



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Born som er vitne til vald i familien;
Evidens for gruppebehandling basert på kognitiv åtferdsterapi***

HOVUDOPPGÅVE

profesjonsstudiet i psykologi

Ane Marte Habbestad

Haust 2009



Rettleiar:

Roar Solholm

Avdeling for klinisk psykologi

Forord

Fyrst og fremst vil eg takka rettleiar Roar Solholm for eit godt samarbeid og god støtte gjennom prosessen. Du har vore til stor og uvurderleg hjelp, både fagleg og språkleg.

Interessa mi for dette feltet vart vekka då eg deltok som hospitant i ei gruppebehandlingsrekke ved Senter for Krisepsykologi, våren 2009. Eg vil gjerne takka Magne Raundalen og Elin Hordvik for at eg fekk delta, og Magne Raundalen for gode samtalar og inspirasjon i samband med oppgåva. Takk òg til Hanne Braarud for hjelp i oppstarten av prosjektet. Det har vore ein lærerik prosess.

Vidare vil eg gjerne takka medstudentar på kontor 209 og omegn for sosial støtte i ein elles asosial periode. Mykje moro har funne stad.

Sist, men ikkje minst, vil eg takka mi gode veninne, syskenborn og trufaste korrekturlesar, Ida. Hjarteleg takk.

Bergen, 15.12.09

Abstract

Children witnessing intimate partner violence are an at-risk group of developing psychosocial problems. Both short and long term deleterious effects have been documented. The purpose of this study was to examine available evidence of the effect of group cognitive behavioural therapy on child witnesses of intimate partner violence. The study is inspired by a Norwegian state funded treatment project and the resulting development of a treatment manual for this group of children. Other aims of this study were to investigate how research literature answers the question of treatment mechanisms and how parental involvement in treatment are defined and/or debated. By conducting a structured literature search, 20 articles were included.

The results of this study are not conclusive concerning the effect of group cognitive behavioural treatment for child witnesses of intimate partner violence. Single studies show promising results, documenting significant treatment effects and small to moderate effect sizes. The results are never the less characterized by the differences in central aspects such as group definition, content of treatments and outcome measures used. More research is needed to document the effect of group treatment based on CBT for child witnesses of intimate partner violence. No systematic research on treatment mechanisms has been found. There is a need of more systematic research on the effect of different types of parental involvement in treatment. Methodological issues of the studies are discussed. Implications for clinical work are discussed and suggestions for future research outlined.

Samandrag

Born som er vitne til vald i familien utgjer ei risikogruppe for utvikling av ei rekke psykososiale vanskar, og skadeverknader er blitt dokumentert både på lang og kort sikt. Formålet med den føreliggande litteraturstudien var å undersøkje kva evidens som ligg føre for å driva gruppebehandling for born som har vore vitne til vald i familien, basert på kognitivt åtferdsmessige prinsipp. Studien er inspirert av eit norsk, statleg støtta behandlingsprosjekt og den påfølgande utgjevinga av ein behandlingsmanual for denne gruppa born. Aktive verknadsmekanismar i behandling, samt definerings og/eller problematiseringa av foreldreinvolvering i samband med behandling, har vore øvrige fokus for studien. Ved bruk av eit systematisk litteratursøk vart 20 artklar inkluderte i studien.

Resultata frå denne litteraturstudien gjev ikkje grunn til å trekkja eintydige konklusjonar om behandlingseffekt. Enkeltstudiar dokumenterer lovande resultat i form av signifikant behandlingseffekt og ein liten til moderat effektstorleik. Resultata er likevel prega av korleis studiane varierer, mellom anna i form av ulike definisjonar av målgruppa, ulikt innhald i behandlinga og ulike utfallsmål. Det gjenstår framleis arbeid for å dokumentera om, og i so fall i kva grad, gruppebehandling basert på CBT er ein effektiv intervensjon i behandlinga av psykososiale vanskar hjå born som er vitne til vald i familien. Det er ikkje systematisk undersøkt kva verknadsmekanismar som ligg til grunn for effektiv behandling. Heller ikkje er effekten av ulike foreldreintervensjonar systematisk studert. Metodologiske utfordringar ved studiane vert so drøfta.

Avslutningsvis drøftast implikasjonar for klinisk praksis og forslag til vidare forskning vert gjeve.

Innhald

Forord.....	i
Abstract.....	ii
Samandrag.....	iii
Innleiing.....	1
Vald i familien.....	3
Avklaring av sentrale omgrep.....	3
Vald.....	3
Familievald (Domestic Violence).....	5
Partnervald (Intimate Partner Violence).....	5
Barnemishandling.....	6
Traume.....	7
Born som er vitne til vald.....	8
Dimensjonar ved valdserfaringar.....	10
Type valdserfaring.....	10
Type valdsutøvar.....	11
Tidsfaktoren.....	12
Omfang.....	13
Skadeverknader.....	13
Alvorsgrad.....	15
PTSD.....	15
Komplekse traume.....	17
Direkte og indirekte skadeverknader.....	18
Effektar av valdseksponering på kort og lang sikt.....	22
Effektar på kort sikt.....	22
Langvarige effektar av å vera vitne til vald i familien.....	23

Biologiske skadeverknader.....	25
Born som er vitne til vald i familien i Noreg.....	27
Nasjonalt omfang.....	27
Politiske føringar	29
Norsk behandlingsstatistikk.....	30
Behandling.....	31
Tilgjengelege behandlingsmetodar.....	31
Traumefokusert kognitiv åtferdsterapi.....	33
Gruppebehandling.....	34
Eksisterande gruppetilbod for born som har vore vitne til vald i familien	35
Groupwork with Children of Battered Women	35
A Safe Place to Grow.....	36
Ikke lenger alene – ein grupperettleiar	36
Inklusjons- og eksklusjonskriterium for deltaking i gruppebehandlinga	37
Målsetting/måloppnåing	38
Innhald: tema og rekkefølge	38
Format/struktur.....	39
Arbeidsform.	40
Rekruttering.....	40
Gruppeleiing.....	41
Praktisk organisering	41
Andre tilbod.....	41
Foreldrerolla i behandling av born	42
Problemstillingar	43
Metode.....	43
Seleksjonskriterium.....	44

Søkjestrategi	44
Val av søkjeord	44
Strukturert elektronisk søk	45
Andre søk	45
Litteraturgjennomgang.....	45
Resultat	47
Presentasjon av dei inkluderte studiane	47
Primære utfallsstudiar	47
Metastudiar	51
Litteraturoversikt	52
Resultata sett i lys av problemstillingar	53
Evidens for å driva gruppebehandlinga	53
Haldningar til vald.....	55
Eksternaliserande vanskar.....	55
Internaliserande vanskar.....	56
PTSD.....	56
Andre utfallsvariablar.....	57
Sideeffektar.....	57
Verknadsmekanismar	58
Drøfting.....	59
Oppsummering av resultata.....	59
Metodologiske utfordringar.....	61
Definisjonar av målgruppa.....	61
Utfallsvariablar og utfallsmål.....	64
Utvala.....	65
Dimensjonar ved intervensjonane.....	66

Oppfølgingsperiode	68
Effekt mål	69
Foreldrerolla	70
Metodiske svakheter ved litteraturoversiktane	71
Verknadsmekanismer	73
Foreldrerolla	73
Alternative forklaringar til funna	73
Svakheter ved eigen studie	75
Kliniske implikasjonar	76
Appendiks	79
Detaljert søkjestrategi	79
Tabell 1A	79
Tabell 2A	80
Referansar	81

Innleiing

Born som er vitne til vald i familien har gjennom historia vore ei lite sett gruppe både i litteraturen og i det kliniske arbeidet. Dei har blitt kalla dei *stille, gløynte* og *uintenderte* offera av familievald (Edleson, 1999). Vald i familien har i aukande grad blitt tematisert både i faglege kretsar og i media, og kan seiest å vera eit mindre tabu i dag enn tidlegare. Denne utviklinga kan sjåast både i Noreg og internasjonalt. Likevel er vald i nære relasjonar framleis ein familieløyndom, særleg så lenge valdsofferet(a) lever i den valdelege familiesituasjonen. Familievald er for mange eit vanskeleg og skamfullt tema, som gjerne vert lite forstått av utanforståande. Borna i desse familiane lever ofte med valden i mange år. Dei er ei heterogen gruppe som har ulike erfaringar med vald, både med omsyn til frekvens, omfang og form. Det dei derimot har felles, er at dei opplever overgrep i eigen familie utført av ein vaksen omsorgsperson.

Det vert antatt at so mange som 12.000 - 24.000 born årleg opplever at mor vert utsett for vald i Noreg (NOU 2003:31). Mange av desse borna opplever vanskar som følgje av å vitna vald i familien. Somme av dei assosierte skadeverknadene er angst, depresjon, søvnevanskar, sinne, aggresjon og PTSD. Forsking viser at også kvinner utøver vald i familien, men estimat på omfanget av denne valden føreligg ikkje.

Til trass for at fokuset på vald i familien har auka dei siste åra, har hjelpetilboda i all hovudsak vore retta mot det vaksne valdsofferet. I seinare tid har det òg blitt utvikla eit behandlingstilbod til dei som utøver vald. Behandlingstilbodet til born som har vore vitne til vald i familien har ei kort historie, men den aukande interessa for gruppa dei siste 20 åra har ført til at ei rekke ulike behandlingsintervensjonar har blitt utvikla internasjonalt. I Noreg er dette arbeidet i ein startfase, og Barne- og likestillingsdepartementet har engasjert norske faginstansar til å innhenta kunnskap på

området og utvikla eit behandlingstilbod til gruppa. Dette har mellom anna resultert i publiseringa av ein manual for gruppebehandling av valdsutsette born, basert på kognitive åtferdsterapeutiske prinsipp (CBT) (Alternativ til Vold & Senter for Krisepsykologi, 2009).

Formålet med denne oppgåva er å gje ei oversikt over kva evidens som ligg føre for å driva gruppebehandling basert på CBT med denne gruppa born. Studien tek her utgangspunkt i manualen *Ikke lenger alene* (Alternativ til Vold & Senter for Krisepsykologi, 2009) som eit døme på ei slik behandling. Øvrige fokus for oppgåva vil vera å sjå på korleis verknadsmekanismar i behandlinga samt foreldreinvolvering vert tematisert.

I oppgåva vil eg innleiingsvis gjera greie for og drøfta sentrale omgrep, samt sjå på ulike sentrale dimensjonar ved valdserfaringar. Dernest vil eg sjå på omfanget og skadeverknader hjå born som har vore vitne til vald i familien. Nasjonale føringar på feltet samt tilgjengelege behandlingsformer vil kort verta presentert.

Behandlingsmanualen *Ikke lenger alene* vil så bli presentert, og deretter følgd opp av eit litteratursøk for å finna kva evidens som finst på området. Litteratursøket og resultata vil bli gjort greie for og diskutert. Sentrale spørsmål som eg forsøker kasta lys over er: Kva evidens ligg føre for å driva denne forma for behandling; kva slags verknadsmekanismar er aktive i denne behandlingsforma; kva er den optimale foreldrerolla i behandlinga; og er det å vera vitne til vald eit traume som kan behandlast på same måte som andre traume?

Vald i familien

Avklaring av sentrale omgrep

Definisjonen av vald og mishandling av born er sentralt for korleis ein vil gjenkjenna fenomenet, kva ein tenkjer om fenomenet og for kva born og situasjonar som vert vurderte som utsette. Korleis ein vel å definera omgrep er òg sentralt for korleis ein vil måla fenomena i forskinga og korleis dette vil prega kunnskapen feltet tileignar seg. Ulik bruk av omgrep består ikkje berre av språklege variasjonar, men formidlar òg ulike oppfatningar av omgrepet, samt ein mangel på fagleg konsensus av omgrepsbruk. Den følgjande delen vil ta føre seg omgrepa vald, familievald, partnervald, barnemishandling og traume. Til sist i kapittelet vil eg sjå på omgrepet born som er vitne til vald.

Vald.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer vald som:

The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002, p. 5).

I denne definisjonen vert det framheva at både psykologisk skade, deprivasjon og skeivutvikling er alvorlege utfall av vald. At definisjonen inkluderer alle desse skadeaspekta, kan sjåast som eit tydeleg signal om eit endra syn på korleis ein meiner det er lov til å te seg overfor andre. Synet på kva som er vald har endra seg mykje dei siste 30 åra i Noreg. Seinast det siste året har det vore tematisert i media om det kan kallast vald å fika til eigne born. Dette viser at det framleis er ulike haldningar hjå folk om kva som er vald, korleis ein skal tolka grensetilfelle og kva som er faktisk norsk lovgjeving.

Etter norsk lov omfattar vald i nære relasjonar all fysisk og psykisk vald og truslar mellom noverande og tidligare familiemedlemmar samt born som er vitne til vald i familien, straffbar kjønnslemlesting og tvangsekteskap (Politiet, 2009). Born har rett til å veksa opp utan å bli utsett for noka form for vald (Utanriksdepartementet, 2009). Regjeringa føreslår å gjera lovgjevinga tydelegare i forhold til at all vald mot born er ulovleg, òg når den førekjem i samanheng med barnoppdragning. Dette inkluderer òg skremmande åtferd retta mot born (Utanriksdepartementet, 2009).

Vald som fenomen vert gjerne sett på som kulturavhengig, og er soleis meir akseptert i somme kulturar enn andre. Statistikk frå norske krisesenter viser at dette kan speglast i ei overrepresentering av bebuarar med innvandrarbakgrunn på krisesentera i dag (Sentio Research Norge, 2008). I 2008 hadde 59,5 % av bebuarane innvandrarbakgrunn. Å tenkja på vald som kulturspesifikt eller som del av ein tradisjon kan tenkast å gje valden ein meir legitim assosiasjon og plassering i samfunnet og soleis verta meir vanskeleg å endra. Regjeringa ser familievald som eit alvorleg sosialt samfunnsproblem i Noreg i dag (Utanriksdepartementet, 2009), og haldningsendringar er eit sentralt fokus for å kunna redusera vald i samfunnet på tvers av kulturbakgrunn.

Isdal (2000) skil mellom fem ulike typar vald: Fysisk, seksuell, materiell, psykisk og latent vald. Fysisk vald vert definert som bruk av ein kvar form for fysisk makt som gjennom at den skadar, skremmer, krenkar eller gjev smerte, påverkar eit anna menneske til å slutta å gjera noko det vil eller gjera noko som er mot personen si eiga vilje. Seksuell vald viser til alle handlingar som er retta mot ein annan person sin seksualitet, som på same måte som fysisk vald får nokon til å gjera noko den ikkje vil, eller halda opp med noko den vil gjera. Med psykisk vald meinast her alle måtar å skremma eller krenka ein person på som ikkje er fysiske av natur, eller måtar å styra

eller dominera andre på ved hjelp av indirekte makt eller truslar. Med latent vald meinast det at den tidlegare valdsutsette sin åtferd vert styrt i risiko for meir (ny) vald. Slik vil valden vera kronisk tilstades i kvardagen. Denne måten å definera vald på viser til vald som ein funksjonell handling. Valden er ikkje på noko vis tilfeldig, men vert nytta for å oppnå noko (Isdal, 2000). Ein slik definisjon på vald er eit forsøk på å gjera valdsutøveren ansvarleg for handlingane sine. Borna som vitnar denne åtferda kan slik sett seiast å vera utsett for ein vaksen som er meir oppteken av å oppnå eigne behov enn av skadeverknadene det vil kunna gje barnet.

Familievald (Domestic Violence).

Domestic Violence viser til ulike typar valdsepisodar utført av eit familiemedlem mot eit anna (The National Center for Victims of Crime, 2009). Det eksisterer variasjonar i synet på kven som er tilhøyrande medlemmer av familien, men det er vanleg at ein i definisjonen av familien inkluderer partner, tidlegare partner, personar som bur saman eller som har budd saman det siste året, eller personar som har barn i lag. Eit synonymt, men mindre nytta omgrep er Family Violence. Familievald vil nyttast som den norske ekvivalenten til desse omgrepa.

Partnervald (Intimate Partner Violence).

Intimate Partner Violence (IPV) vert definert som fysisk, seksuell eller psykologisk skade påført av noverande eller tidlegare partner eller ektefelle (Family Violence Prevention Fund, 2009). Dette inkluderer eit mønster av maktmisbruk eller manipulerande åtferd utført av den eine partnaren mot den andre, med det som hensikt å få eller oppretthalda kontroll i forholdet. Psykologisk, verbal, økonomisk, fysisk og/eller seksuell mishandling, samtidig eller aleine, er inkludert i denne definisjonen (Family Violence Prevention Fund, 2009).

I denne oppgåva vil partnervald verta nytta som det norske omgrepet for IPV. Då litteraturen i liten grad er konsekvent i forhold til å differensiera mellom desse typane vald og i stor grad nyttar omgrepa IPV og familievald om vald mellom omsorgspersonar, vil familievald vil verta nytta som eit ekvivalent omgrep til partnervald i denne oppgåva.

Barnemishandling.

Den definisjonsmessige relasjonen mellom det å vera vitne til vald og barnemishandling kan seiast å vera uavklart. Litteraturen på området reflekterer at haldninga til valdsutsette born er i endring. Likevel er det enno vanleg å referera til det å vera vitne til vald som noko kvalitativt anna enn det å verta mishandla. I 1999 vart den følgjande definisjonen av barnemishandling sett av WHO (1999):

Child abuse or maltreatment constitutes all forms of physical and/or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child's health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power. (p. 15)

Dette er ein brei og tydeleg definisjon av barnemishandling, som sjølv om den ikkje er eksplisitt overfor gruppa born som er vitne til vald i familien, kan seiast å definera inn denne gruppa i mishandlingsomgrepet. Definisjonar på mishandling varierer i høve til om dei fokuserer på handlingane dei vaksne utfører eller om det er (potensielt) skadeleg for barnet si helse. MacMillan et al. (2009) viser til fem underkategoriar av barnemishandling: Fysisk mishandling, seksuell mishandling, psykisk mishandling, omsorgssvikt (neglect) og eksponering for partnervald. Office on Child Abuse and Neglect, som er den statlege instansen i USA på barnemishandling, peikar på denne

problematikken der barnemishandling vert definert på ulike måtar etter kva fagleg instans som er involvert (2009). Dei peikar òg på at ein kan finna geografisk-politiske forskjellar i definisjonane. Definisjonen dei nyttar, viser til fire ulike typar barnemishandling: Fysisk mishandling, seksuell mishandling, omsorgssvikt og psykologisk mishandling. Familievald framkjem ikkje i definisjonane dei nyttar her. I følgje Wekerle & Wolfe (2003) vert det å vera vitne til vald sett på som ei form for emosjonell mishandling eller omsorgssvikt i USA og Canada. Dette som ein konsekvens av at det er emosjonelt skadeleg for born å vera vitne til vald mot ein omsorgsperson som barnet er avhengig av. I følgje Utanriksdepartementet sin rapport til FN av i år vert det vist til at det å vera vitne til ein forelder si valdelege mishandling mot den andre, i seg sjølv kan utgjera mishandling (Utanriksdepartementet, 2009). Det kan tenkast at ein av årsakene til denne inkonsistensen i bruken av omgrepet, er at barnemishandling som omgrep er tett knytt til lovverket på kryss av nasjonar. Dersom ein definerer det å vera vitne til vald i familien som barnemishandling, vil ein kriminalisera mange av dagens omsorgspersonar.

Traume.

