulton, 2000). Metoden går ut på at foreldrene får opplæring i gruppe hvor de får hjelp til å gradvis introdusere økte krav til barna. Behandlingsprogrammet benytter forsterkningsprinsipper. Ducharme, Atkinson og Poulton (2000) utførte hjemmeobservasjoner av interaksjonen mellom barna og foreldrene. Barna viste en bedring i etterlevelse av krav og beskjeder fra de voksne og effekten vedvarte ved oppfølging seks måneder etter behandlingsslutt. Barna viste også en reduksjon i eksternaliserte og internaliserte vansker. Mødrene viste reduksjon i stressnivå.

Sammensatt behandling

Sammensatt behandling består av ulike behandlingsintervensjoner rettet mot flere medlemmer i familien. Eksempler på dette kan være en sammensetning av individuell-, gruppe- og familierapi.

Carter, Kay, George og King (2003) utførte en pilotstudie hvor et av målene var å evaluere effekten av et behandlingsopplegg bestående av parallelle grupper for barn og unge i alderen 4 til 18 år og foreldre. De fikk videre 2 til 4 timer med individualterapi i forkant for å kartlegge og planlegge behandlingen. Familiene fikk også tilbud om familierapi etter gruppebehandlingene dersom det var passende. Målene med barnegruppen var å fremme sikkerhetsplanlegging, konfliktløsning og sosiale ferdigheter. Videre var sentrale mål å fremme god selvtillit, uttrykke følelser på en aldersadekvat måte, bedre foreldre-barn

relasjonen og identifisere og styrke barnas støttesystem. Foreldregruppen hadde fokus på samme temaene som barnegruppene, i tillegg til at foreldrene mottok informasjon om barns utvikling, effekten familievold har på barna og foreldreferdigheter. Barna viste reduksjon i somatiske symptom, eksterne vansker og sosiale vansker. Mødrene rapporterte økning i barnas kunnskap om vold og følelsesuttrykk. Barnas holdninger omkring bruk av vold viste endring og barna rapporterte at de etter behandlingen var mindre bekymret for at de, eller mødrene skulle bli skadet, eller at de eller en av foreldrene skulle skade andre. Mødrene opplevde mindre stress i etterkant av behandlingen.

The Child Witness to Violence Program for barn og ungdom 18 år og yngre, gir familier et fortløpende tilbud om hjelpetjenester og en individualisert behandlingsplan når politiet blir tilkalt i forbindelse med partnervold. Programmet har fokus på å ta i bruk barnets eksisterende ressurser. Målet er å lære barna at volden ikke er deres ansvar, og redusere sannsynligheten for at barna videreføre voldssyklusen i egne relasjoner. Videre er det viktig å lære barna sikkerhetsatferder. For traumatiserte barn er målet å prosessere traumet, gi det en mening og hjelpe barna å lagre hendelsen som et tolererbart minne. Programmet inkluderer gruppetilbud både til barna og den voldsutsatte omsorgspersonen, og individuell behandling til barna. Foreldretrening og familieterapi kan også benyttes. En effektstudie av behandlingsprogrammet viste endringer i kunnskap om at volden ikke var deres skyld og kunnskap omkring sikkerhetsplanlegging (Ernst, Weiss, Enright-Smith, & Hansen, 2008).

Gwynne, Blick og Duffy (2009) utførte en pilotstudie for å undersøke effekten av intervensjonsprogrammet *Spilstead Model (SM)* for barn i alderen 2 til 6 år i risikofamilier. SM består av foreldrestøtte gitt gjennom individuell veiledning og psykoedukasjon i grupper, ukentlige hjemmebesøk, ukentlige lekegruppe for barna og intervensjoner rettet mot tilknytningen mellom foreldre og barn. SM ble gitt over et år. Studien fant endringer med stor effektstørrelse for interaksjonen mellom foreldre og barn, redusert foreldrestress, økt selvtillit

og kapasitet hos foreldrene og bedre familiefungering. Barna viste også reduksjon i utviklingsmessige forsinkelser, bedring av språk samt reduksjon i eksterne vansker.

Child First er et hjemmebasert program for barn 5 år og yngre, i risikozonen for å utvikle sosiale-, emosjonelle- eller atferdsvansker og har primært fokus på tilkynningsrelasjoner mellom foreldre og barn. Barna som mottok behandlingen viste reduksjon i PTSD-symptomene påtrengende tanker og unngåelse. Videre ble det funnet en reduksjon i foreldres stressnivå, dysfunksjonelle interaksjoner mellom barn og foreldre og foreldres rapportering av vansker med å håndtere barna (Crusto et al., 2008).

Metaanalyse av behandlingseffekt

Hackett, McWhirter og Leshner (2016) utførte den første metaanalysen av 17 studier som evaluerer behandlingseffekt av ulike intervensjoner for voldsutsatte mødre og barn som har vært vitne til vold i hjemmet. Resultatet viste at intervensjonene hadde en overordnet stor effekt (0.8), som ble redusert til en moderat effekt (0.5) når den ble sammenlignet med kontrollgrupper. Forfatterne fant en moderat effektstørrelse for internaliserte og eksterne vansker. Studien så også på om de ulike utfallsmålene brukt i studiene kunne forklare noe av variansen i effekten. Metaanalysen fant moderat effektstørrelser for framtidige voldsepisoder, sosial og psykologisk tilpasning og for eksterne atferd (agresjon, alkoholmisbruk eller atferdsvansker). Den minste effektstørrelsen ble funnet for bedring av familierelasjoner. Selvfølelse viste en stor effektstørrelse.

3. Avdekking og behandlingstilbud i Norge

Avdekking og behandling i BUP

Reigstad, Jørgensen og Wichstrøm (2006) utførte en retrospektiv studie på 12 til 18 åringer som hadde vært i kontakt med BUP, hvor 60 % av ungdommene rapporterte om opplevelser med fysisk mishandling, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Av de barna som rapporterte om voldserfaringer, var bare 0,4 % av disse voldsopplevelsene beskrevet og

registrert i journalen fra BUP. Videre fant Ormhaug, et al. (2012) at av barn henvist til to ulike poliklinikker ved BUP, hadde 47% opplevd en eller flere traumer, der det tredje hyppigste traumet var vold i hjemmet. Ved gjennomgang av henvisningene ble det funnet at traumeopplevelsene ikke var nevnt i 37,7% av alle sakene. De fleste var henvist for andre vansker som angst, depresjon og ADHD. Det ble funnet at vold, innenfor og utenfor familien, var de typer hendelser som sjeldnest ble beskrevet i henvisningene.

En studie fra en poliklinikk ved BUP i Sverige (Hedtjärn, Hultmann, & Broberg, 2009) viste at avdekking av vold ble mer enn tredoblet da det ble systematisk etterspurt. Det ble derimot ikke spurt om vold i 30% av sakene på tross av tydelig informasjon om at dette skulle gjøres ved hver nye henvisning.

Øverland, Eriksen, Braarud og Voss (2010) hevder at offentlige behandlingstilbud innenfor psykisk helsevern ikke kartlegger voldsopplevelser hos barn og ungdom i tilstrekkelig grad, verken nasjonalt eller internasjonalt, noe som kan medføre manglende avdekking. Dette støttes av Røberg (2011) som på dette tidspunktet hevdet det ikke ble gjort noen systematisk kartlegging av vold i BUP-systemet. I senere tid har derimot Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i samarbeid med enkelte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, satt i gang et prosjekt for å heve kompetansen og implementeringen av screeningverktøy og behandlingsmetoden TF-CBT (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2016a). Som et ledd i prosjektet brukes systematisk kartlegging av traumatiske opplevelser, eksempelvis verktøyet *Kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer* (KATE). KATE finnes i en foreldreversjon (KATE-F) og en barnevernversjon (KATE-B) (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2016b). Barns vitneopplevelser med vold i hjemmet blir spesifikt etterspurt i KATE-skjemaene. Per i dag er prosjektet pågående og inkluderer 43 poliklinikker. Inntrykket til forskeren bak prosjektet er at den systematiske kartleggingen har ført til økt avdekking basert

på datainnsamlingen, men det foreligger ikke noen resultater ennå (S.Ormhaug, personlig kommunikasjon, 31. august 2016).

Prosjektet Barn som lever med vold i familien 2004-2010

Fra 2004 til 2010 samarbeidet Alternativ til Vold (ATV) og Senter for Krisepsykologi (SfK) om prosjektet *Barn som lever med vold i familien*, som ble finansiert av Barne- likestilling og inkluderingsdepartementet. Hovedmålet var å øke kunnskapen om voldsutsatte barn i ulike hjelpeinstanser. Prosjektet hadde også et mandat om å bidra til utvikling av rutiner og retningslinjer i arbeid med familier som lever med vold. En gruppeveileder, en veileder for individuelt arbeid med barn og en kartleggingspakke for voldsopplevelser er blant noen av produktene som ble utviklet i prosjektet (Heltne & Steinsvåg, 2010).

Som en konklusjon etter prosjektets avslutning skriver Heltne og Steinsvåg (2010) at en utfordring er at barn med voldserfaringer generelt har hatt få hjelpetilbud. Eksempelvis har familievernet arbeidet mest med de voksne, og har i mindre grad inkludert barn i samtalene. ATV har heller ikke driftsmidler til å tilby behandling til alle barn med voldsutøvende foreldre. Heltne og Steinsvåg (2010) har erfart at det kan være vanskelig å gi behandling til disse barn i BUP, blant annet med en begrunnelse om at barnet ikke har en diagnose som gjør at de blir prioritert i spesialisthelsetjenesten. I følge BUPs prioriteringsveileder (Helsedirektoratet, 2016) gis det i hovedsak ikke behandling til barn med lettere psykiske vansker. Imidlertid skal vurdering om behov for hjelp ved BUP tas basert på en helhetsvurdering av klinisk tilstandsbilde og situasjon, samt pålagt kartlegging av eventuelle traumeerfaringer.