Ordet traume har mange betydingar og refererer både til fysiske og psykiske skadar, samt hendingar som fører til denne skaden. Ofte vil fysiske og psykiske traume oppstå samstundes, eller følgja kvarandre. Her vil det bli fokusert på den psykiske delen av traumet. Ordet traume vert ofte nytta både for reaksjonane individet viser i etterkant samt hendinga(ne) i seg sjølv(e). I denne oppgåva nyttast omgrepa traumerelaterte vanskar og symptom på posttraumatisk stresslidning (PTSD-symptom) for individet sine responsar under og i etterkant av traumet. For den/dei traumatiske hendinga(ne) vil omgrepa traumatisk stressor, traumatisk hending, komplekse traume og traume verta

nytta. Det engelske omgrepet *traumatized* vert i oppgåva omsett med omgrepet *traumeutsett*. Omgrepet *traume* vil referera til eit type psykisk traume som er i tråd med definisjonen til Atle Dyregrov (2000). Denne definisjonen viser til overveldande, ukontrollerbare hendingar som inneber ei psykisk påkjenning utanom det vanlege for barnet eller ungdommen som vert utsett for hendinga. Definisjonen vil soleis vera avhengig av individet si subjektive oppleving av hendinga.

Millionar av born vert utsette for psykologiske traume kvart år (Julian D. Ford, Pat-Horenczyk, & Brom, 2009). Desse trauma inkluderer livstruande ulukker, vald i familien, samfunnet eller landet i tillegg til fysisk, seksuell eller emosjonell mishandling eller omsorgssvikt. Terr (1991) skil mellom type I- og type II-traume, ein typologi som har blitt vanleg å nytta på området. Type I-traume viser til ei enkeltstående uventa traumatisk hending som rammar individet, medan type II-traume viser til komplekse eller gjentekne traume. Det er vanleg å tenkja at born som er vitne til vald i familien er ei av gruppene som kan kategoriserast som å vera utsett for eit type II-traume. Slike traume har vist seg å vera meir vanleg enn tidlegare tenkt, og rammar so mange som 1:7-1:10 born (J. D. Ford & Courtois, 2009). Born som er vitne til vald vert i nyare litteratur ofte rekna som traumeutsette, og har blitt inkludert i skildringane av kva eit traume kan vera. Dette gjer at traumelitteraturen har fått ei viktig rolle for korleis ein tenkjer om denne gruppa born – og behandling av desse. Studiane på traumefeltet har likevel i liten grad inkludert born som er vitne til vald i familien, og samanlikningsgrunnlaget for dei ulike gruppene traumeutsette born er framleis uklårt.

Born som er vitne til vald.

Litteraturen reflekterer, som nemnt, eit fagfelt med ein inkonsekvent bruk av terminologi. Fleire omgrep har blitt nytta på gruppa som er vitne til vald i familien, der

somme er meir overlappande enn andre. Operasjonaliseringane av omgrepet har òg variert, både i form av korleis ein har henta inn data og kven som er informantar.

Somme av dei mest nytta omgrepa er: Children of battered women, children witnessing / exposed to violence, children witnessing / exposed to family violence, children witnessing / exposed to IPV og children witnessing / exposed to domestic violence.

Norsk terminologi er òg varierende, og blant omgrepa som vert nytta er: Born som er vitne til / lever med vald i familien, born som er eksponerte / utsette for vald i familien, og born som har opplevd vald i nære relasjonar. Omgrepa viser til ulike grupper born, som sannsynlegvis vil variera både i omfang og i kva typar vanskar dei viser. Ei rekkje nyare og eldre rapportar viser til behovet for ei nyansering og spesifisering av omgrep og målemetodar (t.d. Evans, Davies, & Dilillo, 2008; Holden, 2003; D. Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, & Jaffe, 2003). Holden (2003) framlegg at omgrepet valdsekspontert er eit betre omgrep å nytta om denne gruppa, då det femner ulike valdserfaringar, og ikkje krev at borna må ha vitna valden direkte.

I tillegg til at ein i litteraturen finn ein inkonsekvent bruk av desse omgrepa, vert born som er vitne til vald i familien ofte sett på som ei undergruppe av to andre grupper: Mishandla born (då særskilt valdsutsette) og traumeutsette born. Forskinga på området rettar seg ofte mot dei overordna gruppene born og lite av litteraturen skildrar eller dokumenterer aspekta som eventuelt er unike for dei borna som er vitne til vald i familien. Skildringar av overgruppa vert nytta i oppgåva, sjølv om ein enno ikkje veit i kva grad ein kan generalisera denne kunnskapen til undergruppa. Dette har ført til at det er vanskeleg å generera kunnskap om gruppa, basert på forskingsresultata som føreligg. Ved den uklære bruken av omgrep, kan det òg vera vanskeleg å vita når det er snakk om born som er vitne til vald i familien, born som har blitt utsette for vald sjølve eller andre

grupperingar av born innan feltet.

I denne oppgåva vil omgrepa born som er vitne til vald, born som lever med vald og valdseksponeerte born visa til den same gruppa born og vil frametter nyttast synonymt. Gruppa som her vert tematisert, har i hovudsak vore vitne til vald og ikkje vorte utsette for fysisk vald retta mot dei sjølve. Born som er vitne til vald og born som sjølve vert utsette for fysisk vald i familien er overlappande grupper (Appel & Holden, 1998; Edleson, 1999), og det vil difor ofte vera vanskeleg å vita det eksakte omfanget på valdserfaringane borna har.

Dimensjonar ved valdserfaringar

Type valdserfaring

Born som bur i valdelege familiar er eksponerte for ei rekke ulike typar maktovergrep mellom omsorgspersonane. Erfaringane borna gjer seg er ulike både i form, frekvens og alvorsgrad. Holden (2003) viser til ulike dimensjonar som er sentrale for å forstå eit barn si erfaring med vald. Barnet si rolle i konflikten, graden av eksponering, den fysiske plasseringa under valdsepisoden og kva type valdshandlingar som vert utførte, er alle viktige aspekt som påverkar erfaringa borna gjer seg. Å differensiera mellom ulike valdserfaringar er viktig for å kunna klårgjera om ulik eksponering fører til ulike langtidseffektar hjå borna. Holden viser til ti ulike kategoriar for kva type valdseksponeering borna kan ha blitt utsette for. Kategoriane omfattar det å bli utsett prenatalt (verkelege og/eller innbilte effektar), å bli innblanda fysisk eller verbalt i konflikten, eller bli fysisk eller psykisk råka under episoden, tvungen eller *frivillig* deltaking i den utagerande konflikten, å vera augevitne til eller overhøyra hendinga, å sjå fysiske konsekvensar av hendinga (som sår, skadar, øydeleggingar), å oppleve endringar i eige liv som konsekvens av hendinga, å overhøyra at andre snakkar om

hendinga, eller å tilsynelatande ikkje vita om hendinga. Born vert ofte eksponerte for fleire av desse kategoriane samstundes. Hå born som vert kronisk utsette for vald ser ein ofte ei utvikling i type valdserfaringar dei har, der barnet på eit tidleg stadium opplever å overhøyra valdelege hendingar, men over tid vert involverte meir direkte.

For å vurdera kva effekt ulike valdsopplevingar har, ser Holden (2003) ni ulike aspekt ved den utøvde valden som sentrale. Desse aspekta viser til kva type vald som vert utøvd (fysisk/psykisk, alvorsgrad), kva som kjenneteiknar dei spesifikke hendingane (truslar, våpen, slag, intensjonalitet), kva skadar som oppstår (skrubbsår, død, legevakt), dei tidsmessige variablane (frekvens og lengde på episodane, barnet sin alder), i kva grad dei valdelege episodane eskalerer, type valdsutøvar, forholdet mellom valdsutøveren og barnet, korleis valdsofferet taklar situasjonen (aktivt eller passivt forsvar av seg sjølv) og korleis konflikten vert avslutta.

Type valdsutøvar

Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman, & Stuart (2000) har identifisert ulike underkategoriar av mishandlarar. Dei mest alvorlege valdsutøvarane har lange historier med valdsutøving og er valdelege på tvers av situasjonar, medan ei anna gruppe valdsutøvarar berre er valdelege heime. Valdsutøvarane er òg ulike i forhold til grad av psykopatologi, samt frekvens og alvorsgrad av valdsutøvinga.

Det vert ofte referert til mannen som valdsutøvar og kvinna som offer når familievald vert omtalt. Statistisk sett er dette rett. Det er likevel òg ein del kvinner som utøvar vald i familien (Appel & Holden, 1998; Evans et al., 2008; McDonald, Jouriles, Tart, & Minze, 2009). Appell & Holden (1998) set fokus på korleis det i familiar med valdsproblematikk ikkje heilt enkelt er snakk om ein valdsutøvar og eit valdsoffer, men ofte eit meir komplekst valdsmønster. I følgje deira forskning er det vanleg at fleire

familiemedlemmar er aktive i valdsutøvinga, samt at multiple former for verbal og fysisk aggresjon finn stad. Mellom anna har dei observert at valdsutsette mødrer somme gongar utset egne born for vald (Appel & Holden, 1998). Sett frå eit tilknytingsperspektiv kan det tenkast at born som vert eksponerte for vald frå mor opplever ei anna form for påkjenning enn born som lever i ein familie der valdsutøvaren er ein mann. Dette temaet fell imidlertid utanfor denne oppgåva.

Tidsfaktoren

Dei fleste som vert utsette for partnervald held fram med å bu med valdsutøvar eller dei returnerer til valdsutøvar (Lerner & Kennedy, 2000). Tal frå norske krisesenter viser at 24% av kvinnene som budde på krisesenter for fyrste gang (med born), returnerte til overgripas (Sentio Research Norge, 2008). Sjølv hjå dei valdelege partnerane som har gjennomgått behandling viser forskning at 30% av desse inngår i nye valdelege episodar innan seks månadar etter avslutta behandling, uavhengig av intervensjonsstrategi (Stover, Meadows, & Kaufman, 2009). Dette betyr at mange born vert utsette for vald over tid. Dersom foreldre går frå kvarandre, vert samvær ofte gjennomført mellom valdsutøvar og borna. Dersom dei valdelege forholda er kjente (og beviste) for lokalt barnevern, vil samværet ofte vera innskrenka og/eller gjennomført med tilsyn. Det er elles sannsynleg at mange av desse sakene ikkje vert melde til barnevernet, og at borna har samvær med valdsutøvar. Samvær mellom born og valdsutøvande forelder er enno omdiskutert, sjølv om norsk lovgjeving oppfordrar til å ta omsyn til borna i denne situasjonen. Kva som er til borna sitt beste er ikkje alltid ei avklart sak. Ein studie viser at born som har avgrensa kontakt med valdsutøvande forelder, viser større internaliserande vanskar enn born som har regelmessig kontakt (minst kvar veke) med valdsutøvande forelder. Dette kontroversielle resultatet vart òg funne når det vart

kontrollert for alvorsgrad av valden (Stover, Van Horn, Turner, Cooper, & Lieberman, 2003).

Omfang

Kor mange born som er vitne til vald i familien er uvisst. Ulike tal har blitt estimerte, og ei nyare undersøking i USA viser at nesten 30% av born i USA som lever med to foreldre var vitne til partnervald i 2005 (McDonald, Jouriles, Ramisetty-Mikler, Caetano, & Green, 2006). I tillegg til dette, vart det funne at i overkant av 13 % av amerikanske born var vitne til alvorleg partnervald det same året. Forskjellar i definisjonar av gruppa og fenomenet vald, samt ulike måtar å måla prevalens på, har resultert i stor variasjon i dei tala på prevalens som er blitt framlagde (Fantuzzo & Mohr, 1999). Forskjellane gjer det òg vanskeleg å samanlikna data på tvers av studiane.

Det er funne at yngre born er mest utsette for å vera vitne til familievald, og at born under seks år statistisk sett har ein høgare risiko for å verta eksponerte for IPV, enn eldre born (Fantuzzo, Boruch, Beriama, Atkins, & Marcus, 1997). 4-8% av gravide kvinner vert utsette for vald frå partnaren sin (Gazmararian et al., 2000). Dette gjer at talet born som vert valdseksponerte i svært ung alder er enno større enn kva som framkjem i målingane av prevalens

Skadeverknader

Å vera vitne til familievald kan påverka born si psykologiske og åtferdsmessige utvikling på ulike måtar: Borna er i ei risikogruppe for å utvikla tilpassingsvanskar (McDonald, Jouriles, Briggs-Gowan, Rosenfield, & Carter, 2007), eksternaliserande og internaliserande vanskar (Evans et al., 2008) inkludert angst, depresjon, dårleg skulefungering, låg sjølvtilitt, ulydighet, mareritt, fysiske helseplager (Krug et al., 2002), samt PTSD-symptom (Evans et al., 2008). Om lag 100 publiserte studiar

rapporterer assosiasjonar mellom born si eksponering for partnervald og vanskar hjå barnet som barn eller i vaksen alder (Gewirtz & Edleson, 2007). Studiane varierer med omsyn til kva type symptom dei fokuserer på. Edleson (1999) viser til to ulike hovudkategoriar for problem som statistisk sett oppstår hjå valdseksponerte born; emosjonelle og åtferdsmessige vanskar, og kognitiv fungering og haldningar. Likevel finst det ikkje mange nok studiar som ser på kognitive utfall til at det er mogleg å gjennomføra ein metastudie på dette området (Evans et al., 2008).

Emosjonelle og åtferdsmessige reaksjonar på valdseksponering er derimot meir studerte utfall, og somme metaanalysar er gjort. Resultata frå desse er ikkje like tydelege i forhold til samanhengen mellom eksponering for vald i familien og tilpassingsvanskar hjå barnet. Tre metastudier viser til dømes til ein heller moderat assosiasjon ($d = < .30$) mellom eksponering for familievald og tilpassingsvanskar hjå born (Chan & Yeung, 2009; Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003; D. Wolfe et al., 2003) Ein annan metastudie (Evans et al., 2008) viser ein noko sterkare effektstorleik, med d -verdi på .48 for internaliserande og .47 for internaliserande vanskar. Chan & Yeung (2009) finn at PTSD, internaliserande og eksternaliserande tilpassingsvanskar i større grad vert påverka av valdseksponering, enn av tilpassingsvanskar som er relaterte til kognisjonar og oppfattingar av valdseksponering, interpersonlege forhold og kompetanse. Resultata til Evans et al. (2008) viser òg til ein sterkare assosiasjon mellom det å vera vitne til vald og traumesymptom i barndomen, med en effektstorleik på $d = 1.54$. Desse funna understrekar traumet borna opplever ved å vera vitne til vald i familien. Funna må likevel sjåast i samsvar med den metodologisk uklære situasjonen som feltet er prega av.

Det er fleire måtar å gruppera skadeverknader på. Mellom anna kan ein gruppera i forhold til alvorsgrad, om skadeverknaden er direkte eller indirekte eller om effekten

er kortsiktig eller strekk seg over lengre tid. I oppgåva vil alle tre aspekt verta nytta, for å best kunna få fram ulike sider ved konsekvensar av å vera vitne til vald i familien. Til sist vil også biologiske skadeverknader verta kort presenterte.

Alvorsgrad

Somme skadeverknader av å vera vitne til vald i familien fører til so alvorlege reaksjonar hjå barnet at dei utviklar problem av ein omfang og alvorsgrad som kvalifiserer til diagnose. Dagens diagnostiseringssystem tek i all hovudsak utgangspunkt i individuell psykopatologi, og diagnostiserer difor i liten grad individuelle symptom, som framkjem som ein direkte konsekvens av konkrete og ytre påførte belastningar. Vanlege symptom borna kan visa er angst, depresjon, konsentrasjonsvanskar, søvnvanskar og/eller hyperaktivitet. Born som får vanskar som følgje av å vera eksponerte for vald i familien vert altså ikkje diagnostiserte ut frå traumet dei har vore gjennom, men ut frå symptoma dei framviser når dei er i kontakt med hjelpeapparatet. Eit unntak frå dette er dei borna som framviser symptom på PTSD. Kanskje vil dette òg verta gjeldande i forhold til ein ny diagnose for komplekse traume som er føreslått av The National Child Traumatic Stress Network.

PTSD

PTSD-diagnosen tek utgangspunkt i at pasienten, ein familiemedlem eller annan person i ein nær relasjon til pasienten har vorte utsett for eit traume der personen har vitna, opplevd eller blitt konfrontert med ei hending (faktisk eller i form av ein trussel) som involverer død, alvorleg skade, eller annan trussel mot psykologisk integritet (American Psychiatric Association, 2000). For å kvalifisera for ein diagnose må reaksjonen på hendinga omfatta intens frykt, hjelpeløyse, skrekk (eller hjå born desorganisert eller agitert åtferd). Dei karakteristiske symptoma som kjem som resultat av å vera utsett for

eit ekstremt traume omfattar stadig gjenoppleving av den traumatiske opplevinga, ein vedvarande tendens til å unngå stimuli som er assosierte med traumet, samt nedsett (numbing) generell responderingsevne. Vedvarande symptom på auka aktivering må vera tilstades og forstyrringa må føra til ein klinisk signifikant vanske, sett i jobb og/eller sosialliv eller i andre viktige område for fungering. Det samla symptombiletet må vera tilstades i meir enn ein månad for at ei PTSD-diagnose skal bli sett.

PTSD hjå barn kan i følgje DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) visa seg på ein noko annan måte enn hjå vaksne. Ein finn ikkje at born gjenopplever traumet ofte, men gjentakande leik som tematiserer traumet er meir vanleg. Symptom som syner ei redusert interesse for aktivitetar som tidlegare har vore viktige for barnet, samt at barnet held kjensler attende, er vanskelege for born å rapportera om. Det vert difor tilrådd at evalueringar av desse symptoma vert gjort i kombinasjon med foreldre- og lærarrapporteringar. Kjensla av ei forkorta framtid kan manifestera seg gjennom at barnet ikkje trur at det kjem til å få oppleva å bli vaksen. Det kan òg førekomma at barnet trur det kan føresjå framtidige hendingar. Vidare kan ulike fysiske symptom som hovudverk og mageplager visa seg hjå born.

Det er berre dei siste åra at posttraumatisk stress har blitt sett som ein heilskapeleg måte å kunna konseptualisera og behandla vanskar assosierte med dei ein ser hjå fysisk mishandla born og born som har vore vitne til partnervald. Det har vore ei aukande interesse for traumefeltet, men mykje av denne forskinga er basert på studiar av enkeltståande traume og seksuelt misbrukte born. Traumeområdet er omfattande: Born som har vore fysisk mishandla i familien eller born som har vore vitne til vald er to grupper born som har fått lite merksemd som traumestressorar (Vickerman & Margolin, 2007).

Komplekse traume

The National Child Traumatic Stress Network (NCTST) foreslår oppretting av ein ny diagnose, med namnet Developmental trauma disorder (DTD) (DeAngelis, 2007).

NCTST er eit amerikansk statleg støtta samarbeid mellom akademia og kliniske behandlingssklinikkar oppretta av den amerikanske Kongressen i år 2000. Nettverket har som mål å betra standarden på behandling og gjera den meir tilgjengeleg for traumeutsette born og familiar (NCTSN, 2009). I evalueringa deira finn dei at diagnosen PTSD ikkje er like aktuell for born som ofte opplever traume over tid og i nære relasjonar, som den er for vaksne som opplever akutte traume. DTD er ein diagnose som er tenkt å kunna fanga opp born som har ein kompleks traumbakgrunn. Det ein ser som sentrale trekk ved desse borna sin kvardag er at dei har blitt utsette for multiple, kroniske traume, ofte av interpersonleg natur. Dei framviser ei rekkje symptom som ikkje inngår i PTSD-diagnosen, men som er unike for denne gruppa.

Symptoma på DTD kan knytast til følgjande område: Tilknytning (t.d. desorganisert tilknytning), biologi (t.d. somatisering, auka fysiske plager, sensorimotoriske utviklingsvanskar), affektregulering (t.d. vanskar med emosjonell sjølvregulering, vanskar med å setja ord på kjensler og kommunisera egne behov), dissosiasjon (t.d. amnesi, depersonalisering eller derealisering), åtferdskontroll (t.d. redusert impuls kontroll, sjølvskadande åtferd, søvnevanskar, rusmisbruk), kognisjon (t.d. vanskar med å regulera merksemd og eksekutiv fungering, mindre nyfikne, vanskar med objektkonstans, språkutvikling), og sjølvkonsept (t.d. låg sjølvtilit, skam- og skuld kjensle, manglande oppleving av eit kontinuerleg sjølv) (Cook, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, 2003). Trauma vil påverka borna ulikt, etter kvar dei er i deira eiga utvikling.

Direkte og indirekte skadeverknader

Born vert påverka ulikt av å vera vitne til vald i familien. Dyregrov (2005) viser til at barnet si subjektive oppleving av kor truande ei hending er (var), er avgjerande for kor store vanskar det vil få i ettertid. Måten barnet fortolkar hendinga på i etterkant vil avgjera korleis barnet ser på seg sjølv både i fortid, notid og framtid. Ein skil gjerne mellom direkte og indirekte effektar av å vera vitne til familievald (Yates, Dodds, Sroufe, & Egeland, 2003). Dei direkte effektane påpeikar korleis barnet vil verta påverka berre ved å verta eksponert for valden. Ein direkte effekt som har vore mykje omtalt i litteraturen, er at barnet gjennom å vitna valden får modellert ei valdeleg åtferd som kan føra til ei valdeleg åtferd hjå barnet sjølv. Dette jamfør Bandura sin klassiske teori om sosial læring (Bandura, 1973). Mykje av litteraturen om familievald har vore basert på dette teoretiske rammeverket (Yates et al., 2003). Fordi foreldre er spesielt sterke modellar, kan det tenkast at denne effekten vert spesielt sterk for born av same kjønn som den som utøvar vald. Det ville i så tilfelle kunna forklara nokre av mekanismane bak den intergenerasjonelle overføringa av vald som vert funnen. Sosial læringsteori forklarar likevel ikkje alle sider ved det å vera vitne til vald, og ser eksempelvis ikkje på utviklingsnivå som ein faktor for skadeeffekt. Teorien forklarar heller ikkje kvifor mange born som er vitne til vald i familien har internaliserande vanskar og den kan ikkje kasta lys over individuelle forskjellar mellom borna.

Opplevinga av manglande kontroll kan vera ein annan direkte effekt av å vera vitne til vald. I følgje Pepler et al. (2000) er born som er vitne til vald i familien meir utsette enn andre for å utvikla ein låg grad av eigen meistringsforventing. Det vil seie at borna i mindre grad opplever kontroll over det som skjer i liva deira, og heller ikkje opplever å føresjå komande hendingar. Kontroll kan slik seiast å vera eit sentralt tema

for desse borna, då dei opplever å ikkje kunna stoppa valden på eine sida, og tek på seg ansvar for det som føregår på den andre sida (2000).

Indirekte effektar viser til korleis valden eller valdseksponeringa påverkar andre faktorar rundt barnet, som barnet igjen vil bli påverka av. Eit døme på ein indirekte effekt av vald er korleis familievald vil påverka og forstyrre foreldre si evne til å vera responsive omsorgspersonar. Dette vil igjen påverka borna. Rivett, Howarth & Harold (2006) fokuserer på den reduserte foreldreevna som kan oppstå i familiar med valdelege relasjonar, og held fram kor viktig det er av å behandla foreldre for å kunna betra borna sine forhold. Andre indirekte effektar som er vist sentrale er psykopatologi hjå mor, barnet si oppleving av familiekohejsjon og familietilhøyre (A. E. Owen, Thompson, Shaffer, Jackson, & Kaslow, 2009), grad av stress hjå foreldre (A. E. Owen, Thompson, & Kaslow, 2006), positiv relasjon til ikkje-valdeleg vaksen (Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl, & Moylan, 2008), andre samtidige former for familievald (McDonald et al., 2009) og andre samtidige former for barnemishandling (D. Wolfe et al., 2003).

Forskinga på området er konkluderer ikkje med tanke på den framkomne kunnskapen om kva rolle kjønn spelar i dette biletet: Fire metastudier fann at det ikkje er kjønnsforskjellar knytt til kva effekt familievald har på tilpassingsvanskar (Evans et al., 2008; Kitzmann et al., 2003; Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb, & Guterman, 2006; D. Wolfe et al., 2003). Somme empiriske studiar påpeikar derimot funn der gutar er meir sårbare for tilpassingsvanskar enn jenter, medan andre studiar har funne at jenter tenderer å ha fleire internaliserande og ekstermaliserande vanskar enn gutar (Chan & Yeung, 2009).

Få studium har sett på samanhengen mellom barnemishandling (fysisk vald) og det å vera vitne til familievald (Herrenkohl et al., 2008). Somme funn peikar i retning av

at born som er utsette for både familievald og fysisk mishandling får større vanskar seinare i livet enn dei som berre opplever ei av formene for vald (Shen, 2009; Sternberg et al., 2006; D. Wolfe et al., 2003). Dette har blitt kalla ein double whammy-effekt (d.w.), altså eit dobbelt tilbakeslag. To metastudiar konkluderer likevel med at det ikkje er stønad for denne effekten (d.w.) (Kitzmann et al., 2003; D. Wolfe et al., 2003). Desse studiane finn at det er grunn til å tru at borna viser liknande former for tilpassingsvanskar på tvers av direkte fysisk mishandling eller anna valdseksposering i familien. Edwards, Holden, Felitti, og Anda (2003) skildrar ein generell dose-respons-relasjon mellom talet på typar mishandling og utslaget på seinare testar av psykisk helse. Med dette meinast at dess fleire typar mishandling eit barn vert utsett for, dess større negative følgjer vil det gje.

Kva rolle alvorsgraden av valdserfaringane spelar på borna sine seinare vanskar er i liten grad studert. Kitzman et al. (2003) fann i ein metastudie at forholdet mellom valdseksposering og symptoma framvist i etterkant mellom born frå kriseheimar, kliniske utval, samfunns- eller skuleutval, var like. Dei ulike utvala er tenkt å reflektera born med ulike alvorsgradar, der born på kriseheimar er dei som er hardast ramma. Dette kan i so fall tyda på at alvorsgrad ikkje nødvendigvis er avgjerande for denne assosiasjonen (Evans et al., 2008).

Ein annan og sentral indirekte effekt er den rolla foreldre (særskilt mor) kan ha (Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davidson, & von Eye, 2006; Carpenter & Stacks, 2009; Jouriles et al., 2008; Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson, & von Eye, 2006). Jouriles et al. (2008) fann at mødrer kan utlikna den negative påverknaden IPV kan ha på minnefunksjonen gjennom ein positiv foreldrestil. Carpenter & Stacks (2009) viser til den avgjerande rolla omsorgspersonar har i det å hjelpa spedborn til å regulera

emosjonar og stressresponsar gjennom sensitiv og responderande omsorg. Levendosky et al. (2006) fann på andre sida ein negativ effekt av mor sin foreldrestil. Ut frå dette framlegg dei ein hypotese om at ein av dei viktige øydeleggande effektane IPV har på familien, er den negative påverknaden det har på mor si foreldreevne, noko som påverkar eksternaliserande åtferd hjå spedborn. Det vart òg sett eit signifikant forhold mellom spedbarn og mødrer sine traumesymptom, særskilt blant dei spedborna som opplevde alvorleg IPV (Bogat et al., 2006).

Trass i dei mange vanskane som er assosierte med å vera vitne til vald i familien, ser det ut til at mange born er resiliente mot dei øydeleggande effektane (Herrenkohl et al., 2008). Nyare forskning har i større grad enn tidlegare fokusert på kvifor somme born ser ut til å vera motstandsdyktige mot traume som er assosiert med å vera vitne til vald i familien, medan andre born utviklar langvarige emosjonelle og åtferdsmessige vanskar. Born er ikkje passive mottakarar av negative påverknader av familievald. Korleis borna opplever og reagerer på familievalden, kan påverka effekten av eksponeringa dei har vore utsette for (Chan & Yeung, 2009). Beskyttande faktorar som har blitt identifiserte er høg intelligens hjå barnet, høg grad av sjølvopplevd kontroll, positivt sjølvbilete / sjølvtilit og det å vera bestemt på å vera annleis enn foreldra sine (Herrenkohl et al., 2008). Cook et al. (2003) viser til at andre individuelle faktorar hjå barnet som positivt temperament, det å vera sosial og omgjengeleg, attribuera årsaker til feil eksternt, å ha effektive handteringsstrategiar, samt graden av autonomi, kreativitet og spesielle talent, òg er faktorar som spelar inn i forhold til kva problem barnet utviklar.

Effektar av valdseksponering på kort og lang sikt

Effektar på kort sikt.

Å verta utsett for aggresjon mellom foreldre er assosiert med signifikante forstyrningar i den psykososiale fungeringa til born, særskilt på kort sikt (Kitzmann et al., 2003).

Denne negative påverknaden kan ha effekt på alle utviklingsnivå (Pepler et al., 2000), men tilknytning, emosjonsregulering og nevronal utvikling er kanskje særskilt sentrale her (Carpenter & Stacks, 2009). Når kjelda til traumet ligg i forholdet mellom born og omsorgsperson, vil forholdet mellom barnet og tilknytingspersonen verta svært kompromittert. Dersom traume i tillegg føregår i dei fyrste leveåra, når tilknytingsforholdet er i ein særskilt viktig periode, er det sannsynleg at konsekvensane vert enno større (Schoore, 2003). So mange som 80% av mishandla born utviklar eit usikkert tilknytingsmønster (Cook et al., 2003). Dette gjeld sannsynlegvis òg for mange av borna som er vitne til vald i familien.

Forskinga viser at born som er vitne til vald i familien syner teikn til mange av dei same vanskane og psykiske plagene som born som har blitt mishandla sjølve (t.d. Herrenkohl et al., 2008; Kitzmann et al., 2003; Krug et al., 2002), men at funna som gjeld born som er vitne til vald generelt ikkje er like godt dokumenterte (Herrenkohl et al., 2008).

Ulike studiar indikerer at førskuleborn (4-5 år) som er eksponerte for vald har ein høgna risiko for tilpassingsvanskar (McDonald et al., 2007). Yates (2003) fann at born i førskulealder som vert eksponerte for IPV, erfarer høgare grad av tilpassingsvanskar enn førskuleborn som ikkje er eksponerte for slik vald. Om born som vert eksponerte i førskulealder viser større vanskar enn born som vert eksponerte for vald i familien når dei er eldre enn dette, kjem ikkje fram i studiane. Mødrer rapporterer

at spedborn ned i eitt års alder som lever med partnervald utviser traumesymptom (Bogat et al., 2006). Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson & von Eye (2006) fann i samband med dette at born ved eitt års alder som har vore valdseksponerte for partnervald viser meir eksternaliserande åtferd enn kontrollgruppa. Dette dokumenterer at borna ikkje er for små til å kunna ta skade, slik det tidlegare var vanleg å tenka. Alder som medierande faktor for påverknad vil verta tematisert vidare under avsnittet *Biologiske skadeverknader s. 25.*

Aggresjon har i litteraturen blitt tematisert som eit vanleg utfall av det å vera vitne til partnervald som born (Kitzmann et al., 2003). Ein metastudie viser likevel at eit samla mål på ulike former for eksternaliserande åtferd (unnateke aggresjon) viser større effektstorleik enn aggresjon (Kitzmann et al., 2003). Assosiasjonen mellom å ha vore vitne til partnervald og PTSD er sterkare enn andre internaliserande symptom samla sett (unnateke PTSD) (Kitzmann et al., 2003). I tillegg vart PTSD funnen å ha ein effektstorleik signifikant høgare enn aggresjon (Kitzmann et al., 2003). Dette i tråd med Evans et al. (2008) sitt funn om at traumesymptom hadde den sterkaste assosiasjonen til valdseksponering.

Langvarige effektar av å vera vitne til vald i familien.

Dei fleste studiane på valdseksponerte born undersøker effekten hjå born som nyleg har vore utsette for vald. Få studiar er gjennomførte på vaksne som var vitne til vald i familien som born (t.d. Edleson, 1999; Herrenkohl et al., 2008). Ein studie som har sett på kva effektar skadelege erfaringar i barndomen kan ha på fysisk og mental helse i vaksen alder, er The Adverse Childhood Experiences (ACE-studien) (Felitti et al., 1998). Denne studien ser ikkje spesifikt på vaksne som har vore vitne til vald i familien som barn, men studerer valdseksponering i familien som ein av fleire ulike kategoriar

for skadelege barndomserfaringar (ACE). Studien tek utgangspunkt i data frå meir enn 17 000 vaksne personar frå middelklassen i USA. Resultata frå studien legg fram evidens for eit sterkt forhold mellom dei emosjonelle erfaringar ein gjer seg som born, og fysisk og mental helse som vaksen. Litt over halvparten av populasjonen som vart testa, opplyste å ha erfart ei eller fleire former for dei typar ACE som vart studert. Ein av fire opplyste at dei hadde vore eksponert for to typar skadelege erfaringar, ein av seksten var eksponerte for fire typar. Dersom ein er eksponert for ein type ACE er det 80% sannsyn for eksponering for ein annan type. I følgje Felitti (2002) skjer slike hendingar ikkje isolert. Data frå denne studien gjer at forskarane konkluderer med at born som er eksponerte for vald har ein høgna risiko for IPV seinare i livet. Denne risikoen er kumulativ, basert på kor mange eksponeringar barnet har opplevd (Whitfield, Anda, Dube, & Felitti, 2003).

Ulike studiar har funne ein samanheng mellom erfaring med familievald som born og auka risiko for nye familievaldserfaringar som vaksen (Ellsberg, Pefia, Herrera, Liljestrand, & Winkvist, 1999; Vatnar & Bjørkly, 2008). Denne effekten, som gjerne vert referert til som valdssirkelen eller den intergenerasjonelle overføringa av vald, ser ein tydelegast hjå gutar: Menn som fysisk mishandlar partnarane sine har ofte opplevd familievald i eigen oppvekst (Ellsberg et al., 1999; Krug et al., 2002). Det er likevel ikkje slik at alle gutar som er vitne til vald i familien eller vert fysisk mishandla som barn, vert valdelege vaksne (Krug et al., 2002).

Hjå kvinner ser det òg ut til at tendensen til å bli eit offer for IPV i vaksen alder er signifikant auka dersom kvinna vitnar vald som barn (E. A. Cannon, A. E. Bonomi, M. L. Anderson, & F. P. Rivara, 2009; Renner & Slack, 2006; Vatnar & Bjørkly, 2008). Vatnar & Bjørkly (2008) fann at denne tendensen er signifikant høgare hjå kvinner som

har vore vitne til vald i familien som barn, enn hjå kvinner som vart fysisk utsette for vald i familien. Cannon et al. (2009) fann at born av kvinner som sjølve vitna vald i familien i oppveksten, hadde 1,26 gongar større sannsyn for å verta vitne til partnervald.

Andre studiar viser til at utviklingsmessige vanskar på lang sikt, slik som låg sjølvkjensle, depresjon, angst, fysisk aggresjon og skulevanskar, er vanlege blant born som kjem frå familiar med IPV (Herrenkohl et al., 2008). Silvern et al. (1995) fann at mellom kvinner var valdseksponering i barndomen relatert til depresjon, traumerelaterte symptom og låg sjølvaking. Blant menn var eksponering derimot berre assosiert med traumerelaterte symptom. Forholdet mellom IPV, låg sjølvtilitt og depresjon hjå kvinner vart funne uavhengig av rapportering av seksuelt og/eller fysisk misbruk. Forholdet mellom eksponering til IPV og traumerelaterte symptom viste seg å vera delvis avhengig av samtidig mishandling (Silvern et al., 1995). Yates et al. (2003) fann at born av baa kjønn som opplevde partnervald i førskulealder framviste større eksternaliserande åtferdsvanskar i 16-årsalder enn kontrollgruppa, og at jentene i dette utvalet i tillegg viste større internaliserande vanskar.

Biologiske skadeverknader

Eksponering for partnervald er ein signifikant stressor som påverkar hjernen på fleire måtar (Carpenter & Stacks, 2009). Dei siste åra har det vore ei aukande interesse for å sjå på korleis psykiske påkjenningar korrelerer med hjernefysiologiske prosessar og endringar. Den teknologiske utviklinga, som mellom anna har ført med seg utviklinga av biletgenereringsprosessar som fMRI, har gjeve ny kunnskap om dette. Denne utviklinga gjer at ein lettare kan undersøkje korleis hjernen vert aktivert under ulike påkjenningar og kognitive oppgåver. Eit sentralt moment ved dei observerte biologiske skadeverknadene er korleis forstyrringar av normal nevralt utvikling (blant anna

gjennom stress) kan føra til nedsett fungering på ulike plan, mellom anna kognitiv fungering, tilknytning, helse og minnefunksjon (Perry, 2006). Saltzman, Holden, & Holahan (2005) fann høgna verdiar av kortisol i spyttet samt høg hjartrate hjå born som var eksponerte for IPV, målt mot klinisk kontrollgruppe. Denne endra fungeringa i HPA-aksen kan forståast som ein stressreaksjon. Schore (2003) hevdar at mishandling og omsorgssvikt er til hinder for viktige vekstfasiliterande interpersonlege erfaringar som ein hjerne i utvikling treng i den bruksavhengige modningsprosessen den gjennomgår. Hjernen si utvikling er altså avhengig av korleis den vert brukt. Ei sunn organisering av nevrane nettverk er avhengig av mønster, frekvens og timing av viktige erfaringar i barndomen (Perry, 2006). Kaotiske og episodiske erfaringar som ikkje er i takt med barnet sitt utviklingsnivå, skapar kaotiske, dysfunksjonelle organiseringar som er utviklingsmessig forsinka (Perry, 2006). Dei særskilte symptoma eller fysiske teikna eit barn utviklar i etterkant av eit traume eller mishandling, reflekterer den nevrane aktiveringa som har funne stad. Dei vil vera relaterte til kva erfaringar barna har, timinga, mønsteret og kor lenge mishandlinga har føregått, både i forhold til skadelege og beskyttande erfaringar. Storparten av den sekvensielle og bruksavhengige utviklinga i hjernen skjer i tidleg barndom (<4 år), og dei to fyrste åra er særskilt sensitive (Schore, 2003). Hjernen er lett å påverka i denne perioden, noko som gjer at erfaringane born gjer seg i desse åra får dei største og mest varige effektane på hjerneorganisering og fungering (Perry, 2006). Barndomstraume og spesielt intense og varige traumatiske opplevingar forstyrrar nevrobiologisk utvikling og fungering (Perry, 2006). Effekten av alvorlege og kroniske traume påverkar hjernebarken si evne til å regulera kortikale og autonome prosessar. Dette påverkar og forstyrrar kroppen si naturlege evne til å returnera til eit vanleg aktiveringsnivå, og forandrar normalutviklinga til den umodne

hjernen. Disse endringane kan sjåast ved endra hjernekjemi, hormonaktivitet, myelinisering, storleik og/eller symmetri ved ei rekke hjernestrukturar. Intensiteten av dei traumatiske erfaringane vil, i samband med barnet sin alder og grad av sosial støtte, vera avgjerande for kor varige hjerneendringane og den samtidig medfølgjande ikkje-adaptive åtferda blir (Schore, 2003).

Jouriles et al. (2008) studerte samanhengen mellom førskuleborn si utføring av testar på eksplisitt minne og det å vera utsett for partnervald. Det vart funne at partnervald hadde ein negativ korrelasjon med førskuleborn si utføring av testar på eksplisitt minne, sjølv når det vart kontrollert for foreldre-barn-agresjon og demografiske variablar relatert til minnefunksjon hjå førskuleborn. Borna sine symptom på hyperaktivering verka ikkje medierande på relasjonen mellom IPV og eksplisitt minnefunksjon (Jouriles et al., 2008).