Kartleggingspakken utviklet av ATV og SfK

Kartleggingspakken som ble utviklet gjennom prosjektet Barn som lever med vold i familien retter seg mot både den voldsutsatte forelderen, voldsutøveren og til barn og unge. Kartleggings skjemaene kommer i ulike versjoner; en for voksne, en for barn mellom 7 og 11

år og en for barn over 11 år. Kartleggingspakken inneholder en rekke spørreskjema som kan brukes der en screener for vold i hjemmet. Mens noen av skjemaene er mer spesifikke på hva barn har opplevd av vold i hjemmet, fokuserer andre på barns fungering som PTSD-symptomer, selvfølelse og mestring. Kartleggingspakken ligger åpent på nett og er ment å stimulere til økt bruk av systematisk kartlegging for hjelpeinstanser (Alternativ til Vold/Senter for krisepsykologi, 2011).

Et viktig argument for en grundig kartlegging er at den er grunnlag for utviklingen av virksomme behandlingsopplegg for både barn og foreldre. Et argument for å benytte en standardisert kartleggingspakke er at selv i de instansene der en rutinemessig screener for vold i hjemmet, kan avdekkingen likevel være mangelfull da spørsmålene som stilles er for utydelige eller for generelle (Alternativ til Vold/Senter for krisepsykologi, 2011).

Behandlingstilbud ved ATV

ATV har kort erfaring med å tilby behandling til barn som har vært vitne til vold. Første gruppesamtaletilbud for disse barna ble igangsatt i 2002 i Telemark. Lignende tilbud for søskengrupper for barn som hadde levd med vold i familien ble på samme tid tilbudt på familievernkontoret i Sør-Trøndelag (Aschjem & Sanna, 2009). Det er siden også blitt gjennomført barnegrupper ved ATV kontorer i Oslo, Drammen, Bergen og Stavanger (Aschjem & Sanna, 2009; H. Mohaupt, personlig kommunikasjon, 23. september, 2016). I 2009 ble det utgitt en veileder for gruppesamtaler med barn, *Ikke lenger alene*, som inngikk i prosjektet Barn som lever med vold i familien og er for barn fra 6 til 13 år. Temaer som arbeides med i barnegrupper handler om å bryte hemmeligheten om vold i familien, prate om følelser knyttet til volden og til omsorgspersonene, og plassere ansvar og skyld der den hører hjemme. Videre snakkes det om volden og normalreaksjoner knyttet til dette, det jobbes med å fremme barnas trygghet i gruppen, starte med den første fasen i traumearbeidet, ha fokus på barnas ressurser og arbeide med barnas selvbilde. Å møte andre barn som har lignende

erfaringer er viktig da barna opplever at de ikke er alene om sine opplevelser (Aschjem & Sanna, 2009).

I dag er det kun ATV i Stavanger som har barnegrupper som et fast tilbud. ATV Stavanger tilbyr slike barnegrupper en gang per halvår med en varighet på åtte samlinger. Omsorgsgiver går i gruppe parallelt med barna for å få informasjon om hva barna jobber med, noe som kan gjøre dem i stand til å følge opp barna i større grad i etterkant av samlingene (H. Mohaupt, personlig kommunikasjon, 23. september, 2016). I mai 2016 fikk ATV i Telemark mandat til å jobbe med barn og skal nå igjen tilby barnegrupper (W.T. Sanna, personlig kommunikasjon, 3.oktober, 2016). Videre ble det i januar 2016 gitt opplæring til Grorud og Stovner barneverntjenester som ønsket å ta i bruk gruppemanualene. Da manualen ligger åpent på nett har forfatterne ikke oversikt over bruken av denne innenfor ulike behandlingsinstanser i Norge (W.T. Sanna, personlig kommunikasjon, 3.oktober, 2016).

Det er mange faktorer som må tas hensyn til når en setter sammen barnegrupper og som kan skape utfordringer i rekrutteringsfasen som variasjon i kjønn, alder, voldsopplevelser, manglende samtykke fra begge foreldre og en ustabil hjemmesituasjon (H. Mohaupt, personlig kommunikasjon, 23. september, 2016).

Det er per dags dato ikke gjennomført noen effektstudie av gruppemanualen (W.T. Sanna, personlig kommunikasjon, 3. oktober, 2016).

Annen behandling som tilbys til disse barna i ATV er TF-CBT, lekterapi og CPP. Valg av behandling avhenger av flere faktorer som grad av traumesymptomer og eventuelle samspillsproblemer mellom omsorgsperson og barn. Viktige elementer i terapi handler om å støtte og bekrefte barnas opplevelse av volden, samt å fokusere på at volden ikke er barnets ansvar eller skyld (H. Mohaupt, personlig kommunikasjon, 2016).

Behandling i familievernet

Det ble i våren 2004 gjennomført en undersøkelse i region Vest som omhandlet

familievernets håndtering av voldsproblematikk, hvor 11 kontorer deltok. Undersøkelsen viste at de fleste kontorene manglet felles rutiner og prosedyrer i arbeid med voldssaker. Det var manglende kunnskap om å lage sikkerhetsplaner og gjøre risikovurderinger. Ingen av kontorene hadde felles rutiner for hvordan en forholdt seg til barna, og det ble også funnet at flere av terapeutene aldri snakket med barna som var vitne til vold i hjemmet, spesielt ikke de yngre barna under 12 år (Helle & Johannessen, 2007). Fra 2004 til 2007 var familievernet et hovedmål for kompetanseheving i prosjektet Barn som lever med vold i familien (Heltne & Steinsvåg, 2010). Ved avslutning av prosjektet kom det frem at 70% av de kontorene som hadde deltatt satset på å utvikle mer kompetanse og arbeide aktivt med familievold. Gjennom prosjektperioden hadde de fleste kontorene økt fokus på arbeid med voldsutsatte barn (Heltne & Steinsvåg, 2010).

En ny undersøkelse av voldssaker i familievernet ble utført av Flåm (2016), som tok utgangspunkt i Tromsø familievernkontor. Det ble funnet at saker som omhandlet barn som levde med vold i hjemmet omfattet ca. 1/3 av alle kliniske saker i denne tidsperioden. Av disse ble 64,1% av barna direkte utsatt for vold, mens de resterende var vitner. Volden var i flere tilfeller oppgitt ved inntak, men i 38,6% av sakene ble voldsproblematikk avdekket etter oppstart. Arbeidet med disse familiene var kortvarige, og flesteparten fikk tilbud om opptil 12 samtaler. Voldssaker blir gitt prioritet i familievernet, slik at det ikke var ventetid for familier der vold ble oppgitt ved inntaket. Dette kan tyde på at tjenestetilbud kan være kortvarige dersom det blir gitt i rett tid og når behovet for hjelp er størst. Videre ble det funnet at kun 15,2% av barna deltok i samtale. Det ble også funnet lite bruk av standardiserte kartleggingsverktøy for voldsopplevelser. Kartleggingspakken fra ATV var brukt i 1/3 av sakene.

Mulige hindringer for avdekking av voldsopplevelser

Flere forhold kan påvirke manglende og utilstrekkelig avdekking av barn som har

vært vitne til vold i hjemmet. Heltne og Steinsvåg (2009c) hevder at vold ofte ikke blir oppdaget fordi helsepersonell ikke spør om dette. Ulike barrierer for å spørre om vold kan være begrensede tidsressurser, bekymring for å fornærme eller skape ubehag for pasienten, drop-out, frykt for retraumatisering av pasienten eller sekundær traumatisering. Videre kan behandlere kjenne på et ubehag ved å ta opp vanskelige tema og behandlere kan risikere ubehagelige reaksjoner fra foreldre som kritikk, latterliggjøring eller devaluering (Hedtjärn, et al., 2009; Read, Hammersley, & Rudegeair, 2007; Røberg, 2011; Sugg, Thomson, Thomson, Maiuro, & Rivara, 1999; Zink, 2000; Zink & Jacobson, 2003).

Det kan også være stort ubehag knyttet til å fortelle om vonde opplevelser for foreldre og barn i møte med behandlingsapparatet. Familier som lever med vold kan oppleve skam og hemmelighold, og kan ha vansker med å snakke om volden (Ormhaug, et al., 2012). Videre kan barn ha vansker med å forklare og sette ord på voldsopplevelser, i tillegg til at de ønsker å beskytte foreldrene. Barna kan også frykte konsekvensene av å fortelle om voldsopplevelsene og/eller ha mottatt trusler om å ikke si noe.

Tillit er viktig for at barn skal våge å fortelle om sine opplevelser og behandlere må vise at de tåler å høre det barnet kommer med (Heltne & Steinsvåg, 2009c; Jaffe, et al., 1990; Røberg, 2011). Måten behandlere stiller spørsmål og viser interesse for barnet kan i seg selv skape tillit og dette kan bidra til at barnet kan fortelle om vold. Barn forstår ikke nødvendigvis hvilken informasjon behandlere ønsker svar på og det er derfor er viktig at behandlere stiller direkte og konkrete spørsmål relatert til voldsopplevelser (Heltne & Steinsvåg, 2009c, 2009d).

En annen barriere for avdekking kan være manglende opplæring i hvordan en skal spørre og respondere dersom pasienten har opplevd vold i hjemmet (Harris, Kutob, Surprenant, Maiuro, & Delate, 2002). Behandlere med erfaring fra arbeid med vold i hjemmet ble funnet å stille spørsmål omkring dette i betydelig høyere grad sammenlignet med behandlere med mindre erfaring (Hedtjärn, et al., 2009).