Born som er vitne til vald i familien i Noreg

Nasjonalt omfang

Det er ingen sikre tal på kor mange born som vert utsette for vald i norske heimar. Som nemnt viser overslag gjort av Justis- og politidepartementet i 2003 at ein stad mellom 12.000 og 24.000 norske born årleg opplever at mor vert utsett for vald (NOU 2003:31). Somme av desse opplever òg å verta utsette for fysisk vald sjølve. Ein reknar med at mørketala i forhold til prevalens er store. Dette på bakgrunn av at familievald tradisjonelt sett har vore eit svært tabulagt tema og at samfunnet i liten grad har vore oppe for å forholda seg til denne delen av mange norske born sin kvardag.

Justisdepartementet har dei siste åra gjennomført to nasjonale målingar av vald. Valdsmålinga som vart gjort ei tilfeldig veke i 2003 viste at omlag 1500 born vart utsette for vald i nære relasjonar (Justisdepartementet, 2003). I om lag to tredeler av

sakene var mors partner eller tidlegare partner valdsutøvar. I nesten 85% av sakene var valdsutøvaren ein mann. Relasjonen til dei involverte borna er ikkje oppgitt. Dei fleste utsette borna var unge, mange var under skulealder. Nesten halvparten av sakene involverte fysisk vald, medan truslar og andre former for psykiske overgrep førekom i to tredelar av sakene (Justisdepartementet, 2003). Den same type målinga vart gjort i 2005, og resultatet viste at omlag 2000 born vart utsette for vald (Justis- og politidepartementet, 2005). Det er sannsynleg at desse sakene viser til ei breidd av valdshandlingar med ulike alvorsgrader i familiar i Noreg. Statistikk henta frå norske krisesenter viser at minst 1506 barn opplevde å måtta overnatta på kriseheim for fyrste gong i 2008 (Sentio Research Norge, 2008). Halvparten av desse borna var mellom 0-5år. Gjennomsnittslengda på opphalda for mødrer med born på krisesenter det året var 31 døgn. 24% av desse kvinnene drog saman med borna tilbake til den valdelege overgriparen etter opphaldet.

Som ein del av gjennomføringa av Barne- og Familiedepartementet sin Strategiplan mot vald og seksuelle overgrep mot barn (2005-2009) vart det gjort ei nasjonal undersøking av omfang, årsaksfaktorar og konsekvensar av overgrep og valdseksposering i heimen (NOVA, 2007). Denne sjølvrapporteringsstudien blant avgangselevar i vidaregåande skule viste at 7% av norske ungdommar har opplevd partnervald mot mor, og at 2% har opplevd partnervald mot far. 2% har opplevd grov partnervald av mor.

Uavhengig av type estimat kan ein konkludera med at ei relativt stor gruppe born vert eksponerte for vald i familien i oppveksten. Mange av desse opplever vald ved meir enn eit høve og for mange kan valden vera ein faktor som er tilstades gjennom heile barndommen.

Politiske føringar

Born som er vitne til vald i familien utgjer ikkje berre eit verdsomfamnande helseproblem, det er òg eit brot på menneskerettane. FN sin uavhengige ekspertrapport om vald mot born (United Nations, 2006) tydeleggjer at vald mot barn er eit vedvarande problem, som medlemslanda i langt større grad bør følgja opp. Noreg har forplikta seg til å følgja dei fleste av FN sine konvensjonar for menneskerettar (Utanriksdepartementet, 2009). Gjennom medlemskapen i Europarådet har Noreg godteke å retta seg etter den europeiske konvensjonen for menneskerettar. For å styrka statusen til menneskerettane i forhold til norsk lov, inkorporerte Stortinget delar av konvensjonen til Noregs Lover. Blant desse er FN-konvensjonen om born sine rettar (Utanriksdepartementet, 2009), der artikkel 19 krev at medlemslanda skal arbeida for å treffa eigna tiltak for å beskytta barnet mot alle former for fysisk eller psykisk vald, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmeleg behandling, mishandling eller utnytting medan ein eller begge foreldre/føresette har omsorga for barnet (United Nations, 1989).

I Noreg ser ein det auka fokuset på born som lever med vald i familien tydeleggjort med mellom anna handlingsplanane *Vald i nære relasjonar* frå 2004 (Justis- og politidepartementet, 2004), *Strategiplan mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn (2005-2009)* (Barne- og familiedepartementet, 2005b), utviklinga av ei rettleiing om barnevernet si rolle ved mistanke om overgrep under samvær (Barne- og familiedepartementet, 2006) og handlingsplanen mot vald i nære relasjonar *Vendepunkt (2008-2011)*, (Justis- og politidepartementet, 2007). Desse planane legg mellom anna føringar for eit styrka kunnskapsgrunnlag og ei auka samarbeidskompetanse i hjelpeapparatet. Satsinga speglast òg i lovgjevinga, eksempelvis Ot.prp. nr. 103 (2004–

2005) *Om lov om endringer i barnelova mv.* (Barne- og familiedepartementet, 2005a). I denne er det føyd til ein spesifikk ordlyd som påpeikar at det ved avgjerder om foreldreansvar og samvær skal takast omsyn til at barnet ikkje må bli utsett for vald eller på anna vis handsama slik at fysisk eller psykisk helse vert utsett.

Landsdekkande *barnehus* har blitt oppretta. Desse skal gje valdsutsette born og born som er utsette for andre overgrep betre hjelpe- og behandlingstilbod. I juni 2009 vart det òg oppretta naudliner per telefon for å sørgja for at born som er utsette for vald kan få snarleg hjelp (Utanriksdepartementet, 2009).

I samband med opprettinga av FN sitt menneskerettsråd i 2006 vart det avgjort at alle medlemsland jamleg skal rapportera om gjennomføringa av menneskerettsforpliktingane i eigne land. Rapporten tilkjennegev at Noreg per i dag har ei utfordring med å redusera tilfeller av familievald. Eitt av dei neste tiltaka som snart trer i kraft, er ei strengare lovgjeving der maksimumsstraffa for familievald vert auka frå tre til seks år, og for grov mishandling frå seks til tolv år. Dersom born er vitne til valden, vil dette vera ein skjerpande faktor i forhold til straffeutmålinga (Utanriksdepartementet, 2009).

Norsk behandlingsstatistikk

Å vera vitne til vald i familien er verken ein diagnose eller ei systematisk nytta tilvisingsårsak i norsk helsevesen. Nøyaktige tal på kor mange born som søker behandling med utgangspunkt i erfaringar med familievald i Noreg, er difor vanskelege å finna. Meir vanleg er det derimot at borna sine symptom vert rekna som tilvisingsgrunn åleine. Samdata sin sektorrapport for psykiske helsevern for 2007 (SINTEF Helse, 2008) viser dei viktigaste grunnane til tilvising i tidsepoken 1998-2007 ut frå frekvens av tilvisingsårsak. Det å vera utsett for, eller vitne til vald, er ikkje nemnt

blant dei 16 spesifiserte kategoriane som vert nytta. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar (BUP) nyttar eit multiaksialt klassifiseringssystem, der Akse V viser til avvikande psykososiale forhold. Diagnosen på Akse V: *1.1. Disharmoni mellom vaksne i familien* vil vera ein av dei moglege diagnosane ein kan nytta for å visa til at barnet er vitne til vald heime. Tal frå 2008 viser at 1902 (av totalt 52 874) pasientar har denne diagnosen som hovuddiagnose, noko som utgjer 3,6% (M. Sitter, SINTEF Helsetjenesteforskning, personleg kommunikasjon, 16.10.2009). Desse tala viser ikkje heile biletet, då det er manglande data for 44,6% av pasientane på denne variabelen. I tillegg vil det kunna vera born som har denne diagnosen som sideordna diagnose.

Norsk helsevesen dokumenterer i liten grad omfanget av born som er ramma av familievald generelt, og omfanget av born som treng hjelp som følgje av å ha vitna vald spesielt. Fordi borna som kjem i kontakt med helsevesenet ikkje systematisk vert undersøkte med tanke på opplevingar i forhold til familievald, kan det tenkast at mørketala er store. Det kan òg tenkast at borna sine symptom vert vurdert som generell psykopatologi, og at borna ikkje får eit tilbod i tråd med sine særskilde erfaringar. Dette er uheldig på fleire måtar. Blant anna vil det plassera patologien hjå barnet, heller enn å sjå symptoma som normalreaksjonar på det barnet har opplevd.

Behandling

I samband med dei dokumenterte negative effektane av det å vera vitne til vald, har det vakse fram ulike behandlingsmetodar. Metodane har som mål å møta borna og å minimalisera den negative effekten erfaringane vil ha på liva deira.

Tilgjengelege behandlingsmetodar

Ein studie frå Storbritannia viser til at det ikkje er rutine å undersøkje om born som vert tilviste til nasjonalt helsevesen har vore vitne til familievald. Dermed vert ikkje denne

gruppa tilbydd ei særskilt behandling (Rivett et al., 2006). Dette kan sjåast som ein parallell til tilhøva i Noreg i dag. Sjølv om det ikkje er vanleg å undersøkje om born har vore utsette for familievald i Noreg, finst det somme tilbod for gruppa. Nasjonalt er dette arbeidet i ei startfase. Internasjonalt finst det ulike behandlingstilbod som er utvikla for valdsutsette born og unge. Behandlingstilbodet i Storbritannia har generelt vore retta mot å auka borna si generelle fungering, medan ein i USA ser ei differensiering mellom behandlingsprogram som er retta mot symptomreduksjon (t.d. depresjon eller åtferdsvanskar) og dei som har ei meir generell tilnærming (Rivett et al., 2006). Dette vert òg referert til som høvesvis målretta (targeted) eller universelle tilnærmingar.

Effektive psykososiale behandlingar er i følge Cohen & Mannarino (2006) tilgjengelege for å behandla PTSD, depresjon, angst og åtferdsproblem for born som har opplevd familievald. Fleire evidensstøtta behandlingar som rettar seg mot å dempa PTSD-symptom er tilgjengelege for traumeutsette born som har opplevd fysisk mishandling eller vitna vald i familien (Vickerman & Margolin, 2007). Behandlingstilboda som er utvikla til denne gruppa er heterogene, og ulike behandlingsformat samt teoretiske utgangspunkt er representerte. Mellom anna er det utvikla tilbod om individuell behandling (eksempelvis som krisesamtalar etter den svenske modellen *Trappan* (Arnell & Ekbom, 2006)). Vidare finst tiltak baserte på foreldreintervensjon (eksempelvis *Parent Child Interaction Therapy* (PCIT) (Herschell, Calzada, Eyberg, & McNeil, 2002)), behandling for born som viser åtferdsvanskar etter valdseksponering (eksempelvis *Project SUPPORT* (Jouriles et al., 2009), foreldre-barn-behandling (eksempelvis *Child-Parent Psychotherapy* (CPP) (Lieberman, Van Horn, & Ippen, 2005)) leiketerapi (eksempelvis Kot, Landreth & Giordano (1998)) og parallell

behandling av mor og barn (eksempelvis *Trauma Focused CBT*, (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006)). Den sistnemnte behandlingsforma vil verta nærare gjennomgått under, då den er svært sentral i forskinga som omhandlar behandling av traumeutsette.

Traumefokusert kognitiv åtferdsterapi

Traumefokusert kognitiv åtferdsterapi (TF-CBT) er ein av dei mest empirisk støtta behandlingsmodellane for traumeutsette born og ungdommar, utvikla av Judith A. Cohen og medarbeidarar (t.d. Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). Modellen vart opphavleg utvikla for behandling av seksuelt misbrukte born, og har i hovudsak blitt nytta på denne gruppa born. Forskinga som gjev modellen støtte er òg i all hovudsak basert på studiar av seksuelt misbrukte born. Bruksområdet er etterkvart utvida. TF-CBT vert i dag tilrådd som fyrsteval for born med traumerelaterte vanskar (Chadwick Center for Children & Families, 2004). Fordi born som er vitne til vald i familien vert inkluderte i kategorien traumeutsette born, vert TF-CBT òg ei tilrådd behandling for desse borna.

Behandlingsmodellen er basert på komponentar frå ulike tilnærmingar som integrerer traumesensitive metodar og kognitive åtferdsmessige prinsipp, men som òg vektlegg aspekt frå tilknytningsteori, nevrobiologisk utviklingsteori, familieteori og humanistisk teori (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). Modellen fokuserer på behandling av symptom på PTSD, depresjon, angst og vanskar som er assosierte med desse tilstandane. Fordi den er komponentbasert, legg modellen opp til at den enkelte terapeuten må vurdere korleis komponentane kan nyttast for å på best mogleg vis hjelpe den enkelte pasienten. TF-CBT involverer både foreldre og barn i behandlinga og tek sikte på å betra forholdet mellom barnet og omsorgspersonen gjennom å setja fokus på interaksjonen mellom foreldre og barn. Sysken kan òg verta involverte i behandlinga,

dersom dette vert vurdert som gunstig. Det langsiktige målet for behandlinga er at pasientane skal oppleve betring i sjølvregulering av affekt, åtferd og kognisjon, forventa meistringsevne, og ei generell fremjing av individuelle kapasitetar.

Gruppebehandling

Ulike behandlingsformat gjev ulike måtar å behandla borna på. Individualterapi gjer det mellom anna mogleg å ha fokus på individualiserte traumatiske påminningar, forstyrta tankar og åtferdsmessige interaksjonar (Vickerman & Margolin, 2007), og vil ofte bli brukt dersom borna framviser spesifikke vanskar som er vanskeleg å behandla i eit gruppeformat. Gruppeterapi tilbyr motsatsen til den sosiale isolasjonen og vanskan som ofte opptrer saman med PTSD og komplekse traume (J. D. Ford, Fallot, & Harris, 2009). Gjennom å vera i ei gruppe der tryggleik, respekt, ærlegdom, respekt for individuelle grenser og dedikasjon til å bli betre er norma, kan valdsofferar få ein sjanse til å bli sett og høyrte av andre personar som har det vanskeleg, samt til å sjå og høyra deira historier. Deltakarane kan soleis oppleve støtte frå nokon som ikkje er misbrukande. Gruppebehandling tilbyr ei edukativ tilnærming til tema som det ofte vert teke for gitt at pasientane forstår, men som sjeldan er godt forklarte. Gruppeterapi og medfølgjande psykoedukasjon kan spela ei viktig rolle som komplementær behandling til andre behandlingstilnærmingar. Gruppebehandling med ei universell tilnærming har ofte som mål å arbeida med generelle haldningar og oppfatningar om vald, reaksjonar på vald og sosiale problemløysingsevner. På grunn av denne breie tilnærminga vert gruppebehandling ofte nytta som eit preventivt tiltak, for å unngå at borna utviklar tilpassingsvanskar i etterkant av det dei har opplevd. Sjølv om mange born drar nytte av positive samspelserfaringar som kan opplevast i ei gruppe, kan gruppebehandling òg

vera kontraindikert for born med dårleg utvikla sosiale ferdigheter som dermed vil vera i risikosona for ei ny avvising.

Eksisterande gruppetilbod for born som har vore vitne til vald i familien

Ei rekkje ulike gruppetilbod for valdsutsette born har blitt utvikla. Her vil to av tilboda verta kort presenterte. *Groupwork with Children of Battered Women* og *A Safe Place to Grow* er begge mellom tilboda som har påverka utforminga av eit universelt retta gruppetilbod i norsk og britisk samanheng. Dinest følgjer ein meir inngåande presentasjon av den norske nyutvikla manualen *Ikke lenger alene*.

Groupwork with Children of Battered Women

Denne behandlingsmanualen, utgjeven av Peled & Davis (1995), tilbyr ei detaljert skildringa av ei behandlingsrekke som finn stad gjennom ti samlingar. Tilbodet er retta mot born med mødrer som har blitt utsette for vald frå partnar. Gjennom dei ti samlingane er det sett fire hovudmål: Å bryta hemmelegghaldet om familievald, å læra borna å beskytta seg sjølv, å oppleve gruppa som eit positivt og trygt miljø, og å styrka borna sin sjølvtilitt. Dette vert mellom anna gjort ved å snakka om vald, dela erfaringar, læra om vald og kjensler, laga sikringsplanar og å oppleve å bli bekrefte i ei gruppe med faste rammer. Samtidige foreldregrupper er tilgjengelege, og det vert gjennomført ein familietime mot slutten av behandlingsrekka. Manualen tilbyr òg ei rekkje vurderingar mellom anna i høve til kva slags born som kan ha nytte av ei slik behandling, korleis ein bør arbeida med foreldre, og kva slags utfordringar dei involverte kan møte på.

Groupwork with Children of Battered Women har vore ein sterk bidragsytar til utviklinga av gruppetilbod i Storbritannia (Stallard, 2006), og har òg vore viktig i utviklinga av gruppebehandling for denne gruppa born ved Senter for Krisepsykologi (SfK).

A Safe Place to Grow

A Safe Place to Grow (Roseby, Johnston, Gentner, & Moore, 2005) er ein annan manual for gruppebehandling som gjennom ti sesjonar tek sikte på å få fram borna sine kognitive skjema. Gjennom ein dekonstrueringsprosess ynskjer ein å gje borna ei oppleving av å erfara nye tankar, kjensler og idear, som kan føra borna mot ei utvikling som er sunn og meir utviklingsstøttande. Vidare i behandlingsrekka vert spesifikke utviklingsmessige truslar som ligg til grunn for borna sine kognitive skjema sett fokus på, eksempelvis mistillit, vanskar med affektmodulering, dårlege interpersonlege grenser, samt rigide eller forstyrra syn på andre og relasjonane til desse. Denne manualen har vore nytta til inspirasjon både ved utviklinga av gruppetilbod i ATV og SfK.

Ikke lenger alene – ein grupperettleiar

Ikke lenger alene (Alternativ til Vold & Senter for Krisepsykologi, 2009) er ein rettleiar om samtalegrupper for valdsutsette born som nyleg vart utgjeven. Utgjevinga av denne rettleiaren vart gjort som ein del av prosjektet Barn som lever i familien, som er eit samarbeidsprosjekt mellom Alternativ til Vald (ATV) i Oslo og Senter for Krisepsykologi (SfK) i Bergen. Prosjektet starta i 2004 og er finansiert av Barne- og likestillingsdepartementet som del av deira satsing på gruppa i tråd med handlingsplanen mot vald i nære relasjonar. Målsetjingane ved prosjektet var å systematisera eksisterande kunnskap om konsekvensar av å veksa opp med vald i familien, å leggja fram ny kunnskap om skadeverknader av valden samt å formidla denne kunnskapen til sentrale aktørar i hjelpe- og rettsapparatet. I tillegg vart det gjeve mandat til å etablere eit samtaletilbod for born som har erfart vald i familien. Gruppebehandling av born som lever, eller har levd med, vald, er ein del av dette

prosjektet og totalt 10 samtalegrupper har blitt haldne i Telemark, Oslo, Drammen og Bergen i prosjektperioden. Den opphavlege prosjektperioden er i dag over, men prosjektet har fått vidare støtte, og barnegrupper kjem til å vera eit tilbod til denne gruppa born frametter.

Rettleiaren byggjer i hovudsak på samtalegrupper gjennomført i Noreg dei siste åra og av dei erfaringane prosjektgruppa gjorde seg gjennom prosjektperioden 2004-2007. I tillegg til erfaringane frå prosjektmedarbeidarar frå ATV og SfK, har ein òg nytta seg av erfaringar frå andre samarbeidspartnarar.

Rettleiaren er primært utvikla til bruk i arbeid med born i skulealder som har levd i familiar der det er utøvd vald mellom foreldre/føresette. Rettleiaren er utforma som eit konkret verktøy for terapeutar som ynskjer å starta ei barnegruppe, men kan òg nyttast til innspel i forhold til individuell terapi. *Ikke lenger alene* gjev konkrete forslag til utforming og gjennomføring av gruppebehandling. Den er òg tenkt nytta i samspel med terapeuten sine eigne idear og aktivitetar og er meint å kunna tilpassast born i ulike aldrar så vel som behandlarar i ulike instansar. Gruppebehandling av barn, slik den er skissert i denne rettleiaren, er ikkje tenkt å vera det einaste tiltaket for born og unge valdseksponeerte, men som eit av fleire naudsynte tilbod.