Både forskning og klinisk erfaring tilsier at foreldre ofte tror barn får med seg vesentlig mindre av volden i hjemmet enn hva som faktisk er tilfelle. Videre kan foreldre undervurdere konsekvensene partnervold har for barna (Grøndahl, 2011; Ormhaug, et al., 2012; Stephens, 1999; Zink & Jacobson, 2003). En undersøkelse viste at blant barn hvor foreldrene rapporterte at de ikke hadde fått med seg partnervolden, kunne mange likevel gi detaljerte beskrivelser av voldsepisodene (Jaffe, et al., 1990).

Kartleggingsinstrumenter

Tilpassede versjoner av *Conflict Tactics Scale* (CTS) er det kartleggingsverktøyet som oftest brukes internasjonalt for å undersøke traumatiske opplevelser hos barn (Edleson et al., 2007). Det er også blitt tatt i bruk under norske forhold (Mossige & Stefansen, 2007, 2016). CTS er et selvrapporteringskjema som kartlegger psykologisk og fysisk mishandling. Skjemaet inkluderer skalaer som tar for seg ulike elementer av vold som fysisk, psykisk og seksuell vold og konsekvensene av denne (Edleson, et al., 2007). Andre kartleggingsverktøy som brukes i Norge er Kartleggingspakken fra ATV og SfK og KATE. Kartleggingspakken sikrer grundig kartlegging av både barnets voldsopplevelse og fungering. Å kartlegge ved bruk av skjemaet KATE tar liten tid å gjennomføre og kan dermed brukes for raskt screening. Barnet skal svare avkrefte eller bekrefte på om de har opplevd ulike traumatiske hendelser og det krever dermed mer grundig kartlegging dersom barnet svarer bekrefte på noen av spørsmålene.

En helhetlig tilnærming til avdekking

Røberg (2011) diskuterer mulige årsaker til at behandlingposter avdekker flere voldsopplevelser som ikke tidligere har kommet fram i kontakten med poliklinikkene. Viktige moment i avdekningsprosessen er en trygg behandlingsbase, en barneorientert dynamisk tilnærming hvor en følger barnet, mot hos behandleren og gjensidig støtte i teamet.

Behandlingsposter kan gi trygghet, da familien er innlagt og har tettere kontakt med personalet over tid.

Diskusjon

Psykososiale konsekvenser

Studier har godt dokumentert at vitneerfaringer kan være like skadelig for barn som selv å bli utsatt for vold. Omfattende litteratur har de senere årene vist at barn som er vitne til vold i hjemmet opplever en rekke negative psykososiale konsekvenser sammenlignet med barn uten slike erfaringer. Barn og unge med vitneerfaringer har dårligere psykiske helse, vansker i sosiale relasjoner, tilknytningsforstyrrelser, og endringer i fysiologisk og kognitiv utvikling. De mest fremtredende konsekvensene synes å være internaliserte og eksternaliserte vansker, samt PTSD-symptomer, dokumentert i flere metaanalyser (Chan & Yeung, 2009; Davis, et al., 2008; Kitzmann, et al., 2003; Vu, et al., 2016; Wolfe, et al., 2003). Alvorlige konsekvenser som selvskading og suicidforsøk kan også forekomme og er dokumentert i en landsomfattende studie fra Norge (Mossige & Stefansen, 2016). Grad av psykososiale vansker vil trolig være et resultat av et kompleks samspill mellom type og grad av voldsepisoder, foreldres psykiske helse og omsorgsevne og individuelle faktorer ved barnet.

Behandling

Flere ulike typer behandlinger er utviklet for barn som har vært vitne til vold i hjemmet. Gjennomgående har de fleste behandlingsstudier inkludert i vår litteraturgjennomgang funnet en positiv effekt for barnas psykiske helse, og ingen har vist til forverring hos barna. Litteraturgjennomgangen av behandlingsstudier viser god effekt på eksternaliserte og internaliserte vansker, samt PTSD-symptomer. Flere studier dokumenterer også effekt i form av redusert stressnivå, bedret psykisk helse og økte foreldreferdigheter hos den voldsutsatte omsorgspersonen.

Project Support, Kids´ Club/ Preschool Kids´ Club og TF-CBT, er de behandlingsmetodene vi har funnet flest effektstudier på, og som har dokumentert reduksjon av symptomer hos denne gruppen.

Studiene som sammenligner effekt av ulike lekterapier (Kot, et al., 1998; Smith & Landreth, 2003; Tyndall-Lind, et al., 2001), effekt av TF-CBT og EMDR (Diehle, et al., 2015), effekt av TF-CBT og CCP (Cohen, Mannarino, et al., 2011) og emosjonsfokuset mestringsgruppe mot en målorientert mestringsgruppe (McWhirter, 2011) viser god effekt av alle behandlingsintervensjonene, med et unntak. Studien til Cohen, Mannarino og Lyengar (2011) viste at TF-CBT i større grad reduserte vansker hos barna enn CPP. Barna som mottok TF-CBT viste en signifikant bedring på totalnivå av PTSD-symptomer, hyperaktivering og unngåelse og angstplager sammenlignet med gruppen som fikk CPP.

Behandlingsintervensjonene varierer i stor grad både på varighet og omfang, fra 2 uker (Kot, et al., 1998) til 1 år (Lieberman, et al., 2005). Studiene vi har referert til i litteraturgjennomgangen viser positive resultater både for kortvarige og mer langvarige behandlingstilnæringer.

Virksomme faktorer

Få studier har undersøkt hvilke faktorer som kan medvirke til endring hos barna i behandling. Kunnskap og ferdigheter i å differensiere emosjoner (Overbeek, et al., 2015) og bedring i foreldres psykiske helse (Overbeek, et al., 2015; Graham-Berman et al., 2013) og foreldreferdigheter (Becker, et al., 2008; Ducharme et al., 2000; Jouriles, et al., 2001, 2009) har vist sammenheng med reduksjon av vansker hos barna. Derimot fant Overbeek, et al. (2015) at verken foreldreferdigheter eller psykoedukasjon hadde noen effekt på å redusere barns PTSD-symptomer. Foreldregrupper var en virksomt faktor i studien av Graham-Bermann, et al. (2007). Forfatterne fant størst behandlingseffekt for intervensjoner som inkluderte parallelle grupper for foreldre og barn sammenlignet med behandling gitt til barna

alene. Pepler, et al. (2000) fant derimot ikke noen økt effekt av at mødre mottok behandling parallelt med barna. Flere omtalte studier som inkluderer parallelle foreldre- og barnegrupper, viser bedre psykisk helse hos både barn og omsorgsperson, samt økte foreldreferdigheter hos omsorgspersonen.

Flere (Aschjem & Sanna, 2009; Morgentaler, 2000) trekker fram som mulig virksom faktor å møte andre med lignende opplevelser i gruppebehandling. Overbeek, et al. (2015) har også sett på om inkludering av traumefokuserte faktorer i behandlingen gir større effekt sammenlignet med faktorer som støtte, deling av erfaring, oppmerksomhet, samt hyggelige aktiviteter i grupper. Traumespesifikke faktorer var assosiert med en økning i mestringsferdigheter hos barna over tid, men gav ikke større reduksjon av PTSD-symptomer enn barna i sammenligningsgruppen.

Vanlige tema som går igjen i de ulike behandlingstilnærmingene for barn og unge er sikkerhetsstrategier, psykoedukasjon og holdninger til vold, støtte, fokus på følelser, traumbearbeiding, utvikling av ferdigheter, relasjoner og selvfølelse. Mange av behandlingene med disse teamene bedrer barnas psykiske helse, men det foreligger usikkerhet omkring hvilken grad de ulike elementer bidrar til denne effekten.

Valg av behandlingstilnærming

Individuell terapi gir muligheten for å bruke mer tid og gå i dybden på det barnet opplever som vanskelig. Gruppebehandling kan gi barna eller ungdommene følelse av tilhørighet til gruppen og redusere isolasjon og ensomhet ved at de kan se at andre barn har lignende opplevelser som dem selv. Gruppebehandlingene gir også mulighet til å øve på sosiale ferdigheter. Videre kan lekterapi og de relasjonsbaserte metodene fungere bedre for yngre barn. Behandlingstilnærminger som inkluderer barn og den voldsutsatte omsorgspersonen kan styrke relasjonen mellom dem, etablere et felles traumennarrativ og hjelp til å snakke om det vanskelige. Omsorgspersonen oppnår trolig økt forståelse for barnas

reaksjoner som kan fremme mer positive interaksjoner mellom dem. Foreldreveiledning kan styrke foreldrenes opplevelse av kontroll og mestring til å håndtere barna, og til bruken av hensiktsmessige disiplinære strategier. Foreldreveiledning inkluderer derimot ikke barna direkte og dermed kan det være vanskelig å gi barna tilstrekkelig hjelp for alle typer vansker. Den voldsutsatte forelderens omsorgsevne kan ha betydning for valg av behandlingstilnærming, da flere av behandlingsintervensjonene stiller krav om at foreldre forplikter seg, klarer å fokusere på barnas behov og er emosjonelt tilgjengelig for barnet. Foreldre kan selv oppleve emosjonelle belastninger som følge av å ha vært utsatt for partnervold, og som kan begrense deres evne til å fokusere på barnas behov.