Inklusjons- og eksklusjonskriterium for deltaking i gruppebehandlinga.

Målgruppa for behandlinga er born som har vore vitne til, eller direkte usette for vald. Det vert berre tilbydd gruppebehandling til born som har opplevd vald frå far/stefar, medan born som har opplevd vald frå mor så langt har fått tilbod om individuell behandling. Dette på bakgrunn av at ein har lite erfaring med behandling av denne gruppa born.

Det vert i rettleiaren lagt vekt på at valden rundt borna må vera avslutta. Born som har levd i ein familie med vald, har ofte ein livssituasjon som er i stadig endring, og kontakt med valdsutøvar kan vera vekslende sjølv etter at eit samliv er avslutta. For at borna si behandling skal vera trygg og hensiktsmessig, og ikkje føra til eskalering av vanskar heime, vert det i rettleiaren formidla at det er viktig at foreldra ynskjer at barnet skal få behandling, og at dei skjønar at barnet kan trenga behandling. Det er i dag lovfesta at begge foreldre må samtykkja til behandling av barnet. Det er òg viktig at foreldra/omsorgspersonane gjev barnet aksept til å kunna snakka om valden. Det vert ikkje anbefalt at barnet har samvær med valdsutøvar under behandlinga, då barnet treng trygge omsorgspersonar som kan vera med å dela borna sine opplevingar. Foreldre må vera motiverte for behandlinga, likeins må barnet sjølv vera motivert, noko som vil kunna ta tid. For born med eksempelvis alvorlege PTSD-symptom vil ikkje denne forma for gruppeterapi vera tilstrekkeleg, og individualbehandling bør bli tilbydd under eller i etterkant av gruppebehandlinga.

Målsetting/måloppnåing.

Gruppebehandlinga tek sikte på å hjelpa borna med å fortelja si historie og å gje dei høve til å oppleva at dei ikkje er åleine om å ha opplevd vald. Vidare er målsetjinga at borna kan få erfara ei betre forståing av opplevinga, sjå meining og samanheng i det som har skjedd, få godkjenning for vala dei gjorde medan valden føregjekk, arbeida med dei vonde minna, knyta saman minne og kjensler, samt oppleva at dei vert gjevne tid og tryggleik.

Innhald: tema og rekkefølge.

Tema som vert tekne opp i gruppebehandlinga er: Å bryta løyndomen om vald i familien, kjenslene som er knytt til valden og til omsorgspersonane, å møta andre born

med liknande erfaringar, plassering av ansvar og skuldspørsmål, å snakka om vald og vanlege reaksjonar hjå born som lever med vald i familien, borna sine ressursar og meistringsstrategiar, sjølvbilete, samt arbeid for at borna skal kjenna seg trygge i gruppa. Grupperettleiaren legg opp til ei fast rekkefølge av desse temaa. Fyrste gruppemøte har eit generelt fokus på å bli kjent, skapa sikre rammer, laga gruppereglar og snakka om kvifor borna er der. På andre gruppesamling stillest spørsmålet: Kva er vald, og borna får høve til å snakka om eigne valdsopplevingar. Tredje gruppesamling tematiserer identifisering av kjensler knytt til vald, samt ansvar og skuldspørsmål. På fjerde samlinga er temaet borna sine viktige relasjonar. På femte gruppemøte snakkar ein om kva valden har gjort med borna sin familie, korleis familien fungerer og kva som er lov og ikkje lov. Sjette gruppesamling tek opp spørsmålet om korleis valden har påverka borna, om kva som er vanlege reaksjonar, og om skuldplassing. I det sjuande gruppemøtet ser ein på kva borna kan gjera for å sikra seg sjølve dersom nye valdelege situasjonar oppstår. Åttande møte tek opp foreldreåtfærd og borna sine reaksjonar på mamma og pappa. Niande samling tematiserer framtidsdraumar, håp og viktige avgjerder, medan siste samling er sett av til avslutning og evaluering av gruppa.

Format/struktur.

I rettleiaren vert det vist til at det vil vera optimalt i forhold til borna si kognitive utvikling om alderssamansetninga ikkje inkluderer born med meir enn to år aldersforskjell mellom eldste og yngste gruppedeltakar. For å best kunna møta dei involverte borna, vert det vist til små grupper på fire til seks born. Rettleiaren legg vekt på at samlingane må vera planlagde til faste dagar og tider slik at borna er trygge på når dei skal møtast i gruppene. Ti samlingar vert føreslått i rettleiaren.

Arbeidsform.

Det vert oppfordra til å nytta same oppstartsritual ved kvar samling, samt eit fast avsluttingsritual. Eit anna fast innslag er at borna i starten av kvar samling gjer ei sjølvrapportering på korleis den siste veka har vore, med eit kjenslebarometer tilrettelagt den aktuelle aldersgruppa. Etterpå går ein gjennom dette i gruppa og borna får høve til å fortelja korleis dagane har vore for dei. Ulike arbeidsformer kan nyttast, avhengig av temaet for samlinga. Behandlinga har eit psykoedukativt fokus. Borna skal ikkje presenterast for faste definisjonar og løysingar, men vera med på å forma og visa si forståing av det som vert tematisert. Borna sine svar og idear kan gjerne teiknast på flipover eller liknande, for å tydleggjera deira relasjon til det som vert gjennomgått.

Andre sentrale element i behandlinga er å læra borna avslappingsøvingar, driva rollespel av situasjonar som har skjedd i familien eller nytta tenkte situasjonar og samtala om det som skjer undervegs, arbeida for auka tryggleik gjennom utviklinga av handlingsplanar med telefonnummer borna kan ringja, gjera øvingar som kan fremja sjølvbilete, snakka om dei juridiske aspekta ved valden, nytta film og litteratur som omhandlar vald aktivt i gruppene og ha måle- og teikneoppgåver.

Rekruttering.

Rettleiaren viser til at det kan vera vanskeleg å rekruttera born, og at det ikkje er lett å nå fram til dei aktuelle familiane. Difor vert det føreslått rekrutteringsstrategiar, som å nytta tid på skular og i barnehagar for å informera om tilbodet, å involvera aktuelle samtalepartnarar om tilbodet, å annonsera i aviser, samt å undersøkja om vaksne klientar har born som kan ha nytte av tilbodet. Ved rekruttering vert det ikkje tatt stilling til symptom, problemomfang, intensitet eller tidlegare behandlingserfaring hjå borna.

Gruppeleiing.

To gruppeleiarar styrer gruppa og ansvarsfordelinga mellom desse må avklarast i forkant. Rettleiaren føreslår ei ansvarsfordeling der den eine har hovudansvaret for gjennomføringa av gruppa medan naudsynte vurderingar av eksempelvis tryggleik fell på den andre. Den andre terapeuten har òg høve til å kunna ta seg av uføresette situasjonar undervegs og/eller følgja opp enkeltpersonar ved behov. Det er sentralt at gruppeleiarane ikkje vert oppfatta som autoritære eller skremmande, men at dei er støttande og varme. Gruppeleiarane kan slik fungera som positive rollemodellar i forhold til samarbeid, respekt og problemløysingsstrategiar for borna.

Praktisk organisering.

Det er gunstig om gruppa kan nytta det same lokalet ved kvar samling. Dette for at borna skal kunna kjenna seg att, men òg fordi det opnar for å prega rommet med teikningar og anna materiell frå gruppa. Små born kan trenga meir tilrettelegging av det fysiske miljøet enn dei litt større borna. Nødvendig utstyr som papir- og teiknesaker, eigne mapper til borna, flipover, filmvisingsutstyr og bøker må vera tilgjengeleg.

Andre tilbod.

I tillegg til gruppebehandlingstilbodet for born, er parallelle mødregrupper prøvd ut ved somme av behandlingsinstitusjonane i prosjektet. Rettleiaren er positiv til å gje mor eit parallelt tilbod dersom det er resursar til dette. Desse gruppene har som sitt fokus å styrka rolla til mor på generell basis, samt å gjera henne betre rusta til å møta behova borna har etter å ha levd med vald. Det vert vidare fokusert på korleis mødrene kan sørgja for tryggleik for seg sjølve og borna sine. Borna er i sentrum i desse gruppene, ikkje mor sin eigen situasjon.

Samtalar med valdsutøvar er òg ønskjeleg (dersom mogleg) for å hjelpa til med å fremja barneperspektivet, samt for å tematisera ansvar og skuldspørsmål m.m.

Mellom andre eksisterande tilbod er individualterapi med born som har spesifikke vanskar, som ikkje let seg behandla i gruppa.

Foreldrerolla i behandling av born

Foreldre kan ha ulike roller i behandlinga av born. Ein kan tenka seg eit kontinuum av moglege foreldreroller der barnet nærast er aleine i og om behandlinga på den eine ytterkanten, og der foreldre mottok behandlinga i staden for barnet i den andre enden. Mellom desse ytterpunkta er aktive foreldreroller i form av henting/venting og mottaking av oppdateringar av behandlinga, eller ei meir hjelpande rolle i forhold til barnet sine vanskar under behandlinga. Foreldre og born kan òg gå i behandling saman, då med relasjonen mellom foreldre og barn som fokus. Foreldre kan òg støtta opp om barnet ved å gjennomgå parallell behandling, der ein anten fokuserer på egne vanskar, eller på auka foreldrekompetanse.

Korleis foreldre best kan involverast er omdiskutert. Inkludering av foreldre i behandlinga av born er dokumentert å ha god effekt (t.d. Rivett et al., 2006). Somme hevdar til og med at det å auka foreldre sin kompetanse som omsorgspersonar er meir effektivt enn å behandla borna sjølve for tilpassingsvanskane dei viser. Born som har vore vitne til vald i familien er ei gruppe som kan tenkast å ha særskilte utfordringar når det gjeld relasjonen til omsorgspersonane sine. Avhengig av valdsmønsteret, omfanget av valden og kven som utøvar vald mot kven av familiemedlemmane, kan det tenkast at borna i ulik grad vil oppleva mellom anna tillitsbrot, rolleforvirring, lojalitetskonfliktar, konflikt mellom ulike kjensler for valdsutøvar og valdsoffer. Barnet, sjølv om det opplever seg involvert, er likevel ikkje part i konflikten, og kan oppleva at ein forelder

som mishandlar den andre held fram med å vera ein omsorgsperson for barnet, eventuelt får barnet ikkje lenger vera med valdsutøvar som før. Kanskje har det vaksne valdsofferet òg vore valdsutøvar overfor barnet.

Korleis foreldre til born som er vitne til vald i familien bør inkluderast i behandlinga er difor ei sentralt spørsmål å kasta lys over. Andre viktige spørsmål er: Er målet med behandlinga av borna å hjelpa dei med deira eigne tankar og prosesseringar av det dei har opplevd, eller er målet å endra samspel og maktkonstruksjonar mellom vaksne og born i familien? Kan behandling av born gjennomførast sjølv om valden framleis føregår heime?

Problemstillingar

Med bakgrunn i det som er presentert ovanfor, vil det bli fokusert på følgjande problemstillingar i oppgåva:

- Kva evidens ligg føre for å driva gruppebehandling for born som har vore vitne til vald i familien, basert på kognitivt åtferdsmessige prinsipp?
- Kva seier litteraturen om kva for verknadsmekanismar som er aktive i behandlinga?
- Korleis vert foreldrerolla i samband med behandlinga definert og eventuelt problematisert i desse studiane?

Metode

Problemstillingane i oppgåva er undersøkt ved hjelp av ein systematisk litteraturgjennomgang.

Seleksjonskriterium

Fire typar kriterium vart sette for å vurdera kva artiklar som var aktuelle til denne litteraturgjennomgangen: 1) Typen deltakarar, 2) typen intervensjon som er skildra, 3) type terapiteori og 4) nytta språk i artikkelen.

Artiklar som omhandla gruppebehandling av born som har vore vitne til vald i familien vart inkluderte. Ein føresetnad for inkludering var at den skildra behandlinga var frivillig. Artiklar vart ekskluderte dersom dei omhandlar born som har vore utsette for fysisk vald eller seksuelle overgrep. Likeins vart artiklar som omhandlar krigsutsette born og/eller born som har vore på flukt, ekskluderte.

Artiklar som omhandlar gruppebehandling av born som intervensjonsmetode vart inkluderte. Artiklar vart ekskluderte dersom fokus er behandling av særskilde vanskar som akutte posttraumatiske vanskar, andre akutte alvorlege psykiske vanskar eller seinverknader av tidlegare valdelege traume i familien. Dette av di det ikkje er denne gruppa behandlingsmanualen *Ikke lenger alene* er retta mot. Artiklar med utgangspunkt i individualterapi eller familieterapi vart òg ekskluderte.

Artiklar vart inkluderte dersom dei var baserte på kognitiv åtferdsterapeutiske prinsipp. Berre engelskspråklege artiklar og artiklar skrivne på dei skandinaviske språka vart inkluderte.

Søkjestrategi

Følgjande søkjemotorar vart nytta under søka: PsycINFO, MEDLINE (PubMed), ISI Web of Science og Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL).

Val av søkjeord

Følgjande engelske søkjeord vart nytta: (child*), (group therapy), (domestic violence) (intimate partner violence), (trauma*), (trauma focused cognitive therapy), (witnessing

violence) og (cbt*). Denne kombinasjonen vart nytta for å maksimalisera sannsynet for å få tak i relevante publiserte studiar.

Strukturert elektronisk søk

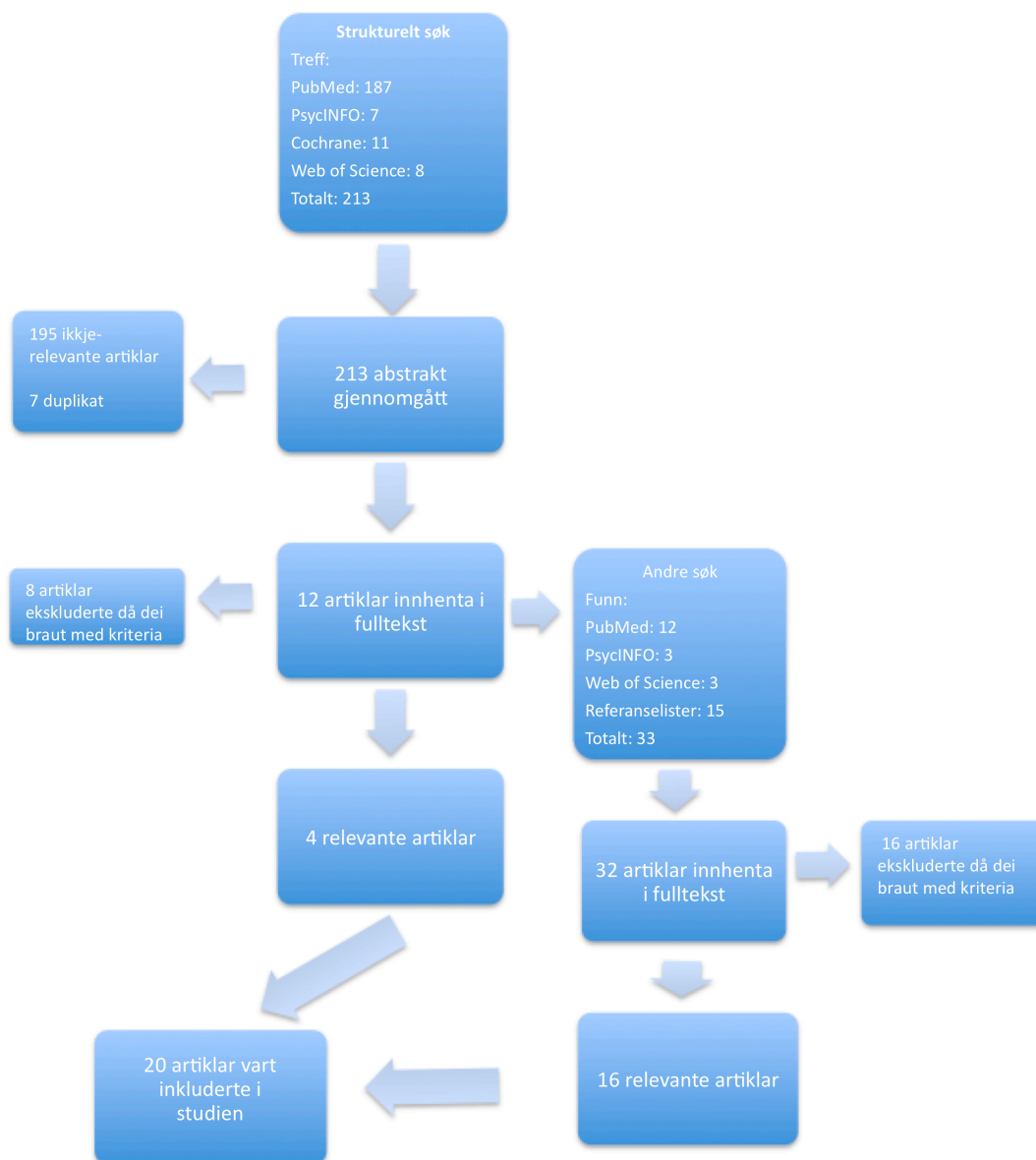
Søkjeorda vart nytta i like kombinasjonar i databasane. Det vart ikkje sett nokon formelle avgrensingar i søka. Sjå appendiks for detaljert søkjestrategi. Siste søk vart gjort 02.10.09.

Andre søk

I tillegg til dei strukturerte elektroniske søka vart det gjennomført manuelle søk: Tenestene Find Citing Articles i PsycINFO, Related Articles i PubMed og Times Cited i Web of Science vart nytta. Alle dei inkluderte artiklane frå det strukturerte søket vart søkt opp i desse tenestene, og treffa vart gjennomgått etter dei same kriteria som over. I tillegg vart det gjort ein manuell gjennomgang av referanselistene til dei inkluderte artiklane frå det strukturelle søket og dei manuelle søka over. Same seleksjonskriterium vart nytta ved dette søket.

Litteraturgjennomgang

Proessen med å søkja etter litteratur, samt gjennomgangen av denne er skildra i flytdiagrammet under (sjå figur 1). Studiane frå det strukturelle søket vart gått gjennom ut frå titlar og samandrag. I tilfelle der samandraga ikkje inneheld tilstrekkeleg informasjon til å bli vurdert, vart heile artikkelen innhenta. Duplikat og artiklar som ikkje møtte inklusjons- eller eksklusjonskriteria vart ekskluderte, noko som gav eit funn på 12 artiklar. Desse vart innhenta i fulltekst for ein grundigare gjennomgang. Seks av desse artiklane vart ekskluderte.



Figur 1. Oversikt over søkeprosessen med inklusjonar og eksklusjonar.

Dei manuelle søka resulterte i at 32 artiklar vart innhenta i fulltekst. Av desse vart 15 ekskluderte. Den samla litteraturinnhentingsprosessen resulterte i at 20 studiar vart inkluderte. Ei kort oversikt over inkluderte studiar er tilgjengeleg i tabell 1A i appendiks.

Totalt 24 artiklar vart ekskluderte etter gjennomgang av fulltekst. For ei kort oversikt over dei ekskluderte studiane og årsaka til at dei vart ekskluderte, sjå tabell 2A i appendiks.

Resultat

For å betre kunna organisera resultata, vart dei inkluderte artiklane sortert i tre hovudgrupper: Primære utfallsstudiar (9), metastudiar (2) og litteraturoversiktar (9). Ulike dimensjonar ved artiklane vil fyrst presenterast. Dinest vert resultata presentert i tråd med dei stilte problemstillingane i studien.