Videre kan ulike grupper av barn ha ulik effekt av behandlingene, hvor eksempelvis Sullivan, Egan og Gooch (2004) fant større bedring hos barna som viste klinisk nivå av symptomer, sammenlignet med barn med symptomer under klinisk nivå. Howell, et al. (2013) fant i studien på behandlingseffekt av Preschool Kids' Club, at eldre barn hadde best utbytte av intervensjonen, de opplevde mindre negativ oppdragelse og hadde mødre med færre depressive symptomer. Derimot fant Overbeek, et al. (2014) at barn med foreldre som hadde høyt nivå av stress og psykopatologi viste størst bedring etter behandling.

TF-CBT og EMDR er behandlingstilnærminger som har vist god effekt på traumeerfaringer hos barn og unge. Cohen og Mannarino (2006) argumenterer for at effektive behandlingstilnærminger retter seg inn mot spesifikke symptomklynger, utviklingsnivå og/eller alvorlighetsgrad/kronisitet heller enn mot spesifikke typer av traumeopplevelser. Som støtte til dette hevder Gillies, Taylor, Gray, O'Brien og Dabrew (2013) at det ikke foreligger tilstrekkelig evidens for å trekke valide slutninger omkring hvorvidt barn og unge med spesifikke traumeopplevelser, som å være vitne til vold, profiterer mer eller mindre på bestemte behandlingstilnærminger sammenlignet med barn og unge med andre traumatiske opplevelser.

Kartlegging og behandling i Norge

Studier fra sentrale behandlingsinstitusjoner i Norge har vist til utfordringer knyttet til avdekking og manglende bruk av systematisk kartlegging (Flåm, 2016; Ormhaug, et al., 2012; Reigstad, et al., 2006). Andre utfordringer knytter seg til hvilke behandlingstilbud som tilbys for denne pasientgruppen. Få ATV-kontorer har mandat for å drive barnefokusert behandling. Av 11 kontorer tilbyr kun 2 behandlingsgrupper for barna som fast tilbud (H. Mohaupt, personlig kommunikasjon, 23.september, 2016; W. T. Sanna, personlig kommunikasjon, 3.oktober, 2016). Studier fra flere familievernkontor viser videre til at barna ikke alltid blir inkludert i samtaler (Flåm, 2016; Helle & Johannessen, 2007). Om barn får tilbud fra BUP avhenger av symptombelastning. Barn får generelt ikke tilbud fra BUP ved lettere psykiske vansker, men individuelle forhold kan derimot i noen tilfeller endre rettighetsstatus (Helsedirektoratet, 2016). Barn som er vitne til vold i hjemmet har den siste tiden fått økende fokus i behandlingsinstanser i Norge. Prosjektet Barn som lever med vold i familien har vært et viktig bidrag til dette. Flere ressurser har blitt utgitt i etterkant av prosjektet, som veiledere for individuell- og gruppebehandling og en kartleggingspakke for avdekking av voldsopplevelser (Heltne & Steinsvåg, 2010). I tillegg har prosjektet Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT-implementering, ført til økt fokus på kartlegging og behandling av traumer hos BUP (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2016a; 2016b). Likevel synes det ennå å være utfordringer knyttet til avdekking og behandling av disse barna.

Ulike hindringer for avdekking av barn og unge som har vært vitne til vold i hjemmet kan være manglende opplæring, begrensede ressurser, ubehag hos klinikerens og/eller ubehag hos barnet/forelderen, frykt hos barnet for å fortelle om forholdene hjemme, frykt for retraumatisering hos pasienten og mangel på systematisk kartlegging (Hedtjärn, et al., 2009; Heltne & Steinsvåg, 2009c, 2009d; Read, et al., 2007; Røberg, 2011; Sugg & Inui, 1992;

Zink, 2000; Zink & Jacobson, 2003). Volden kan også holdes aktivt skjult av foreldre, barna kan bli truet til å holde tilbake informasjon eller oppleve stor frykt for å miste en eller begge foreldre. Dette kan gjøre det vanskelig å avdekke volden på tross av systematisk kartlegging.

Metodologiske svakheter

Begrepsvaliditet. Begrepsvaliditet sier noe om at det som måles samsvarer med underliggende teoretiske definisjoner av et begrep, at en måler det en har tenkt å måle ("Psyk Test Barn måleegenskaper ved tester og kartleggingsverktøy," 2013). De ulike studiene inkludert i litteraturgjennomgangen har ulike definisjoner av partnervold. En metaanalyse viser at sammenhengen mellom barns vitneerfaringer med partnervold og tilpasningsvansker var større dersom partnervolden ble definert bredere til å inkludere fysisk, psykologisk og/eller seksuell partnervold sammenlignet med en definisjon som kun inkluderte fysisk partnervold (Vu, et al., 2016). En svakhet ved flere studier er mangelfulle beskrivelser av hva som er definert som partnervold. Flere studier mangler også informasjon om hvilken type vold barna har vært vitne til, alvorlighetsgraden, omfanget, hvem voldsutøveren er og barnets rolle under voldsepisodene. Få studier inkluderer mål på kjente beskyttelses- og risikofaktorer som kan ha betydning for barnas tilpasningsvansker i etterkant av voldsepisodene (Groves, 1999; Martinez-Torteya, et al., 2009; Owen, et al., 2009; Wood & Sommers, 2011).

Inklusjon og eksklusjonskriterier. Definisjonen på partnervold har betydning for inklusjon- og eksklusjonskriteriene i de ulike studiene. Noen behandlingsstudier har inkludert barna ut fra om mor har vært utsatt for partnervold uavhengig av barnas nivå av vansker (Graham-Bermann, et al., 2007; Sudermann, et al., 2000), andre har inkludert barn som har en kjent psykisk lidelse (Jouriles, et al., 2009; Jouriles, et al., 2001; Schultz, et al., 2007) eller som ikke har en kjent psykisk lidelse (Wagar & Rodway, 1995). Noen studier har kun inkludert barn som har vært vitne til vold i hjemmet (Graham-Bermann, et al., 2007; Jaffe, Wilson, et al., 1986; Wagar & Rodway, 1995), mens andre og har inkludert barn med andre

traumatiske opplevelser (Crusto, et al., 2008; Diehle, et al., 2015; Gwynne, et al., 2009; Johnston, 2003; MacMillan & Harpur, 2003; Puccia, et al., 2012; Schultz, et al., 2007; Webb, et al., 2014).

Ulikheter i utfallsmål og kartleggingsinstrument. Studiene bruker ulike utfallsmål hos barn med vitneerfaringer og ulike kartleggingsinstrument for å måle dette. En metaanalyse utført av Bratton, Ray, Rhine og Jones (2005) fant at utfallsmålene som ble brukt i de ulike studiene gav betydelig varians i effektstørrelse av ulike lekterapier.

Videre baserer flere av studiene seg på den voldsutsatte forelderens rapporteringer om barnas vansker da barn grunnet lav alder ikke kan formidle egne vansker. Det foreligger en fare for underrapportering da foreldre ikke alltid vil erkjenne vanskene eller ut fra egen fungering ikke klarer å se barnas skader.

Randomiserte kontrollerte forsøk (RCT). Flere av behandlingsstudiene har ikke benyttet seg av randomisering, da det av etiske hensyn kan bli problematisk å tilby det som kan være effektiv behandling til en gruppe mens en annen gruppe ikke får behandling. Derimot ble pasientene randomisert i flere av studiene til en venteliste for behandling, og på den måten fungere som en kontrollgruppe. I andre tilfeller ble pasientene gitt to ulike behandlingstilnærminger for å sammenligne effekt.

Flere studier inkludert i litteraturgjennomgangen om behandlingseffekter har derimot beskrevet ulikheter i kontroll og behandlingsbetingelsene på tross av randomisering (Cohen, Mannarino, et al., 2011; Overbeek, et al., 2013; Overbeek, et al., 2015; Sullivan, et al., 2002), noe som gjør det vanskelig å vurdere om effekten skyldes selve behandlingstiltaket eller eventuelle tredjevariabler.

Kontrollgruppe er ikke brukt i flere av studiene inkludert i vår litteraturgjennomgang og effektstørrelsen reduseres ofte ved å inkludere en kontrollgruppe (Hackett, et al., 2016). Få studier sammenligner effekten av ulike behandlingstilnærminger. Et av unntakene er studiene

som sammenligner effekten av ulike former av lekterapi (Kot, et al., 1998; Smith & Landreth, 2003; Tyndall-Lind, et al., 2001). Disse studiene er RCT-studier, og alle har det samme eksperimentelle designet, og eventuelle forskjeller i effekt kan tilskrives de ulike behandlingstilnærmingene.

Kliniske implikasjoner

Kartlegging av voldserfaringer hos barn bør gjøres tidlig i behandlingsforløpet. Å spørre direkte kan bidra til å normalisere og anerkjenne at vonde hendelser forekommer, at det kan ha relevans for barnets vansker og redusere tabu knyttet til det å snakke om slike opplevelser (Ormhaug, et al., 2012). Systematiske rutiner for screening av ulike traumatiske opplevelser i møte med barn kan bidra til avdekking av vitneerfaringer. Standardiserte spørreskjema, som omhandler ulike former for vold og hvor spørsmålene er konkrete kan være til hjelp i avdekkingen (Hedtjärn, et al., 2009). KATE, kartleggingspakken fra ATV og Sfk og CTS er eksempler på standardiserte verktøy som kan benyttes i dette arbeidet. Spesielt dersom voldsutøveren er med i samtalen kan det være vanskelig å snakke om volden (Røberg, 2011) og screeningen bør skje separat for barnet.

Lekterapi kan være en god metode til å avdekke voldsopplevelser hos barn, da leken er nærmere barnets utviklingsnivå og kan gjøre det lettere for barnet å fortelle sammenlignet med samtaler. Røberg (2011) har i sitt kliniske arbeid hatt stor nytte av metoder hvor en benytter leker og symboler som kommunikasjonsform for å formidle viktige hendelser i barnets og familiens liv.