Presentasjon av dei inkluderte studiane

Primære utfallsstudiar

Ni primære utfallsstudiar vart inkluderte i studien. For ei oversikt, sjå tabell 3 under. Mellom desse fanst det tre effektivitetsstudiar (Pepler et al., 2000; Stein et al., 2003; Wagar & Rodway, 1995), to effektstudiar (Graham-Bermann, Lynch, Banyard, DeVoe, & Halabu, 2007; Sullivan, Bybee, & Allen, 2002) og fire studiar som best kan skildrast som formative evalueringsstudiar som tek sikte på å evaluera tilbakemeldingar frå brukarane (Ernst, Weiss, Enright-Smith, & Hansen, 2008; Marshall, Miller, Miller-Hewitt, Sudermann, & Watson, 1995; Peled & Edleson, 1992; Sudermann, Marshall, & Loosely, 2000). Dei fleste primære utfallsstudiane representerer eit tiltak der gruppebehandling av born var hovudtiltaket. Det er to unntak frå dette. Ernst, Weiss, Enright-Smith & Hansen (2008) sin studie presenterer eit tiltak som vart gjeve til alle born som vitna vald og der politiet vart tilkalla i samband med valdsutøvinga. Gruppebehandling vart her nytta som eit av dei vanlege tiltaka mellom fleire andre individuelt tilpassa tiltak. I Sullivan, Bybee & Allen (2002) sin studie vert det i like stor

Tabell 3
Primære utfallsstudier

Forfatter, årstal, behandlingsprogram og land	Utvæl og kriterium	Design og datainsamlings-tidspunkt	Behandlingslengde og tid på behandling	Tilleggs-intervensjonar	Utfallsvariablar	Utfallsmåtl	Resultat	Eftekortlek (Cohens d)
Ernst et al., 2008, <i>The Child Witness to Violence Program</i> , USA	Born 3-17 år (N=58) 30 jenter, 28 guttar. Tilbodet gjeve til alle born der politiet vart kontakta pga av familjevold.	Ikke kontrollgruppe eller randomisering. Før og ettertest nytta. Ingen oppfølgingsstudie.	Individuelt tilpassa mengder sesjonar: gj. sn. 9.7 +/- 11.7 (range: 1-39). Individuell behandlingstid: gj. sn. 7.4 +/- 5.2 mnd (range 1-31)	Individuelt tilpassa behandling. Individuell behandling: familierapi, samarbeid m/ rettsapparat m m tilgjengelige.	Edukativt utbyrte i forhold til haldningar til veld, emne til å snakka om veld, skuldplassing m.m.	Ikke-standardisert spørreskjema og evaluering av fagperson.	For 15 av 16 spørsmål vart det funnen ei statistisk signifikant betring i etterintervensjons- evalueringar (P < .01).	Ikke oppgeve.
Graham-Bermann et al., 2007, <i>Community-Based Intervention for Children Exposed to Intimate Partner Violence</i> , USA	Møder og born 6-12 år (N=181), 111 jenter, 110 guttar. Møder som levde i eit forhold med IPV det siste året vart tilbydde deltaking for seg og/eller borna sine.	3 grupper: BA, MB og V. Sekvensiell randomisering. Før, etter og oppfølgingsmåling.	10 sesjonar over 10 veker	BA: ingen andre tiltak. MB: møderilbod retta mot auka foreldrekompetanse.	Eksperimentisrande og internalisrande återdovnskar og haldningar til veld.	F: "CBCL" og "The Marlow-Crowne Social Desirability Scale". L: "TRF". B: "Attitudes about Family Violence" (Graham-Bermann, 1994).	MB viste størst reduksjon i EKS og haldningar til veld. Ingen av behandlingssgruppene viste større betring av internalisrande återdovnskar enn ventelistekontrollgruppa.	EKS: før-etter: MB (d = .23), etter-oppfølging: MB (d = .65). Haldningar: før-etter: MB (d = .41), etter-oppfølging: MB (d = 1.07), INT før-etter: ingen effekt observert større enn V (d = .29).
Sein et al., 2003, <i>Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools</i> (CBITS), USA	Born, 11 år (N=126). Kjønnfordeling ikke oppgeve. Elevlar m/ substansiell valdsksporing, symptom på PTSD relatert til valdsepisodar, interesse for deltaking, og som ikke Hamsto å vera for forsvrtrande for å kunna delta.	2 grupper: BA og V. Randomisering nytta. Før, etter og oppfølgingsmåling etter 3 mnd nytta.	10 sesjonar på 1 skuletime. Ca vektlegte over ca 10 veker.	Ein individuell behandlingstid mellom 2. og 6. sesjon vart gjeve.	PTSD-symptom, deforsjon, forelderreportert psykososial dysfunksjon og lærerreportert klasseromsatferd.	B: "Child PTSD Symptom Scale" og "Child Depression Inventory". F: "Pediatric Symptom Checklist" og L: "Teacher-Child Rating Scale".	Samanlikna m/ V viste gruppa signifikant nedgane i symptom på PTSD (SD=1.08), depresjon (SD = 0.45) samt psykososial dysfunksjon (SD = 0.77). Ingen signifikante endringar i klasseromsatferd. Etter 6 mnd viste gruppa å opførthalde nivå frå ettermålingar.	Ikke oppgeve.
Sullivan et al., 2002, <i>The Learning Club</i> , USA	Møder og born 6-11 år (N=80), 44 jenter, 36 guttar. Mor må ha opplevd ein valdeleg episode det siste 4 mnd.	2 grupper: MB og K. Randomisering nytta. Før, etter og oppfølgingsmåling.	Gruppetilbodet til borna var 10 sesjonar over 10 veker.	M og B fekk 16 veker parallell rådgjevande oppfølging i forhold til å finna, mobilisera og få tilgang til aktuelle samfunnsressur.	B: Samla oppleving av velvære (opplevd eigenkompetanse, misbruk av mor sin partnar, kontakt med valdsutovar, vire til meir veld mot mor. M: samla oppleving av velvære (Inskvalitet, sosial støte, depresjon, spolvitilf og misbruk av valdsutovar)	B: Harter's "Self-Perception Profile for Children (8-12)" (1985). M: "Assailant's emotional abuse of child", "Assailant's physical abuse of child", "Assailant's injury of child", "Assailant's overall abuse of child", "Child's contact with assailant".	Signifikant høgare oppleving av well-being (p < .01). Signifikant færre born var i kontakt med valdsutovar etter 4 mnd (11.1% vs 27.3%). M: Knapp signifikant betring i samla opplevd velvære (p < .08). Den eksperimentelle gruppa auka frå først til oppfølgingsstet på 3 mål: global spolvverdi, fysisk apperance og återdisk kompetanse.	Ikke oppgeve.

Note: Forkortingar nytta: B: born, F: foreldre, M: møder, L: lærar, MB: parallell behandling av møder og born, BA: gruppehandling av born aleine, V: ventelistegruppe, K: kontrollgruppe, EKS: eksperimentisrande vanskar, INT: internalisrande vanskar.

Tabell 2
Framhald

Forfatter, årstal, behandlingsprogram og land	Uvald og kriterium	Design og datansamlings-tidspunkt	Behandlingslengde og tal på behandlingar	Tilleggs-intervensjonar	Utgiftsvariablar	Utgiftsmål	Resultat	Effektstorleik (Cohens d)
Studemann et al., 2000, London (Ontario)	Born 7-15 år (N= 31). 17 jenter, 14 gutar. Ingen kriterium oppgjeve.	Ikkje kontrollgruppe eller randomisering. For- og ettertest, ingen oppfølgingsstudie.	10-12 sesjonar med vekentlege møter over 10-12 veker.	Nei	Opplevd utbytte, læringsutbytte, trivsel.	B: "Child/Teen Witness to Woman Abuse Questionnaire" (Ikkje standardisert). F: underinnert spørreskjema.	Læringsutbytte, endrar haldningar til vald og er mogde med behandlinga. 74% av mødrene rapporterar positiv endring i borna si åttend.	Ikkje oppgjeve.
Pepler et al., 2000, The Peer Group Counseling Program; USA	Mødrer og born 6-13 år (N=46). Data er frå 19 jenter og 27 gutar, som lever eller har levd med vald i familien. Kriterium for å delta i evalueringa var å ha delatt og gjennomført behandling og testing ved før- og ettermålingar.	Ikkje nytta kontrollgruppe eller randomisering. Data foretlige berre frå før desse.	Ikkje oppgjeve tal på sesjonar eller lengd/frekvens på desse. Behandlingsstid = 10 veker	Enkeltle modrer motok rådgjeving parallelt med barnegruppene (19), somme hadde mottatt rådgjeving tidlegare (11) og ei ingen rådgjeving (N=16)	Åttendmessige, sosial og emosjonell tilpassing, haldningar til vald.	B: "Attitudes Toward Family Violence Questionnaire" (Jarfe et al., 1986), "Children's Manifest Anxiety Scale: What I Think and Feel" (Reynolds & Richmond, 1985) og "Child Depression Inventory" (CDI) (Kovacs, 1981). F: "Children Behaviour Checklist" (CBC) (Boyle et al., 1987).	B: Signifikant nedgang i depresjonsskårer F = 12,84 (p < 0,001), angstskårer F = 20,06 (p < 0,001) og åttendmessige tilpassing F = 9,54 (p < 0,001). M rapporterar signifikant betring hjå borna i forhold til emosjonelle og åttendmessige vanskar.	Ikkje oppgjeve.
Marshall et al., 1995, The Community Treatment Program; Canada	Born 7-15 år (N= 31). 17 jenter, 14 gutar. Ingen kriterium oppgjeve.	Ikkje kontrollgruppe eller randomisering. For- og ettertest, ingen oppfølgingsstudie.	10 sesjonar, ikkje oppgjeve frekvens / lengd på sesjonar eller totalbehandlingstid.	Te ulike gruppetilbod: BA, MB og ei gruppe med haktøren av timane med MB og dei resterande med BA.	Opplevd utbytte, læringsutbytte i forhold til valdarlaterne tema, haldningar til vald, psykoedukasjon, trivsel.	"Children's Questionnaire" (Ikkje standardisert).	Born og foreldre oppgjev å vera nøgde med behandlinga. Borna viser meir kunnskap om vald og sikringsåttend.	Ikkje oppgjeve.
Wagar & Rodway, 1995, Evaluering av eit behandlingssprogram utvikla av Jarfe et al., (1986); Canada	Born 8-13 år (N=42). Kjønnsfordeling ikkje oppgjeve. Tilvist av sosialkontor, ingen psykopatologi, høvrt eller sett vald mot mor, ingen individuelt behandling under gruppebehandlinga, minst tre mod sidan siste valdssepisode.	2 grupper: BA og V. Randomisering. For og ettertest, men ingen oppfølgingsstudie.	10 veker. Ikkje oppgjeve tal på behandlingar.	Nei	Læringsutbytte i forhold til kunnskap og haldningar om vald, opplevd ansvar for valden opplevd utbytte av og inntrykk av programmet.	B: "Child Witness to Violence Questionnaire" og evalueringsskjema. F: Delar av Conflict Tactics (Straus, 1979), "Parent Interview Questionnaire" (Jarfe et al., 1986) og evalueringsskjema.	Signifikant høgare ettermålingar hjå BA enn V i forhold til haldningar til vald og ansvarsskjøle (F = 37,17 og 22,73).	Ikkje oppgjeve.
Pelcd & Edleson, 1992, Groupwork with Children of Battered Women; USA	Born 4-12 år (N= 30). 18 jenter, 12 gutar. Deltakarane i ei klinisk behandlingssgruppe vart inkluderte i studien.	Ikkje kontrollgruppe eller randomisering. Ikkje førtst, ettertest 1-6 mnd etter behandling.	10 sesjonar å 1 time i 10 veker	3 familietimar mot slutten av behandlinga.	Effektar knytta til frise hovvednål: bryta hennemlegaldet, læra sikringsstrategiar, ha ei positiv erfaring og styrka sjølvttit. Sideeffektar av behandlinga vart og registrerte.	Induktiv innhaldsanalyse av intervju og observasjon av ei behandlingsskjøle.	Læringsutbytte av psykoedukativ innhald. Gruppebehandlinga gav og sideeffektar i form av påttølgande utfordringar i familisesanspel.	Ikkje oppgjeve.

Note: Forkorningar nytta: B: born, F: foreldre, M: modrer, L: lærar, MB: parallell behandling av modrer og born, BA: gruppebehandling av born aleine, V: ventersteggruppe, K: kontrollgruppe, EKS: eksterniserande vanskar, INT: interniserande vanskar.

grad vektlagt hjelp og rådgjeving til mor som til barn. Tilbodet til borna var gruppebehandling i 10 veker, samt 16 veker med oppfølging og hjelp til aktivisering.

Dei fleste av behandlingstilboda skildra, var retta mot borna si generelle fungering. Ein studie var derimot spesifikt retta mot demping av PTSD-symptom (Stein et al., 2003). I denne studien var det eit kriterium for å delta at ein framviste symptom på PTSD som følgje av valdseksponering. Studiane som var retta mot generell fungering såg på ulike utfallsvariablar og testa desse med ulike mål. Dei fleste undersøkte endringar i forhold til eksternaliserande og internaliserande vanskar, samt utbyttet av det psykoedukative innhaldet i behandlinga. Når det kom til utfallsmål, nytta somme studiar borna sine egne erfaringar frå gruppa som utfallsmål (Marshall et al., 1995; Sudermann et al., 2000). Andre nytta mellom anna mål for foreldrerapportert barneåtferd (Graham-Bermann et al., 2007; Pepler et al., 2000), depresjonsmål (Pepler et al., 2000; Stein et al., 2003), mål på haldningar til vald (Graham-Bermann et al., 2007; Pepler et al., 2000; Sudermann et al., 2000), kontakt med valdsutøvar og frekvens av nye valdshendingar (Sullivan et al., 2002).

Før- og ettermålingar vart nytta, med unntak av studien til Peled & Edleson (1992) som berre nytta postmålingar. Dette var òg den einaste studien som nytta kvalitativ analyse. Tre av dei ni studiane nytta òg eit design med oppfølgingsmåling (Graham-Bermann et al., 2007; Stein et al., 2003; Sullivan et al., 2002). Desse vart gjennomførte høvesvis åtte, tre og fire månader etter gjennomført behandling.

Effektmåla nytta i studiane varierer også. I tre av studiane vert det ikkje presentert noka form for statistiske mål på behandlingseffekt. (Marshall et al., 1995; Peled & Edleson, 1992; Sudermann et al., 2000).

Når det gjeld foreldreinvolvering i behandlinga av borna, var dette ikkje eit tilbod som vart mykje nytta. Unntak frå dette er to studiar der enkelte mødrer gjennomgjekk parallell behandling med fokus på å auka foreldrekompetanse (Graham-Bermann et al., 2007; Pepler et al., 2000), og ein studie der tiltaket i like stor grad var retta mot mor (Sullivan et al., 2002). I den sistnemnde fekk mor rådgjevande oppfølging i 16 veker, som i hovudsak var retta mot eigne utfordringar. Denne studien samanliknar ikkje tiltaket med behandling av barnet aleine.

Metastudier

Ingen metastudier er gjennomførte på born som er vitne til vald i familien, då det ikkje føreligg tilstrekkeleg data for å gjera ei slik undersøking. Det fins metastudier som undersøker behandlingseffektivitet på nærliggande områder, som traumefeltet. To metastudier vart inkluderte i den føreliggande studien (Silverman et al., 2008; Wethington et al., 2008). Desse tek begge utgangspunkt i intervensjonar for born og ungdommar med ulike traumbakgrunnar.

Studien til Silverman et al. er basert på data frå 21 behandlingstudiar, med totalt 1813 born involverte. Inklusjonskriterium var mellom anna at studiane var RCT-studier. Alle studiane som ligg til grunn for metaanalysen vart evaluerte som minst å vera robuste eller ganske rigorøse, etter kriteria sett av Chambless et al. (1998 ; 1996). TF-CBT møtte kriteria for å vera ein veletablert metode. Metoden som vart nytta i studien til Stein et al. (2003) (CBITS) møtte kriteria for å sannsynlegvis ha effekt. Dei andre behandlingane vart klassifiserte som anten å moglegvis ha effekt eller for å vera eksperimentelle. Metaanalysen tek utgangspunkt i resultatata frå fire utfallsvariablar: PTSD; depresjon, angst og åtferdsvanskar. Det vart funne ein positiv, men liten effekt for PTSD, depresjon og åtferdsvanskar, med d-verdiar på høvesvis .43, .24, .09 og .22. Det vart ikkje funnen nokon effekt av behandlinga på angst.

Den andre inkluderte studien (Wethington et al., 2008) viser til sin eigen studie som ein systematisk litteraturgjennomgang, men inneheld på same tid ein metaanalyse. Det var tvil om denne studien skulle inkluderast, men fordi den inneheld enkelte aspekt som elles ikkje ville ha blitt kasta lys over, vart den inkludert. Mellom anna var ein av utfallsstudiane som metaanalysen var basert på, også inkludert i dei primære utfallsstudiane i den føreliggande studien (Stein et al., 2003). I tillegg skil denne metaanalysen mellom CBT-intervensjonar i individuelt- og gruppeformat.

Studien tek utgangspunkt i å undersøkje effektivitet av sju former for traumebehandling i 31 studiar: individuell CBT (11), gruppe-CBT (10), leiketerapi (4), kunstterapi (1), psykodynamisk terapi (2), farmakologisk terapi (2) og psykologisk debriefing (1). Her vart ikkje sett krav til randomisering, men inkluderte studiar måtte ha ei kontrollgruppe. Utfallsvariablane som vart studert i denne metaanalysen, var depresjon, angst, PTSD, internaliserande og eksternaliserande forstyrringar og suicidal åtferd. Kriteria som vart nytta for å vurdere grad av evidens i denne metastudien er skildra i *Guide to Community Preventive Services* (Briss et al., 2000; Zaza et al., 2000)

Litteraturoversikt

Ni litteraturoversiktart vart inkluderte i studien. Desse studiane er ulike både i forhold til kva målgruppe dei handsamar, samt i valet av metode for å gjera dette. Når det kjem til definering av målgruppene, finn ein at to studiar ser på intervensjonar for traumeutsette born (Stallard, 2006; Vostanis, 2004), medan to andre tematiserer barnemishandling og behandling av denne gruppa (Lawson, 2009; Shipman & Taussig, 2009). Cohen, Mannarino, Murray et al. (2006) ser i sin studie på mishandla og valdseksponeerte born og Vickerman & Margolin (2007) ser på born som har vore fysisk mishandla eller vore vitne til partnervald. I studien til Graham-Bermann & Hughes (2003) vert intervensjonar for born som har vore eksponerte for partnervald tematisert og Stover et

al. (2009) ser på ulike behandlingar for alle involverte partar i partnervald. Det er òg ein studie som ser på praksis og evidens for behandling av born som er vitne til vald i familien (Rivett et al., 2006).

Artiklane varierer òg i form. Tre av dei inkluderte artiklane er litteraturgjennomgangar av RCT-studiar (Cohen, Mannarino, Murray et al., 2006; Stallard, 2006; Stover et al., 2009). To av desse nyttar eit strukturert søk for innhentinga av litteraturen (Stallard, 2006; Stover et al., 2009), og kan slik sett definerast som systematiske litteraturgjennomgangar. Ein artikkel går gjennom litteratur på området som er publisert eit særskilt år (Vostanis, 2004). Denne artikkelen oppgjev ingen søkje-strategi. Vidare vart det inkludert fire oversiktsartiklar, som ikkje spesifiserer korleis litteraturen er innhenta (Lawson, 2009; Rivett et al., 2006; Shipman & Taussig, 2009; Vickerman & Margolin, 2007). Det er òg inkludert ein oversiktsstudie som presenterer tre av dei mest evaluerte behandlingsprogramma på området (Graham-Bermann & Hughes, 2003). Ut frå dette spekteret av metodologiske innfallsvinklar, vert omgrepet *litteraturoversikt* i det vidare nytta for å visa til desse studiane.