“Uten at volden avdekkes synliggjøres ikke behov, ei heller utvikles det da adekvate hjelpetilbud” (Alternativ til Vold/ Senter for Krisepsykologi, 2011, s.5).

Flåm (2016) beskriver fra sitt arbeid på familievernkontoret at selv om volden avdekkes, blir ikke alltid barna inkludert i videre behandlingssamtaler. Det kan være mange årsaker til at barn ikke inkluderes, der en av dem er at man tenker at ved å hjelpe foreldrene til å takle en vanskelig livssituasjon ville dette også medføre at barna får det bedre. Videre kan et motargument være et ønske om å skjerme barna for det vonde, samt bekymring for å påføre dem ansvar for det vanskelige (Grøndahl, 2011). Flåm (2016) argumenterer for at barna i større grad bør inkluderes i behandlingen enn hva som er tilfelle i dag innenfor enkelte behandlingstilbud, som familievernkontoret. Dette begrunner hun blant annet ved at barn har rett til å bli hørt, noe som er nedfelt i FNs Barnekonvensjon og norsk lov. Gjennomgått litteratur viser samlet sett god effekt for å ta i bruk en helhetlig behandlingstilnærming som inkluderer både barn og deres voldsutsatte omsorgsperson for å gi best mulig hjelp til barn og unge som har vært vitne til vold i familien.

Barn og deres familier får ofte ulike behandlingstilbud ut fra hvilken behandlingstilnærming de er i kontakt med. Behandlingstilbud kan også påvirkes av geografisk plassering. I Norge er det totalt 11 ATV-kontorer og om barn får behandlingstilbud avhenger både av om kommunen har avtale med ATV og om det lokale kontoret har mandat til å tilby behandling for barn. Et sentralt spørsmål er hvordan barnefokuset behandling best bør håndteres i behandlingssystemet i Norge. Behandlingsinstitusjoner som er direkte rettet mot barn og med spisskompetanse på vold har vist best resultater for reduksjoner av psykososiale vansker hos barn med vitneerfaringer med vold sammenlignet med behandlingstilbud uten en slik spisskompetanse (Broberg, et al., 2011). Flåm (2016) foreslår ulike løsningsalternativ på hvilke behandlingstilnærminger som bør ha det primære behandlingsansvaret; om familievernet bør forsterkes for å inkludere barn i større grad, om behandlingstilbudet ved BUP bør utvides til å gi tilbud til flere barn og deres familie også uten krav om traumesymptom eller andre psykiske lidelser, eller om ATV bør få et utvidet

mandat til å tilby barnefokusert behandling på alle kontorene. Barn som er vitne til vold i hjemmet kan oppleve alvorlige psykososiale konsekvenser, noe som gjør det viktig at denne gruppen må sikres tiltak og behandling.

Referanser

- Adams, C. M. (2006). The Consequences of Witnessing Family Violence on Children and Implications for Family Counselors. *The family Journal*, 14(4), 334-341.
doi:10.1177/1066480706290342
- Adams, D. (2009). Predisposing Childhood Factors for Men Who Kill Their Intimate Partners. *Victims and Offenders*, 4(215-219). doi:10.1080/15564880903048479
- Ahlfs-Dunn, S. M., & Huth-Bocks, A. C. (2016). Intimate Partner Violence Involving Children and the Parenting Role: Associations with Maternal Outcomes. *Journal of Family Violence*, 31, 387–399. doi:10.1007/s10896-015-9791-x
- Ahmad, A., Larsson, B., & Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 349–354. doi:10.1080/08039480701643464
- Albers, E. M., Riksen-Walraven, J. M., Sweep, F. C., & de Weerth, C. (2007). Maternal behavior predicts infant cortisol recovery from a mild everyday stressor. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 97–103. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01818.x
- Alternativ til Vold /Senter for Krisepsykologi. (2011). *Kartleggingspakke Redskap ved kartlegging av vold*. Hentet fra <http://atv-stiftelsen.no/upload/2011/04/08/kartleggingspakke-atv-sfk.pdf>
- Aoun, C. (2012). Strengthening attachment: A multifamily group for mother child dyads following domestic violence. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 74(7-BE). Hentet fra <http://gradworks.umi.com/35/57/3557486.html>

- Armiento, J., Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Leschied, A. (2016). Direct and indirect forms of childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury among clinically-referred children and youth. *Journal of Affective Disorders, 200*, 212-217.
doi:10.1016/j.jad.2016.04.041
- Armour, C., & Sleath, E. (2014). Assessing the co-occurrence of intimate partner violence domains across the life-course: relating typologies to mental health. *European Journal of Psychotraumatology, 5*(10). doi:10.3402/ejpt.v5.24620
- Aschjem, Ø., & Sanna, W. T. (2009). *Ikke lenger alene. Veileder i gruppebehandling av barn som lever med vold i familien*. Hentet fra
<https://www.bufdir.no/nn/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00001168>
- Baker, L. L., & Jaffe, P. G. (2002). *Children exposed to violence: A handbook for police trainers to increase understanding and improve community responses*. London, Ontario, Canada.
- Basu, A., Malone, J. C., Levendosky, A. A., & Dubay, S. (2009). Longitudinal treatment effectiveness outcomes of a group intervention for women and children exposed to domestic violence *Journal of Child & Adolescent Trauma, 2*(2), 90–105.
doi:10.1080/19361520902880715
- Bauer, N. S., Herrenkohl, T. I., Lozano, P., Rivara, F. P., Hill, K. G., & Hawkins, J. D. (2006). Childhood Bullying Involvement and Exposure to Intimate Partner Violence. *Pediatrics, 118*(2). doi:10.1542/peds.2005-2509
- Becker, K. D., Mathis, G., Mueller, C. W., Issari, K., & Atta, S., S. (2008). Community-based treatment outcomes for parents and children exposed to domestic violence. *Journal of Emotional Abuse, 8*(1-2), 187-204. doi:10.1080/10926790801986122

- Borrego, J., Gutow, M. R., Reicher, S., & Barker, C. H. (2008). Parent-child interaction therapy with domestic violence populations. *Journal of Family Violence, 23*(6), 495-505. doi:10.1007/s10896-008-9177-4
- Boston Medical Center. (2016). Child Witness to Violence Project. Hentet 10.08, 2016, fra <http://www.childwitnessstoviolence.org/facts--myths.html>
- Bratton, S., & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy, 9*(1), 47-88. doi:10.1037/h0089440
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(4), 376-390. doi:10.1037/0735-7028.36.4.376
- Breiding, M. J., Black, M. C., & Ryan, G. W. (2005). Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen U.S. states/territories. *American Journal of Preventive Medicine, 34*(2), 112-118. doi:10.1016/j.amepre.2007.10.001.
- Broberg, A., Almqvist, L., Axberg, U., Grip, K., Almqvist, K., Sharifi, U., . . . Iversen, C. (2011). Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma. Resultat från en nationell utvärdering: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Hentet fra http://www.gu.se/digitalAssets/1325/1325174_st--d-till-barn-som-upplevet-v--ld-mot-mamma.pdf
- Carter, L., Kay, S. J., George, J. L., & King, P. (2003). Treating Children Exposed to Domestic Violence. *Journal of Emotional Abuse, 3*(3-4), 183-202. doi:10.1300/J135v03n03_02
- Carter, Å., & Grip, K. (2014). Kids´ Club i Sverige: resultat från en förstudie av en metod för att stödja barn som upplevt våld mot mamma. *Digitala Vitenskapliga Arkivet*. Hentet fra <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A708924&dswid=-1133>

- Center for Disease Control and Prevention. (2014). Understanding intimate partner violence. Hentet 01.08.16, 2010, fra <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv-factsheet.pdf>
- Center of Disease Control and Prevention. (2016). Intimate Partner Violence. *Violence Prevention*. Hentet 01.08, 2016, fra <http://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/>
- Chan, Y. C., & Yeung, J. W. K. (2009). Children living with violence within the family and its sequel: A meta-analysis from 1995–2006. *Aggression and Violent Behavior, 14*(5), 313–322. doi:10.1016/j.avb.2009.04.001
- Chemtob, C. M., Nakashima, J., Hamada, R., & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology, 58*(1), 99-112. doi:10.1002/jclp.113
- Cohen, A. J., Mannarino, A. P., Murray, L. K., & Igelman, R. (2006). Psychosocial Interventions for Maltreated and Violence-Exposed Children. *Journal of Social Issues, 62*(4), 737-766. doi:10.1111/j.1540-4560.2006.00485.x
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Children and Parents. *Child and Adolescent Mental Health, 13*(4), 158-162. doi:10.1111/j.1475-3588.2008.00502.x
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Murray, L. K. (2011). Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse Negl, 35*(8), 637-646. doi:10.1016/j.chiabu.2011.05.002
- Cohen, J. A., Mannario, A. P., & Lyengar, S. (2011). Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence. A Randomized Controlled Trial. *JAMA Pediatrics, 165*(1), 16-21. doi:10.1001/archpediatrics.2010.247.

- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. Hentet fra <http://www.nctsnet.org/products/complex-trauma-children-and-adolescents-2003>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . Van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. Hentet fra <https://nursebuddha.files.wordpress.com/2011/12/complex-trauma-in-children.pdf>
- Crusto, C. A., Lowell, D. I., Paulicin, B., Reynolds, J., Feinn, R., Friedmann, S. R., & Kaufman, J. S. (2008). Evaluation of a Wraparound Process for Children Exposed to Family Violence. *Best Practice in Mental Health*, 4(1). Hentet fra <http://www.ingentaconnect.com/contentone/lyceum/bpmh/2008/00000004/00000001/art00002?crawler=true>
- Dannowski, U., Stuhmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Lenzen, T., Grotegerd, D., . . . Kugel, H. (2012). Limbic Scars: Long-Term Consequences of Childhood Maltreatment Revealed by Functional and Structural Magnetic Resonance Imaging. *Biological Psychiatry*, 71(4), 286-293. doi:10.1016/j.biopsych.2011.10.021
- Davis, C. A., Evans, S. E., & DiLillo, D. K. (2008). Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis of Child and Adolescent Outcomes. *Aggression and Violent Behavior* 13(2), 1-16. doi:10.1016/j.avb.2008.02.005
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Lindauer, R. J. L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 227-236. doi:10.1007/s00787-014-0572-5

- Ducharme, J. M., Atkinson, L., & Poulton, L. (2000). Success-based, noncoercive treatment of oppositional behavior in children from violent homes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 995-1004.
doi:10.1097/00004583-200008000-00014
- Edleson, J. L. (1999). Children's Witnessing of Adult Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8). doi:10.1177/088626099014008004
- Edleson, J. L., Ellerton, A. L., Seagren, E. A., Kirchberg, S. L., Schmidt, S. O., & Ambrose, A. T. (2007). Assessing child exposure to adult domestic violence. *Children and Youth Services Review*, 29(2007). doi:0.1016/j.chilyouth.2006.12.009
- Elbow, M. (1982). Children of violent marriages: The forgotten victims. *Social Casework*, 63(8), 456-471. Hentet fra
https://www.researchgate.net/publication/232498169_Children_of_Violent_Marriages_The_Forgotten_Victims
- Ernst, A. A., Weiss, S. J., Enright-Smith, S., & Hansen, J. P. (2008). Positive outcomes from an immediate and ongoing intervention for child partner violence. *American Journal of Emergency Medicine*, 26(4), 389-394. doi:10.1016/j.ajem.2007.06.018
- Figge, J. C. (2015). Child appraisals of interparental conflict: The effects of intimate partner violence and the quality of parent-child relationships. *College of Science and Health Theses and Dissertations.*, 105. Hentet fra
http://via.library.depaul.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1105&context=csh_etd
- Flåm, A. M. (2016). Høyr meg og sjå meg! Barns røyst ved vold i familien. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53(6), 450-457. Hentet fra
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=464541&a=3

- Gaensbauer, T. J., & Siegel, C. H. (1995). Therapeutic approaches to posttraumatic stress disorder in infants and toddlers. *Infant Mental Health Journal, 16*(4), 292-305.
doi:10.1002/1097-0355(199524)16:4<292::AID-IMHJ2280160405>3.0.CO;2-3
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Ábrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Evidence-based Child Health, 8*(3), 1004-1116. doi:10.1002/ebch.1916
- Graham-Bermann, S. A., Howell, K. H., Lilly, M., & DeVoe, E. (2011). Mediators and Moderators of Change in Adjustment Following Intervention for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(9), 1815-1833.
doi:10.1177/0886260510372931
- Graham-Bermann, S. A., Lynch, S., Banyard, V., DeVoe, E. R., & Halabu, H. (2007). Community-Based Intervention for Children Exposed to Intimate Partner Violence: An Efficacy Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 199-209.
doi:10.1037/0022-006X.75.2.199
- Graham-Bermann, S. A., Miller-Graff, L. E., Howell, K. H., & Grogan-Kaylor, A. (2015). An Efficacy Trial of an Intervention Program for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Child Psychiatry & Human Development, 46*(6), 928-939.
doi:10.1007/s10578-015-0532-4
- Grip, K., Almqvist, K., & Broberg, A. G. (2011). Maternal report on child outcome after a community-based program following intimate partner violence. *Nordic Journal of Psychiatry, 66*(4), 239-247. doi:10.3109/08039488.2011.624632
- Groves, B. M. (1999). Mental health services for children who witness domestic violence. *Future of Children, 9*(3), 122-132. doi:10.2307/1602786

- Groves, B. M., Zuckerman, B., Marans, S., & Cohen, D. J. (1993). Silent Victims Children Who Witness Violence. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 269(2), 262-264. doi:10.1001/jama.1993.03500020096039.
- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1990). Marital Conflict and Children's Adjustment: A Cognitive-Contextual Framework. *Psychological Bulletin*, 108(2), 267-290. doi:10.1037/0033-2909.108.2.267
- Grych, J. H., Fincham, F. D., Jouriles, E. N., & McDonald, R. (2000). Interparental Conflict and Child Adjustment: Testing the Mediational Role of Appraisals in the Cognitive-Contextual Framework. *Child Development*, 71(6), 1648-1661. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/pdf/1132505.pdf>
- Grych, J. H., Harold, G. T., & Miles, C. J. (2003). A Prospective Investigation of Appraisals as Mediators of the Link Between Interparental Conflict and Child Adjustment. *Child Development*, 74(4), 1176-1193. doi:10.1111/1467-8624.00600
- Grych, J. H., Wachsmuth-Schlaefler, T., & Klockow, L. L. (2002). Interparental aggression and young children's representations of family relationships. *Journal of Family Violence*, 16(2), 259-272. doi:DOI: 10.1037//0893-3200.16.3.259
- Grøndahl, A.-B. (2011). Barna har en plass i familievernet. *Fokus på familien*, 2(2011), 124-134. Hentet fra https://www.bufdir.no/global/Barn_i_familievernet_1_2011_Skriftserie.pdf
- Gwynne, K., Blick, B. A., & Duffy, G. M. (2009). Pilot evaluation of an early intervention programme for children at risk. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 45(3), 118-124. doi:10.1111/j.1440-1754.2008.01439.x
- Hackett, S., McWhirter, P., & Leshner, S. (2016). The Therapeutic Efficacy of Domestic Violence Victim Interventions. *Violence & Victims*, 17(2), 123-132. doi:10.1177/1524838014566720

- Harding, H. G., Morelen, D., Thomassin, K., Bradbury, L., & Shaffer, A. (2013). Exposure to Maternal- and Paternal-Perpetrated Intimate Partner Violence, Emotion Regulation, and Child Outcomes. *Journal of Family Violence*, 28(1), 63-72. doi: 10.1007/s10896-012-9487-4
- Harris, J. M., Kutob, R. M., Surprenant, Z. J., Maiuro, R. D., & Delate, T. A. (2002). Can Internet-based Education Improve Physician Confidence in Dealing With Domestic Violence? *Family Medicine*, 34(4), 287-292. Hentet fra <http://forum.stfm.org/fmhub/fm2002/apr02/mcme.pdf>
- Hedtjärn, G., Hultmann, O., & Broberg, A. (2009). Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld. *Klinik och Vetenskap*, 106(48), 3242- 3247. Hentet fra http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/13229/LKT0948s3242_3247.pdf
- Helle, J., & Johannessen, R. (2007). Fra ny kunnskap til integrert kunnskap? Utfordringer i møtet mellom to ulike teoretiske og metodiske tilnærminger i arbeid med voldsproblematikk i familievernet. *Fokus*, 35(2007), 312-326. Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/f6669134d134e438710da8d353c9705d>
- Helsedirektoratet. (2016). Prioriteringsveileder-psykisk helsevern for barn og unge. Hentet 21.11, 2016, fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Heltne, U., & Steinsvåg, P. Ø. (2009a). Fagbrev 2: Fenomenologisk beskrivelse av tematikken- i et barneperspektiv. Hentet 02.08, 2016, fra <http://atv-stiftelsen.no/upload/2011/04/08/fagbrev-2.pdf>
- Heltne, U., & Steinsvåg, P. Ø. (2009b). Fagbrev 3: Om skadevirkninger av å være utsatt for vitne til vold i familien. Hentet 02.08, 2016, fra <http://atv-stiftelsen.no/upload/2011/04/08/fagbrev-3.pdf>

- Heltne, U., & Steinsvåg, P. Ø. (2009c). Fagbrev 4: Om problemstillinger rundt oppdagelse og om samarbeid mellom barnevern, politi, skole, barnehage m.f. i sammenheng med dette tema. Hentet 02.08, 2016, fra <http://atv-stiftelsen.no/upload/2011/04/08/fagbrev-4.pdf>
- Heltne, U., & Steinsvåg, P. Ø. (2009d). Fagbrev 5: Om kartlegging av vold, og om beskyttelse av utsatte barn. Et spesielt fokus på Klemetsrudmodellen. Hentet 02.08, 2016, fra <http://atv-stiftelsen.no/upload/2011/04/08/fagbrev-5.pdf>
- Heltne, U., & Steinsvåg, P. Ø. (2010). *Sluttrapport for prosjektet "Barn som lever med vold i familien"*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/barn-som-lever-med-vold-i-familien1/id670925/>
- Herschell, A. D., Scudder, A. B., Schaffner, K. F., & Slagel, L. A. (2016). Feasibility and Effectiveness of Parent–Child Interaction Therapy with Victims of Domestic Violence: A Pilot Study. *Journal of Child and Family Studies*, 1-13. doi:10.1007/s10826-016-0546-y
- Howell, K. H., Miller, L. E., Lilly, M. M., & Graham-Bermann, S. A. (2013). Fostering Social Competence in Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence: Evaluating the Preschool Kids' Club Intervention. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(4), 425-445. doi:10.1080/10926771.2013.775986
- Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., & Semel, M. A. (2001). The direct and indirect effects of domestic violence on young children's intellectual functioning. *Journal of Family Violence*, 16(3), 269-290. doi:10.1023/a:1011138332712
- Jaffe, P. G., Hurley, D. J., & Wolfe, D. (1990). Children's observations of violence: I. Critical issues in child development and intervention planning. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 35(6), 466-470. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2207980>