Resultata sett i lys av problemstillingar

Evidens for å driva gruppebehandlinga

Vostanis (2004) finn i sin litteraturgjennomgang at det i dei fleste intervensjonar for traumeutsette er nytta eit kognitivt åtferdsmessig rammeverk. Evaluerte intervensjonar for desse borna består vanlegvis av gruppebehandling med CBT. Desse intervensjonane viser lovande effekt (Vostanis, 2004). Gruppeformatet som intervensjonsmetode for å behandla born som har vore vitne til vald i familien, vert elles i liten grad diskutert i dei inkluderte artiklane. Lawson (2009) viser til at det er funne støtte for intervensjon versus ikkje-intervensjon for mishandla born. CBT og foreldrebaserte terapiar har her meir forskingsstøtte for effekt enn andre intervensjonar. Det er likevel ikkje evidens

som tilseier at dette rammeverket er meir effektivt i å redusera born sine vanskar enn andre konseptuelle rammeverk (Graham-Bermann & Hughes, 2003; Vostanis, 2004). Lawson (2009) viser til at ingen enkelt intervensjon er funnen som sannsynleg effektiv for alle typar born eller for alle typar mishandling. Det er ikkje undersøkt om samtidige intervensjonar har betre effekt enn enkelttiltak (Graham-Bermann & Hughes, 2003). Det er heller ikkje undersøkt om ulike typar pasientar har effekt av ulik behandling på dette feltet.

Silverman et al. (2008) fann i sin metastudie moderat støtte for behandling av traume hjå born og ungdomar. Statistisk signifikant behandlingseffekt vart berre funnen for PTSD-symptom for CBT-intervensjonar ($d = .50$) og intervensjonar for seksuelt misbrukte ($d = .46$). CBT vart funnen meir effektiv enn ikkje-CBT-intervensjonar til å redusera traumereaksjonar, depresjon, angst og eksternaliserande problemåttferd. CBT-intervensjonane var meir effektive i å redusera PTSD og depresjonssymptom hjå seksuelt mishandla born enn andre traume (Silverman et al., 2008). Whetington et al. (2008) fann i sin metaanalyse sterk støtte for at individuell behandling med CBT kan redusera psykologisk skade målt i reduksjon av utfallsvariablane nemnt over, hjå born og unge som framviser symptom etter traumeeksponering. Reduksjon i PTSD-symptom og angst var statistisk signifikante. Det vart funne at pasientar som var eksponerte for andre traume enn seksuelle overgrep, viste større effekt av behandling med individuell CBT. Når det kom til behandling i grupper med CBT rapporterer Whetington et al. om sterk støtte for betring i forhold til utfallsvariablane angst, depresjon og PTSD, som var dei nytta variablane i studiane. Begge formene for behandling viste størst effekt når dei var målte opp mot ei kontrollgruppe som ikkje fekk behandling, heller enn ei anna behandlingsgruppe. Det var ikkje tilstrekkeleg evidens til å kunna vurdere om

leiketerapi, kunstterapi, farmakologisk terapi, psykodynamisk terapi eller psykologisk debriefing er effektive behandlingsformer.

Når det kjem til utfalla av dei inkluderte primære utfallsstudiane, viser samtlege til positive utfall ut frå dei ulike utfallsmåla som vart nytta. For å gjera resultatane tydelegare vert dei i det følgjande presentert etter dei utfallsvariablane som vart målt.

Haldningar til vald.

Seks av studiane viser til ei positiv utvikling når det kjem til haldningar til vald (Ernst et al., 2008; Graham-Bermann et al., 2007; Marshall et al., 1995; Peled & Edleson, 1992; Sudermann et al., 2000; Wagar & Rodway, 1995). Graham-Bermann et al. (2007) fann òg ein signifikant til moderat effekt av haldningsendring, men berre hjå dei borna som fekk behandling parallelt med mødrene sine. Åtte månader etter avslutta behandling vart det funne ei større oppretthalding av haldningsendringane hjå borna som hadde mødrer som fekk parallell behandling (Graham-Bermann et al., 2007). Borna som fekk behandling aleine, viste med stor effekt å ha utvikla meir skadelege haldningar til vald over tid, enn gruppa som hadde mødrer som fekk behandling.

Eksternaliserande vanskar.

Det vart funne ein større prosentvis reduksjon av born som låg i klinisk grensenivå på eksternaliserande vanskar frå før- til ettermålingar mellom borna som fekk behandling parallelt med mødrene sine, enn kva som var tilfelle mellom borna som fekk behandling aleine og borna i kontrollgruppa (Graham-Bermann et al., 2007). Reduksjonen var på 48% i gruppa med born og mødrer, og 28% hjå borna som fekk behandling aleine. Kontrollgruppa viste ingen signifikant endring på denne variabelen. Når det kom til reduksjon av eksternaliserande vanskar samla sett, vart det funne at borna som fekk behandling parallelt med mødrene viste ein liten effekt i å redusera eksternaliserande vanskar. Borna som fekk behandling aleine, viste derimot ikkje betre resultat enn

ventelistegruppa. Åtte månader etter avslutta behandling fann ein ein signifikant reduksjon i forhold til det prosentvise talet på born som låg i klinisk grensenivå på eksternaliserande vanskar hjå mor-barn gruppa. Den observerte reduksjonen var på 79%. Ingen signifikant reduksjon var funnen hjå gruppa born som mottok behandling aleine. Når det gjaldt eksternaliserande symptom, fann Graham-Bermann et al. (2007) ein moderat effekt for at borna som fekk behandling parallelt med mødrene sine heldt fram med å visa ei signifikant betring, sett i forhold til gruppa der berre borna fekk behandling.

Internaliserande vanskar.

Graham-Bermann et al. fann størst prosentvis reduksjon på born som låg i klinisk grensenivå på internaliserande vanskar frå før- til ettermålingar i gruppa som fekk behandling parallelt med mødrene sine. Reduksjonane for desse borna var 65%, medan den for borna som mottok behandling aleine var 35% og for kontrollgruppa 24%. Når det kom til symptom på internaliserande vanskar, viste ventelistegruppa ein liten effekt, noko som var ei større betring enn begge behandlingsgruppene hadde. Ein studie (Pepler et al., 2000) viste signifikant betring i depresjon og angst gjennom behandlinga. Den same studien viste gjennom foreldrerapporteringar ei betring av emosjonelle og åtferdsmessige vanskar (Pepler et al., 2000). Stein et al. (2003) fann ein nedgang i sjølvrapporterte symptom på depresjon etter avslutta behandling ($SD = 0.45$). Desse målingane var stabile etter tre månader. Cohen, Mannarino, Murray et al. (2006) viser i sin litteraturoversikt til at TF-CBT er funnen meir effektiv enn andre behandlingsformer i å redusera symptom på depresjon, på tvers av traumbakgrunn.

PTSD.

Stein et al. (2003) fann signifikant lågare sjølvrapporterte symptom på PTSD hjå behandla gruppe enn hjå kontrollgruppa ($SD = 1.08$). Målingane var stabile etter tre

månader. Dette var den einaste av dei primære utfallsstudiane som testa for denne utfallsvariabelen.

Andre utfallsvariablar.

Seks av studiane viser til ei positiv utvikling når det kjem til eit generelt utbytte av det psykoedukative innhaldet i gruppene (Ernst et al., 2008; Graham-Bermann et al., 2007; Marshall et al., 1995; Peled & Edleson, 1992; Sudermann et al., 2000; Wagar & Rodway, 1995). Sullivan et al. (2002) fann at borna som hadde motteke intervensjonen som inneheld rådgjevande oppfølging av mor og barn i 16 veker, samt 10-veker i barnegruppe, rapporterte ei signifikant høgare vurdering av eigen kompetanse og velvære ($F = 2.30, p < .01$). Etter fire månader rapporterte denne gruppa oppretthaldne skårer. Kontrollgruppa viste betring frå før- til ettermåling, men deretter eit tilbakefall mot symptomnivået som var tilstades før behandling. Signifikant færre born frå den eksperimentelle gruppa var i dagleg kontakt med valdsutøvar fire månader etter avslutta behandling, enn kva ein fann hjå kontrollgruppa (11,1% mot 27,3%).

Stein et al. (2003) fann at foreldre rapporterte nedgang i psykososial dysfunksjon hjå dei behandla borna ($SD = 0.77$). Lærarar rapporterte ikkje om signifikant endring i åtferda som var framsynt i klasserommet. Begge desse målingane var stabile etter tre månader.

Sideeffektar.

Den kvalitative studien (Peled & Edleson, 1992) viste at gruppebehandlinga ikkje berre hadde positive effektar, men at familiane òg rapporterte om utfordrande situasjonar i heimen under borna si behandling. Mellom anna kunne borna testa ut nye kunnskapar og utfordra foreldra sine på nye måtar. Borna viste generelt fleire kjensler heime, noko som òg var utfordrande for somme familiar. Konfidensialiteten i gruppa hadde på somme foreldre den effekten at dei kjende seg utestengde frå det som føregjekk i

gruppene, og dermed også frå det som skjedde med borna deira (Peled & Edleson, 1992).

Verknadsmekanismar

Ingen av dei primære utfallsstudiane tek opp spørsmålet om kva for verknadsmekanismar som er aktive i behandlinga. Silverman et al. (2008) påpeikar i metastudien at ein enno ikkje veit kva slags verknadsmekanismar som gjer seg gjeldande i behandlingane som vert vurdert som effektive, og at dette so langt ikkje har vore undersøkt. I oversiktsartiklane kjem det fram at dette er ein generell mangel i litteraturen (Lawson, 2009; Stallard, 2006; Vickerman & Margolin, 2007). Cohen et al. (2006) framlegg at forklaringa til at TF-CBT er funnen effektiv i symptomreduksjon når det gjeld depresjon og PTSD på tvers av traumeerfaring, kan vera at behandlingsmodellen treff spesifikke samlingar av symptom, utviklingsnivå og/eller alvorsgrad av kroniske / ikkje-kroniske tilstandar, heller enn spesifikke traumeerfaringar.

Metastudiane undersøker ikkje spørsmålet om verknadsmekanismar.

Foreldrerolle

Dei primære utfallsstudiane kastar i liten grad lys over effekten av foreldreinkludering. Dei tematiserer heller ikkje foreldrerolla på nokon annan systematisk måte. Det er to unntak frå dette (Graham-Bermann et al., 2007; Pepler et al., 2000). Graham-Bermann et al. fann støtte for at borna som har mødrer som får parallell behandling, generelt viser større behandlingseffekt enn borna som mottok behandling aleine. Dette kom særskilt fram i forhold til oppretthaldinga av endra haldningar til vald i tida etter behandlinga var avslutta. Det vart òg ein større prosentvis reduksjon i talet born som låg i klinisk grensenivå både i forhold til eksternaliserande og internaliserande vanskar, og hjå borna som mottok behandling parallelt med mødrene. Pepler et al. fann derimot ingen effekt

på borna, målt i mor si oppfatting av barnet sine vanskar, ut frå kva grad mor har motteke behandling.

Metastudiane tematiserar ikkje foreldreinvolvering for denne gruppa born.

Rivett, Howarth & Harold (2006) viser til at det føreligg evidens som støttar teorien om at foreldrebehandling er effektiv i å hjelpa symptomreduksjon hjå born, men at foreldrebehandling aleine ikkje er tilstrekkeleg. Stover et al. (2009) finn at ei rekke behandlingar viser lovande effekt, men at det mellom desse er behandlingstilboda for barn og mødrer (saman eller parallelt) som viser dei beste resultatata. Graham-Bermann & Hughes (2003) hevdar på si side at det å inkludera støtte til mødrer med tanke på foreldrerolla deira, i tillegg til systematiske intervensjonar for borna, kan føra til ein reduksjon av vanskar etter eksponering for familievald. Stallard (2006) finn derimot i sin systematiske litteraturgjennomgang at den faktiske rolla til foreldre i behandling av traumeutsette, samt den potensielle påverknaden av foreldreinvolvering, er uklår. Vidare kjem det fram at foreldreinvolvering i behandling av traumeutsette i all hovudsak har fokusert på mor. Sjølv om involvering av foreldre i TF-CBT er tilrådd, er effekten på borna sine posttraumatiske symptom tilsynelatande minimale. Studiane indikerer òg at positive forbetringar i fungering hjå born kan finna stad utan foreldreinvolvering (Stallard, 2006).

Drøfting

Oppsummering av resultatata

Den føreliggande litteraturstudien tok utgangspunkt i å undersøkje kva evidens som ligg føre for å driva gruppebehandling basert på CBT, for born som er vitne til vald i familien. Enkeltstudiar viser lovande resultat, med signifikante endringar på ei rekke utfallsvariablar. Effektmål for observerte endringar er berre oppgjeve i ein studie. Her vert det dokumentert ein liten til moderat effekt. Grunna variasjonar i ei rekke

dimensjonar som ulik bruk av utfallsvariablar, utfallsmål, ulikt innhald i den tilbydde behandlinga, varierende bruk av kontrollgrupper og små utval, er det vanskeleg å trekka eintydige slutningar frå resultatata.

Borna og foreldra som har delteke i dei ulike studiane, gjev generelt positive tilbakemeldingar om tilbodet. Samtidig vert det gjennom evalueringane formidla ei opplevd betring hjå borna, både i forhold til haldningsendringar, utbytte av psykoedukasjon og reduksjon av eksternaliserande og internaliserande symptom.

Resultata frå den føreliggande studien viser at det manglar forskingsgrunnlag for å kunna samanlikna effekten av gruppe- og individualterapi for born som er vitne til vald i familien. Den viser òg at det ikkje føreligg evidens for om CBT-intervensjonar er meir effektive enn andre typar intervensjonar når det kjem til å behandla denne gruppa. Det kjem derimot fram at det føreligg meir forskning på intervensjonar som er baserte på CBT enn på andre typar intervensjonar.

Studien viser at det ikkje er undersøkt kva verknadsmekanismar som er aktive i behandlinga. Følgjeleg veit ein ikkje kvifor behandlinga er verkar, eller om enkelte delar av behandlinga er meir sentrale enn andre. Resultata frå denne studien viser at det er behov for studiar som kan kasta lys over begge desse spørsmåla.

Resultata viser òg at foreldrerolla i behandlinga av born som har vore vitne til vald i familien ikkje har blitt tematisert eller evaluert systematisk. Enkeltståande funn viser til at parallell behandling av mødrer og barn gjev betre utfall hjå borna, både på kortare og lengre sikt når det kjem til eksternaliserande og internaliserande vanskar, samt haldningsendringar. Det er òg funne at foreldreinvolvering har minimal effekt på posttraumatiske symptom hjå borna. Ingen studiar har samanlikna effekt av behandling ut frå ulike typar foreldreintervensjonar.

Metodologiske utfordringar

Ei rekke forhold er sentrale for å vurdere tyngda av forskingsresultat og for vurderinga av om resultatet kan generaliserast til å gjelda for andre populasjonar. Det vil i det følgjande bli gjort greie for somme sentrale metodologisk svake sider ved dei primære utfallsstudiane og metastudiane som er inkluderte i den føreliggande studien.

På bakgrunn av omfanget ved denne oppgåva, vert ikkje utfallsstudiane som ligg til grunn for metastudiane gjennomgått i same grad som dei primære utfallsstudiane i denne studien. Av same grunn vil ikkje litteraturoversiktane bli gjennomgått i det følgjande. Somme sentrale metodologiske svakheter vil likevel bli diskutert og eksemplifisert ut frå litteraturoversiktane som føreligg. Dette vert gjort under avsnittet *Svakheter ved litteraturoversiktane* s. 71.

Definisjonar av målgruppa

Omgrepsvaliditet, òg kalla definisjonsmessig validitet, er eit mål på i kva grad ein måler det ein faktisk har tenkt å måla. At operasjonaliseringane samsvarer med dei teoretiske definisjonane på omgrepa, er avgjerande for validiteten ved ein studie. I tillegg til å vite kva ein måler, er det viktig å vite kva slags pasientgruppe ein undersøker. Her er defineringa av målgruppa sentral. Når studiar skal samanliknast, er det viktig at dei same operasjonaliseringane er nytta for dei same omgrepa. Om ikkje, er det ein redusert samanlikningsgrunn eller ikkje samanlikningsgrunn i det heile.

Borna som er inkluderte i dei primære utfallsstudiane, har blitt inkluderte i behandlinga basert på ulike definisjonar av målgruppa. I enkelte av desse studiane kvalifiserer borna til behandling dersom mor har vore utsett for vald frå partnaren sin (Graham-Bermann et al., 2007; Peled & Edleson, 1992; Sudermann et al., 2000; Sullivan et al., 2002). Denne operasjonaliseringa av born som er vitne til vald i familien, er lite spesifiserande i forhold til kva valdsopplevingar borna har. Den ekskluderer

dessutan born som har opplevd at mor er valdsutøvar. Andre inkluderte primære utfallsstudiar oppgjev ikkje kven i familien som utøver valden (Ernst et al., 2008; Marshall et al., 1995; Pepler et al., 2000; Wagar & Rodway, 1995).

Dei fleste primære utfallsstudiane har ikkje sett kriterium for kva type valdserfaringar borna som er inkluderte har, verken i forhold til omfang, frekvens, kva måte barnet har vore involvert/vitne til valden. To studiar utgjer unntak frå dette. Hjø Wagar & Rodway (1995) vert det sett som kriterium at borna skal ha høyrte eller sett valden mot mor. I studien til Stein et al. (2003) vert det sett endå fleire kriterium: Borna skal ha ei substansiell valdserfaring, definert som det å vera vitne til, eller offer for, vald som involverer kniv/skytevåpen, eller, ha ein skåre > 6 på *Life Events Scale* som stammar frå tre eller fleire valdsepisodar, og symptom på PTSD. Born som vert vurderte å ha ei åtferd som vil vera forstyrrende i forhold til å gjennomføra gruppebehandlinga, vart ekskluderte. I denne siste studien vert det ikkje gjort klart om valden som borna oppgjev å ha opplevd kan ha skjedd heime, eller om det utelukkande er snakk om andre typar valdsepisodar. Det vert i artikkelen oppgjeve at ei rekke spørsmål som tematiserte vald i heimen, vart fjerna etter førespurnad frå personale ved skulen der behandlinga fann stad. Det vert derimot ikkje opplyst korvidt ein fjerna *alle* spørsmål om familievald, eller om dei andre spørsmåla som vart nytta i kartlegginga ekskluderte familievald. Studien vart likevel inkludert, men forskjellen i operasjonalisering svekker samanlikningsgrunnlaget til dei andre studiane, samt både indre og ytre validitet, då studien inkluderer andre valdserfaringar. Det har i etterkant komme fram at enkelte studiar refererer til denne studien som ein studie på samfunnsvald (Cohen, Mannarino, Murray et al., 2006; Vostanis, 2004) og andre refererer til den som ein studie på (uspesifisert) vald (Silverman et al., 2008).

Ingen av dei primære utfallsstudiane ekskluderer born som fysisk er utsette for vald. Berre i tre av studiane er det registrert kva for valdserfaringar borna har (Graham-Bermann et al., 2007; Peled & Edleson, 1992; Sullivan et al., 2002). Ingen av dei primære utfallsstudiane vurderer resultatane opp mot dei ulike valdserfaringane borna har. På denne måten er den forskingsbaserte kunnskapen om born som er vitne til vald i familien, *forstyrra* av data frå born som har andre valdserfaringar.

Omgrepsvaliditeten i fleire av dei primære utfallsstudiane kan ut frå dette vurderast som låg. Kombinert med den ulike operasjonaliseringa mellom desse studiane, vert det dermed vanskeleg å trekka valide slutningar.