- Jaffe, P. G., Wilson, S., & Wolfe, D. A. (1986). Promoting changes in attitudes and understanding of conflict resolution among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 18(4), 356-366. doi:10.1037/h0079969
- Jaffe, P. G., Wolfe, D., Wilson, S., & Zak, L. (1986). Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(1). doi:10.1111/j.1939-0025.1986.tb01551.x
- Johnston, J. R. (2003). Group interventions for children at-risk from family abuse and exposure to violence: A report of a study. *Journal of Emotional Abuse*, 3(3), 203–226. doi:10.1300/J135v03n03_03
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Rosenfield, D., Stephens, N., Corbitt-Shindler, D., & Miller, P. C. (2009). Reducing conduct problems among children exposed to intimate partner violence: a randomized clinical trial examining effects of Project Support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 705-717. doi:10.1037/a0015994.
- Jouriles, E. N., McDonald R., Spiller, L., Norwood W.D., Swank, P. R., Stephens, N., . . . Buzy, W. M. (2001). Reducing conduct problems among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 775-785. doi:10.1037//0022-006X.69.5.774
- Kashersky, L. S. (2005). Posttraumatic stress symptomatology in children: Differentiating effects of witnessing domestic violence and experiencing physical abuse. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65(9). Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/33744310_Posttraumatic_stress_symptomatology_in_children_differentiating_effects_of_witnessing_domestic_violence_and_experiencing_physical_abuse

- Kaslow, N. J., & Thompson, M. P. (2008). Associations of child maltreatment and intimate partner violence with psychological adjustment among low SES, African American children. *Child Abuse & Neglect*, 32(9), 888-896. doi:10.1016/j.chiabu.2007.09.012.
- Katz, L. F., Hessler, D. M., & Anest, A. (2007). Domestic Violence, Emotional Competence, and Child Adjustment. *Social Development*, 16(3), 513-538. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00401.x
- Katz, L. F., & Low, S. M. (2004). Marital violence, co-parenting, and family-level processes in relation to children's adjustment. *Journal of Family Psychology*, 18(3), 372-382. doi:10.1037/0893-3200.18.2.372
- Kerig, P. K., Fedorowicz, A. E., Brown, C. A., & Warren, M. (2000). Assessment and intervention for PTSD in children exposed to violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3(1), 161-184. doi:10.1300/J146v03n01_11
- Kernic, M. A., Wolf, M. E., Holt, V. L., McKnight, B., Huebner, C. E., & Rivara, F. P. (2003). Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1231-1246. doi:10.1016/j.chiabu.2002.12.001
- Kilpatrick, K. L., Litt, M., & Williams, L. M. (1997). Post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(4), 639-644. doi:10.1037/h0080261
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2). doi:10.1037/0022-006X.71.2.339
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., & Purcell, S. (2003). Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and Psychopathology*, 15, 297-311. doi:10.1017/S0954579403000166

- Kolbo, J. R. (1996). Risk and resilience among children exposed to family violence. *Violence & Victims, 11*(2), 113-128. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8933708>
- Kot, S., Landreth, G. L., & Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy, 7*(2), 17-36. doi:10.1037/h0089421
- Kyllingmark, S. S., & Lillevik, O. G. (2013). Når barn er vitne til vold. *Fontene, 11*(13), 57-61. Hentet fra http://fontene.no/mapper/Nar_barn_er_vitne_til_vold.pdf
- Landreth, G. L. (1991). The Meaning of Play. *Play therapy: In The art of the relationship* (7-22). New York, NY: Routledge.
- Lee, J., Kolomer, S., & Thomsen, D. (2012). Evaluating the Effectiveness of an Intervention for Children Exposed to Domestic Violence: A Preliminary Program Evaluation. *Child and Adolescent Social Work Journal, 29*(5), 357-372. doi:10.1007/s10560-012-0265-1
- Levendosky, A. A., Bogat, A. G., Huth-Bocks, A. C., Rosenblum, K., & Von Eye, A. (2011). The Effects of Domestic Violence on the Stability of Attachment from Infancy to Preschool. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(3), 398-410. doi:10.1080/15374416.2011.563460
- Levendosky, A. A., Bogat, A. G., & Martinez-Torteya, C. (2013). PTSD Symptoms in Young Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Violence Against Women, 19*(2), 187-201. doi:10.1177/1077801213476458
- Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Shapiro, D. L., & Semel, M. A. (2003). The Impact of Domestic Violence on the Maternal - Child Relationship and Preschool-Age Children's Functioning. *Journal of Family Psychology, 17*(3), 275-287. doi:10.1037/0893-3200.17.3.275

- Levendosky, A. A., Lannert, B., & Yalch, M. (2012). The Effects of Intimate Partner Violence on Women and Child Survivors: An Attachment Perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 397-433. doi:10.1521/pdps.2012.40.3.397
- Lieberman, A. F., Ghosh Ippen, C., & Van Horn, P. (2006). Child-Parent Psychotherapy: 6-Month Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(8), 913-918. doi:10.1097/01.chi.0000222784.03735.92
- Lieberman, A. F., & Knorr, K. (2007). The impact of trauma: A developmental framework for infancy and early childhood. *Psychiatric Annals*, 37(6), 416-422. doi:10.3928/0090-4481-20070401-10
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241-1248. doi:10.1097/01.chi.0000181047059702.58
- Lynch, K. L. (2003). Children exposed to domestic violence: Resiliency and the mother-child relationship. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63(8-B), 3926. Hentet fra <http://scholarworks.umt.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=10478&context=etd>
- MacDonell, K. W. (2012). The Combined and Independent Impact of Witnessed Intimate Partner Violence and Child Maltreatment. *Partner Abuse*, 3(3), 358-378. doi:10.1891/1946-6560.3.3.358
- MacMillan, K., & Harpur, L. (2003). An examination of children exposed to marital violence: accessing treatment intervention. *Journal of Emotional Abuse*, 3(3-4), 227-252. doi:10.1300/J135v03n03_04

- Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology, 51*, 445-479.
doi:10.1146/annurev.psych.51.1.445
- Marks, C. R., Glaser, B. A., Glass, J. B., & Horne, A. M. (2001). Effects of Witnessing Severe Marital Discord on Children's Social Competence and Behavioral Problems. *The Family Journal, 9*(2), 94-101. doi:10.1177/1066480701092002
- Martinez-Torteya, C. G., Bogat, A., Von Eye, A., & Levendosky, A. A. (2009). Resilience Among Children Exposed to Domestic Violence: The Role of Risk and Protective Factors. *Child Development, 80*(2), 562-577. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01279.x
- McCloskey, L. A., & Stuewig, J. (2001). The quality of peer relationships among children exposed to family violence. *Development and Psychopathology, 13*(1), 83-96.
doi:10.1017/S0954579401001067
- McCrorry, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry, 3*(48), 1-34.
doi:10.3389/fpsy.2011.00048
- McDonald, R., Jouriles, E. N., & Skopp, N. A. (2006). Reducing conduct problems among children brought to women's shelters: intervention effects 24 months following termination of services. *Journal of Family Psychology, 20*(1), 127-136.
doi:10.1037/0893-3200.20.1.127
- McWhirter, P. T. (2011). Differential therapeutic outcomes of community-based group interventions for women and children exposed to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(12), 2457-2482. doi:10.1177/0886260510383026
- Mertin, P., & Mohr, P. B. (2002). Incidence and Correlates of Posttrauma Symptoms in Children From Backgrounds of Domestic Violence. *Violence and Victims, 17*(5), 555-567. doi:10.1891/vivi.17.5.555.33712

- Miller-Graff, L. E., & Campion, K. (2016). Interventions for Posttraumatic Stress With Children Exposed to Violence: Factors Associated With Treatment Success. *Journal of Clinical Psychology, 72*(3), 226-248. doi:10.1002/jclp.22238
- Moretti, M. M., Obsuth, I., Odgers, C. L., & Reebye, P. (2006). Exposure to maternal vs. paternal partner violence, PTSD, and aggression in adolescent girls and boys. *Aggressive Behavior, 32*(4), 385-395. doi:10.1002/ab.20137
- Morgentaler, M. J. (2000). Child witnesses to domestic violence: A treatment design. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 61*(5-B), 2773.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge. En Selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skole: (NOVA rapport 20/07)*. Hentet fra http://www.nova.no/asset/3059/1/3059_1.pdf
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge: omfang og utviklingstrekk 2007-2015: (NOVA rapport 5/16)*. Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferdsogarbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Voldog-overgrep-mot-barn-og-unge>
- Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, A. E., Herrenkohl, R. C., & Russo, J. M. (2010). The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *Journal of Family Violence, 25*(1), 53-63. doi:10.1007/s10896-009-9269-9
- Muresan, L. (2011). The effects of exposure to intimate partner violence on preschool children: A literature review. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 73*(5-B), 3270. Hentet fra <http://gradworks.umi.com/34/96/3496861.html>

- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2016a). Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT-Implementering. Hentet 21.08, 2016, fra <https://www.nkvts.no/prosjekt/behandling-av-traumatiserte-barn-og-unge-tf-cbt-implementering/>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2016b). Kartlegging av traumer og PTSD hos barn og unge. Hentet 21.08, 2016, fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/02/Veiledning-til-gjennomforing-av-KATECATS_gen.-2016.pdf
- O'Brien, M., John, R. S., Margolin, G., & Erel, O. (1994). Reliability and diagnostic efficacy of parents' reports regarding children's exposure to marital aggression. *Violence and Victims*, 9(1), 45-62. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/208553930?pq-origsite=gscholar>.
- Ormhaug, M. S., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemte? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(3), 234-240. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=215173&a=3
- Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of Children's Exposure to Domestic Violence and Child Maltreatment: Implications for Prevention and Intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3). doi:10.1023/A:1024958332093
- Overbeek, M. M., de Schipper, J., Lamers-Winkelmann, F., & Schuengel, C. (2013). Effectiveness of specific factors in community-based intervention for child-witnesses of interparental violence: A randomized trial. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1202-1214. doi:10.1016/j.chiabu.2013.07.007
- Overbeek, M. M., de Schipper, J. C., Lamers-Winkelmann, F., & Schuengel, C. (2014). Risk Factors as Moderators of Recovery During and After Interventions for Children

- Exposed to Interparental Violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 295-306. doi:10.1037/ort0000007
- Overbeek, M. M., De Schipper, J. C., Willemen, A. M., Lamers-Winkelmann, F., & Schuengel, C. (2015). Mediators and Treatment Factors in Intervention for Children Exposed to Interparental Violence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-17. doi:10.1080/15374416.2015.1012720
- Owen, A. E., Thompson, M. P., Shaffer, A., Jackson, E. B., & Kaslow, N. J. (2009). Family Variables that Mediate the Relation Between Intimate Partner Violence (IPV) and Child Adjustment. *Journal of Family Violence*, 24(7), 433-445. doi:10.1007/s10896-009-9239-2
- Pepler, D. J., Catallo, R., & Moore, T. E. (2000). Consider the children: Research informing interventions for children exposed to domestic violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3(1), 37-57. doi:10.1300/J146v03n01_04
- Psyk Test Barn måleegenskaper ved tester og kartleggingsverktøy. (2013). Hentet 13.10, 2016, fra <http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/psykometri>
- Puccia, E., Redding, T. M., Brown, R. S., Portland, M., Gwynne, P. A., Hirsh, A. B., . . . Morrison, B. (2012). Using Community Outreach and Evidenced-Based Treatment to Address Domestic Violence Issues. *Social Work in Mental Health*, 10(2). doi:10.1080/15332985.2011.601704
- Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 101-110. doi:10.1192/apt.bp.106.002840
- Reigstad, B., Jørgensen, K., & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients:

prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 58-66.

doi:10.1080/08039480500504933

Rennison, C. M., & Welchans, S. (2000). Intimate Partner Violence *Bureau of Justice*

Statistics Special Report. Hentet fra

http://www.popcenter.org/problems/domestic_violence/PDFs/Rennison%26Welchans_2000.pdf

Reyes, V., & Lieberman, A. F. (2012). Child-Parent Psychotherapy and traumatic Exposure to Violence. *Zero to three*, 32(6), 20-25. Hentet fra

<http://www.inclusivechildcare.org/resourcesWeb2/uploads/Traumatic%20Exposure%20to%20Violence.pdf>

Rodenburg, R., Benjamin, A., De Roos, C., Meijer, A. M., & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599-606.

doi:10.1016/j.cpr.2009.06.008

Rossman, B. B. R., & Rea, J. G. (2005). The Relation of Parenting Styles and Inconsistencies to Adaptive Functioning for Children in Conflictual and Violent Families. *Journal of Family Violence*, 20(5), 261-277. doi:10.1007/s10896-005-6603-8

Rossman, B. B. R., & Rosenberg, M. S. (1992). Family Stress and Functioning in Children: the Moderating Effects of Children's Beliefs About Their Control Over Parental Conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 699-715.

doi:10.1111/j.1469-7610.1992.tb00906.x

Røberg, L. (2011). Hvordan kan vold mot barn avdekkes i psykisk helsevern?. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(6), 538-543. Hentet fra

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=144835&a=3

- Saltzman, K. M., Holden, G. W., & Holahan, C. J. (2005). The psychobiology of children exposed to marital violence. *Journal of Clinical and Adolescence Psychology*, 34(1), 129-139. doi:10.1207/s15374424jccp3401_12
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (1995). Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of age. *Infant Mental Health Journal Special Issue: Posttraumatic stress disorder (PTSD) in infants and young children*, 16(4), 259-270. doi:10.1002/1097-0355(199524)16:4<259::AID-IMHJ2280160403>3.0.CO;2-T
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 8(1), 59-87. doi:10.1017/S0954579400006970
- Schore, A. N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 9, 595-631. doi:10.1017/S0954579497001363
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
- Schultz, P. M., Remick-Barlow, G. A., & Robbins, L. (2007). Equine-assisted psychotherapy: a mental health promotion/intervention modality for children who have experienced intra-family violence. *Health and Social Care in the Community* 15(3). doi:10.1111/j.1365-2524.2006.00684
- Skopp, N. A., McDonald, R., & Jouriles, M. B. (2005). Siblings in domestically violent families: experiences of interparent conflict and adjustment problems. *Journal of Family Violence*, 19(2), 324-333. doi:10.1037/0893-3200.19.2.324

- Smith, N. R., & Landreth, G. (2003). Intensive filial therapy with child witnesses of domestic violence: A comparison with individual and sibling group play therapy. *International Journal of Play Therapy, 12*(1), 67-88. doi:10.1037/h0088872
- Stephens, D. L. (1999). Battered women's views of their children. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(7), 731-746. doi:10.1177/088626099014007004
- Sternberg, K. J., Baradarana, L. P., Abbotta, C. B., Lambb, M. E., & Gutermana, E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review, 26*(1), 89-112. doi:doi:10.1016/j.dr.2005.12.001
- Sudermann, M., Marshall, L., & Loosely, S. (2000). Evaluation of the London (Ontario) community group treatment programme for children who have witnessed woman abuse. *Journal of Agression, Maltreatment and Trauma, 3*(1), 127-146.
doi:10.1300/J146v03n01_09
- Sugg, N. K., & Inui, T. (1992). Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence Opening Pandora's Box. *The Journal of the American Medical Association, 262*(23). doi:10.1001/jama.1992.03480230049026.
- Sugg, N. K., Thomson, R. S., Thomson, D. C., Maiuro, R., & Rivara, F. P. (1999). Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs. *Archives family medicine, 8*(4), 301-306. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10418535>
- Sullivan, C. M., Bybee, D. I., & Allen, N. E. (2002). Findings from a community-based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence, 17*(9), 915-936. doi:10.1177/0886260502017009001
- Sullivan, M., Egan, M., & Gooch, M. (2004). Conjoint interventions for adult victims and children of domestic violence: A program evaluation. *Research on Social Work Practice, 14*(3), 163-170. doi:10.1177/1049731503257881

- Timmer, S. G., Ware, L. M., Urquiza, A. J., & Zebell, N. M. (2010). The Effectiveness of Parent–Child Interaction Therapy for Victims of Interparental Violence. *Violence & Victims, 25*(4), 486-503. doi:10.1891/0886-6708.25.4.486
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (1998). *Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings From the National Violence Against Women Survey*. Hentet fra <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/172837.pdf>
- Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L., & Giordano, M. A. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy, 10*(1), 53-83. doi:10.1037/h0089443
- Visser, M. M., Telman, M. D., De Schipper, J. C., Lamers-Winkelmann, F., Schuengel, C., & Finkenauer, C. (2015). The effects of parental components in a trauma-focused cognitive behavioral based therapy for children exposed to interparental violence: study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central, 15*(131). doi:10.1186/s12888-015-0533-7
- Vu, N. L., Jouriles, E. N., McDonald, R., & Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical Psychology Review, 46*, 25-33. doi:10.1016/j.cpr.2016.04.003.
- Wagar, J. M., & Rodway, M. R. (1995). An Evaluation Of A Group Treatment Approach For Children Who Have Witnessed Wife Abuse *Journal of Family Violence, 10*(3), 295-306. doi:10.1007/bf02110994
- Walton-Moss, B. J., Manganello, J., Frye, V., & Campbell, J. C. (2005). Risk Factors for Intimate Partner Violence and Associated Injury Among Urban Women. *Journal of Community Health, 30*(5), 337-389. doi:10.1007/s10900-005-5518-x

- Webb, C., Hayes, A. M., Grasso, D., Laurenceau, J. P., & Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth: Effectiveness in a community setting. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 555-562. doi:10.1037/a0037364
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner: om tilknytning, traumer og dissosiasjon*. Oslo: Arneberg Forlag.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3). doi:10.1006/0893-3200.00171/0
- Wood, S. L., & Sommers, M. S. (2011). Consequences of intimate partner violence on child witnesses: A systematic review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(4), 223-236. doi:10.1111/j.1744-6171.2011.00302.x
- Yates, A. (1996). When children witness domestic violence. *Hawaii Medical Journal*, 55(9), 162-163. Hentet fra <http://evols.library.manoa.hawaii.edu/bitstream/10524/54092/1/1996-09p162-163.pdf>
- Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D., & Heller, S. S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 77-86. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199921)20:1<77::AID-IMHJ6>3.0.CO;2-S
- Zink, T. (2000). Should Children Be in the Room When the Mother Is Screened for Partner Violence? *The Journal of Family Practice*, 49(02), 130-136. Hentet fra <http://www.mdedge.com/jfponline/article/60741/should-children-be-room-when-mother-screened-partner-violence>

Zink, T., & Jacobson, J. (2003). Screening for intimate partner violence when children are present - The victim's perspective. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(8), 872-890. doi:10.1177/0886260503253879

Øverland, K. E., Eriksen, K., Braarud, H. C., & Voss, C. (2010). individualterapeutisk arbeid med barn som er utsett for vald i familien: om samhandling mellom BUP og barnevern. *Tidsskrift for Norges Barnevern, 87*(4), 212-223. Hentet fra <https://www.idunn.no/tnb/2010/04/art03>