At det er inkludert to metastudier som rettar seg mot behandling av alle typar traumeutsette born, heller enn den undergruppa som er fokus for den føreliggande studien, kompliserer biletet ytterlegare. I desse studiane er målgruppa definert som traumeutsette, noko som inkluderer både born med enkeltstående traumeerfaringar, samt born som har meir komplekse traumbakgrunnar, slik born som er vitne til vald i familien er eit døme på. Studiane som ligg bak desse metastudiane varierer i forhold til kva målgruppe dei er retta mot. Somme er retta mot alle grupper traumeutsette, medan andre er retta mot born med spesifikke traumeerfaringar. Ei hovudvekt av studiane er retta mot seksuelt misbrukte born. I metastudien til Silverman et al. (2008) vert dette reflektert mellom dei 21 inkluderte studiane, samt to studiar som er inkluderte i statistikken som forgjengarar til andre studiar på følgjande måte: Studiar retta mot seksuelt misbrukte born (13), born som har opplevd vald (3), fysisk mishandling / omsorgssvikt (2), partnervald (1), bilulukke (1), orkan (1), fysisk mishandling (1) og enkeltstående traume (1). Då det ikkje er undersøkt om behandling for ein type traume vil vera effektivt for ein annan, og sidan resultatane frå desse studiane måler noko anna

enn behandlingseffekt hjå born som er vitne til vald i familien aleine, er det ikkje mogleg å gjera noka direkte samanlikning mellom resultatane frå studiane.

Utfallsvariablar og utfallsmål

Dei primære utfallsstudiane varierer med tanke på kva utfallsvariablar dei nyttar for å vurdera effekt, samt kva utfallsmål som vert nytta for å måla denne. Også dette er ein faktor som gjer samanlikning mellom studiane vanskeleg. Éin studie ser i hovudsak på PTSD som utfallsvariabel (Stein et al., 2003), men inkluderer òg depresjon, foreldrerapportert psykososial dysfungering og lærarrapportert åtferd i klasserommet. Ein annan studie ser på utfallsvariablane eksternaliserande og internaliserande vanskar (Graham-Bermann et al., 2007), medan nok ein studie ser på det som vert definert som åtferdsmessig, sosial og emosjonell tilpassing (Pepler et al., 2000). Den siste nyttar mellom anna utfallsvariablane angst, depresjon og åtferdsvanskar. Fem studiar ser på det edukative utbyttet av gruppebehandlinga (Ernst et al., 2008; Marshall et al., 1995; Peled & Edleson, 1992; Sudermann et al., 2000; Wagar & Rodway, 1995). Ingen av studiane nyttar same utfallsmål, med unntak av to studiar som begge nyttar Child Depression Inventory (CDI) som eitt av fleire utfallsmål (Pepler et al., 2000; Stein et al., 2003). Den varierende bruken av utfallsvariablar i dei primære utfallsstudiane, vitnar om at det kan vera ulike tankar om kva som er viktig å studera innan feltet. Den manglande systematikken i bruk av utfallsmål gjer data frå studiane lite eigna for samanlikning.

Metastudiane reflekterer ein noko annleis situasjon. På traumefeltet vert det vanlegvis testa for effekt på PTSD-symptom, men utfallsvariablar som mellom anna angst, depresjon og åtferdsvanskar er òg vanleg å undersøka for effekt. Ulike utfallsmål vert nytta også her, men det ser ut til å råda ei større semje på traumefeltet om kva slags mål som kan nyttast. I tillegg er fleire standardiserte mål utvikla og tilgjengelege.

Utvala

Utvala i dei primære utfallsstudiane varierte i storleik (N= 30-181), men dei fleste utvala hadde mellom 30 og 50 deltakarar, noko som er eit relativt lite tal i denne samanhengen. Små utval svekker ytre validitet, og gjer det vanskeleg og generalisera til populasjonen.

Fire av dei ni inkluderte primære utfallsstudiane er RCT-studiar (Graham-Bermann et al., 2007; Stein et al., 2003; Sullivan et al., 2002; Wagar & Rodway, 1995). RCT-studiar er sentrale for å kunna vurderera tiltakseffekt, då det vert kontrollert for tilfeldige endringar som skuldast tredjevariablar. Ved å måla resultatata opp mot ei samanlikningsgruppe, kan det vurderast om endringar skjer på bakgrunn av tiltaket som er satt i verk, eller om endringane skjer uavhengig av tiltak.

Dei resterande fem utfallsstudiane nytta ikkje noka form for kontrollgruppe, men nytta før- og ettermål aleine. Desse studiane har ein klårt lågare indre validitet, då det ikkje er sikkert om eventuelle endringar faktisk skjer som ein konsekvens av tiltaket. Ei rekke tredjevariablar vil kunna føra til endring, og ofte vil tid aleine vera ein tredjevariabel som endrar tilstandsbiletet.

I dei studiane der det vert nytta kontrollgrupper, vert det i fleste tilfelle nytta kontrollgrupper i form av venteliste. Det vil seia at dei skal få same behandling på eit seinare tidspunkt. Sjølv om bruken av slike kontrollgrupper viser effekt av tiltak målt opp mot ingen tiltak i det heile, seier denne måten å testa effekt lite om kor optimal intervensjonen er i forhold til alternative intervensjonar. Berre ein av utfallsstudiane testa utfall av to ulike behandlingsintervensjonar. For å utvikla intervensjonsformer som i størst mogleg grad er effektive, vil det vera viktig å vurderera effekten av tiltaket opp mot andre tiltak, i ein større grad enn det som til no er gjort. Den forskingsmessige

situasjonen gjer at det heller ikkje er gjennomført randomiserte kontrollstudiar vedkomande behandling av born som har vore vitne til vald.

Også metastudiane er baserte på utfallsstudiar med varierende utvalsstorleik. Talet deltakarar i gruppebehandlingane som ligg til grunn for studien til Wethington et al. (2008) varierte mellom 26 og 198. Dei fleste utvala var likevel mellom 40 og 60. Metastudien til Silverman et al. (2008) er basert på RCT-studiar, medan Wethington et al. inkluderer studiar utan tilfeldig fordeling. Det vil seia at resultata som føreligg i metaanalysen til Wethington et al. av denne grunn ikkje har ein like stor indre validitet som resultata som framkjem i Silverman et al. sin analyse. Ein faktor som påverkar dette biletet, er at dei fleste studiane som tematiserer CBT-behandlingar i Wethington et al. sin studie, faktisk er RCT-studiar. Ein tydeleg oversikt over dette framkjem ikkje i metastudien.

Dimensjonar ved intervensjonane

Intervensjonane som er gjevne i dei ulike primære utfallsstudiane varierer på ei rekke variablar, mellom anna i forhold til innhaldet i intervensjonane, omfanget av behandlingstilbodet, behandlingsslengde, gruppestorleik og borna sin alder. Alle intervensjonane i dei primære utfallsstudiane var gruppebehandlingar som tok utgangspunkt i prinsipp frå CBT som til dømes psykoedukasjon, differensiering mellom kjensler og bruk av øvingar. I tillegg hadde alle intervensjonane eit fokus på vald og valdsrelaterte tema. Dei ni utfallsstudiane varierer i spesifikk metode, og ingen nyttar den same manualiserte behandlinga med eit unntak (Sudermann et al., 2000; Wagar & Rodway, 1995). I kva grad behandlingsprogramma er baserte på ein manual/retteleiar, er òg uklårt i fleire av studiane.

Omfanget av tilbydde tiltak til pasientane varierer. I fire av studiane var gruppebehandling einaste intervensjon (Marshall et al., 1995; Pepler et al., 2000;

Sudermann et al., 2000; Wagar & Rodway, 1995), medan det i dei andre studiane vart gjeve gruppebehandling som del av eit større tiltak. Her vart det tilbydd rådgjevande og praktisk retta oppfølging av mor og barn over tre månadar (Sullivan et al., 2002), avsluttande familietimar på slutten av behandlingsperioden (Peled & Edleson, 1992), ein individuell behandlingstime i løpet av behandlingsperioden (Stein et al., 2003), samt individuelt tilpassa behandling der gruppebehandling var eit vanleg tiltak i kombinasjon med mange andre (Ernst et al., 2008). I ein studie vart den eine behandlingsgruppa tilbydd gruppebehandling aleine medan den andre fekk parallell behandling av mødrer og born (Graham-Bermann et al., 2007).

Behandlingstida i dei inkluderte primære utfallsstudiane var med eit unntak (Ernst et al., 2008) 10 veker med ein sesjon i veka. Lengda på sesjonane var med eit unntak (Stein et al., 2003) ikkje oppgjeve eller ikkje fastsett.

Dei primære utfallsstudiane varierer i nokon grad i forhold til kva gruppestorleik dei har nytta. I fem studiar vert det nytta gruppestorleikar med spenn frå 4-8 born per gruppe (Graham-Bermann et al., 2007; Peled & Edleson, 1992; Pepler et al., 2000; Stein et al., 2003; Sudermann et al., 2000). I dei fire andre studiane vert det ikkje oppgjeve kor mange born som vart inkluderte i kvar gruppe (Ernst et al., 2008; Marshall et al., 1995; Sullivan et al., 2002; Wagar & Rodway, 1995).

Studiane varierer også i forhold til kva aldersgruppe dei er retta mot. Totalt er aldersspennet frå 3-17 år, men dei fleste av studiane er retta mot born 6-13 år. Fleire av studiane administrerte grupper for born i ulike aldrar. I fem studiar vert det nytta ei aldersinndeling med eit aldersspenn på 2-3 år (Graham-Bermann et al., 2007; Marshall et al., 1995; Peled & Edleson, 1992; Sudermann et al., 2000; Wagar & Rodway, 1995). Tre av studiane oppgjev ikkje kva slags, om noka, aldersdifferensiering som vart nytta (Ernst et al., 2008; Pepler et al., 2000; Sullivan et al., 2002).

Metaanalysane reflekterer òg denne situasjonen der CBT-intervensjonar vert samanlikna og sidestilte, på trass av relativt store forskjellar i faktisk intervensjon. I Wethington et al. (2008) kjem dette fram til dømes ved at behandlingar beståande av EMDR aleine vert kategoriserte som ein CBT-intervensjon. I same metastudien ser ein òg variasjonar i behandlingsomfanget, frå ein til ti behandlingar. I studien til Silverman et al. (2008) finn ein at talet på behandlingar varierer mellom ein og femti. Når det kjem til kva behandlingar som vert vurderte som CBT i denne studien, vert det i hovudsak skilt mellom to ulike hovudgrupper av intervensjonar: CBT og ikkje-CBT.

Oppfølgingsperiode

Før- og ettermålingar er ein vanleg måte å måla eventuell endring. I kombinasjon med bruk av kontrollgruppe og ei tilfeldig fordeling til desse, kan målingane gje ein peikepinn på behandlingseffekt. Før- og ettermålingar seier derimot ikkje noko om i kva grad desse endringane er varige. Kva er effekten av behandlinga etter at borna og eventuelt familien ikkje lenger har eit tilbod? Tre av dei ni primære utfallsstudiane nytta oppfølgingsstudiar til å undersøkje dette. Oppfølgingsmålingane vart gjort etter relativt kort tid i alle tre studiane (tre, fire og åtte månader etter avslutta behandling). På desse tidspunkta fann ein at dei signifikante endringane som vart registrerte etter behandlinga, var oppretthaldne. I kva grad dette er endringar som vil vera stabile over lengre tid, er likevel uvisst.

Metastudiane tok utgangspunkt i utfallsstudiar som nytta før- og ettermålingar. Også i desse studiane var det ein varierande bruk av oppfølgingsstudiar, men somme av desse studiane rapporterte om oppfølgingsmålingar fleire år etter behandlinga var avslutta. Ein studie retta mot seksuelt misbrukte born som er inkludert i metaanalysen til Wethington et al. (2008), viste at effekten av behandlinga ikkje fann stad før eit år eller

meir etter avslutta behandling. Det vart òg funne at denne positive endringa ikkje vart svekka med tida.

Effekt mål

Dei inkluderte primære utfallsstudiane representerer ulike typar studiar. Ulike studieformat reflekterer til at dei studiane tek føre seg å undersøkje ulike fenomen. Av desse primære utfallsstudiane er det berre ein studie som oppgjev effektstorleik på dei observerte, signifikante endringane etter behandling (Graham-Bermann et al., 2007). Her vert det funne ein liten til moderat effekt.

Metastudien er ei analyseform som integrerer effektar frå dei enkelte utfallsstudiane og gjev eit estimat på samla gjennomsnittseffekt. For å vurdere samla gjennomsnittseffekt ved studiar som nyttar ulike utfallsmål, vert det ofte estimert ein standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD). SMD kan definerast som forskjellen mellom gjennomsnitta, delt på standardavviket (The Cochrane Collaboration). Ved å nytta denne statistiske metoden, kan ein omgjera ulike mål til ein felles skala, målt i einingar av standardavvik. Ein vanleg måte å oppgje SMD på, er å nytta *Cohen's d*. Ein annan nytta og liknande skala er *Hedge's g*, der det i tillegg vert teke omsyn til små utval. Metastudien til Silverman et al. (2008) nyttar seg av den fyrstnemnde, medan Wethington et al. (2008) oppgjev sine mål i *g*-verdi.

Silverman et al. testa i sin studie om typen behandling verka som ein modererande variabel på behandlingseffekt. Dette vart gjort ved å samanlikna studiane som nytta CBT med studiar som nytta andre behandlingsintervensjonar. Resultata tyder på at CBT-intervensjonar har ein opp mot moderat effekt på reduksjon av PTSD-symptom ($d=.50$). Dette resultatet var signifikant betre enn studiar som var baserte på andre typar intervensjonar, som ikkje viste effekt ($d= .19$). Effekten på depresjon var for CBT-intervensjonane liten ($d = .29$) medan det ikkje vart funnen ein effekt for

intervensjonane som ikkje nytta CBT ($d = .08$). Òg for åtferdsvanskar viste CBT-intervensjonane seg meir effektive enn samanlikningsgruppa (.24 mot .02). Denne effekten vert vurdert som liten. Samla vart det funne at effektstorleiken var den same om CBT vart testa mot kontrollgrupper på venteliste eller mot kontrollgrupper som fekk ei anna type behandling. Dette var ikkje i tråd med resultatata frå Wethington et al. (2008), som fann at effekten var høgare når CBT-behandlinga vart målt opp mot kontrollgrupper på venteliste, enn når målt mot anna behandling.

Metaanalysen til Wethington et al. viser til at dei samla effektmåla for studiane som var baserte på gruppebehandling med CBT, gjekk i ønska retning for alle dei studerte utfallsvariablane (angst, depresjon og PTSD). Testar av randomisert effekt av SMD viste variasjon frå -0.37 til -0.56 standardavvik. Effektane for gruppe-CBT var størst når samanlikna med ingen behandling. *Fail safe N*-verdien var på 2. Det vil seia at det berre trengst to ikkje-signifikante studiar for å redusera effektstorleiken til ein ikkje-signifikant verdi. Dette tydeleggjer at ein bør vera forsiktig med å akseptera validiteten ved effektstorleiken som er gjeven.

Foreldrerolla

Dei to studiane som tematiserte foreldrerolla viste motstridande funn. Funna til Pepler et al. (2000) om manglande effekt ut frå mor si deltaking, var ikkje basert på utfall hjå barnet. Snarare var det mor si skildring av barnet som vart nytta som mål. Dette betyr at mor si eventuelle deltaking i foreldregrupper, ikkje gjorde at ho oppfatta barnet sitt annleis enn mødrer som ikkje deltok i behandling. Denne studien nytta heller ikkje randomisert seleksjon til dei ulike behandlingsintervensjonane. Difor veit ein ikkje om den observerte effekten er valid.

Graham-Bermann et al. (2007) fann ei generell støtte for å involvera mor i behandlinga av borna, heller enn å tilby borna behandling aleine. Resultata tydar òg på

at borna sine haldningar til vald kan verta påverka av mødrene, då oppfølgingsmålingane viste mindre reduksjon i haldningsendring hjå denne gruppa enn hjå gruppa der berre borna fekk behandling. Funna til Graham-Bermann et al. er i større grad enn mange av dei andre inkluderte primære utfallsstudiane, baserte på systematiske forskingsmetodar. Somme metodiske utfordringar er knytt til også denne studien. Mellom anna var det mødrene sjølve som rapporterte endring i eksternaliserande og internaliserande vanskar hjå barnet. Dette gjer at ein ikkje kan utelukka at det å behandla mor fører til at mor vurderar barnet annleis, heller enn at barnet sine vanskar vert reduserte. For å kunna kontrollera for dette er det naudsynt å nytta rapportar frå ein ekstern part. Når det derimot kom til måling av haldningsendringar, var det borna sjølve som rapporterte. Den største effekten vart funnen akkurat i forhold til haldningsendringar, der borna som hadde involverte mødrer viste at dei på oppfølgingstidspunktet i mykje større grad enn samanlikningsgruppene, viste ei oppretthalden haldningsendring.

Metodiske svakheter ved litteraturoversiktane

CBT og foreldrebasert behandling vart i fleire av studiane framheva som den mest dokumenterte effektive intervensjonsmetoden både for mishandla og traumeutsette born (t.d. Lawson, 2009; Vostanis, 2004). Dei fleste utfallsstudiane som ligg til grunn for desse funna er gjort på seksuelt mishandla born (Lawson, 2009; Stallard, 2006). Dette gjer det vanskeleg å trekkja konklusjonar om effektivitet utover denne målgruppa. Som tidlegare nemnt var dei inkluderte litteraturoversiktane retta mot ulike målgrupper, med ulike definisjonar av desse. Dette er òg ein faktor som gjer resultatata vanskelege å overføra til kvarandre, og igjen generalisera. Vostanis (2004) poengterer at sjølv om CBT er den vanlegaste og mest studerte forma for traumeutsette born, betyr ikkje dette at den er optimal. Vostanis etterlyser komparative studiar, som kan undersøkje effekten

av andre behandlingsformer i forhold til effekten av CBT. Dette er so langt ikkje systematisk gjort.

Også i litteraturoversiktane, vert det vist til eit varierende innhald i dei ulike behandlingstilboda. Stallard (2006) framhevar i sin studie at òg mellom intervensjonane som vert skildra som CBT-intervensjonar er det ein stor variasjon i innhaldet. På bakgrunn av dette kan ein ikkje utan vidare jamstilla intervensjonane.

I kva grad dei nytta utvala er representative for å predikera utfall hjå andre populasjonar er eit sentralt tema òg i dei inkluderte litteraturoversiktane. Mellom anna er effektiviteten av behandlingar for born som er utsette for familievald hovudsakeleg prøvd ut på dei borna som kjem i kontakt med krisesentra (Graham-Bermann & Hughes, 2003). Dette utgjer ikkje majoriteten av born som er vitne til vald i familien. Effektiviteten av behandling for denne store gruppa born er difor framleis svært lite utforska (Graham-Bermann & Hughes, 2003). Det kan tenkast at desse borna viser andre vanskar og treng ei anna type behandling, enn dei borna som lever på krisesenter. I tillegg til spørsmålet om i kva grad utvala er representative, er det òg grunn til å stilla spørsmål om utvala er store nok til å kunna overførast til andre populasjonar.

Stover et al. (2009) viser òg til at det er ein mangel på langtidsstudiar som vurderar effektivitet av behandling for born som er vitne til vald i familien.

I kva grad ein intervensjon som er effektiv for eit traume er effektiv for eit anna, er omdiskutert. Cohen et al. (2006) hevdar at å skilja mellom born som opplever ulike traume, er å skapa kunstige skilje mellom noko som kan visa seg å vera born frå same kohort. Stallard (2006) hevdar på si side at ei rekke faktorar skil mishandling frå enkeltståande ulukker/traume, slik som relasjonen mellom foreldre og barn, konfliktnivået og psykopatologi hjå dei involverte. Dette meiner han set spørsmål ved ei jamstilling av ulike traumeerfaringar, og behandlinga av desse.

Behovet for velutvikla, systematisk testa og evaluerte behandlingsprogram vert understreka i studiane.

Verknadsmekanismar

Fleire av artikkelforfattarane etterlyser dekonstruksjonsstudiar. Slike studiar er naudsynte for å finna ut om enkelte komponentar fører til spesifikke utfall, og slik sett vert meir viktige for somme pasientar enn andre (Vickerman & Margolin, 2007).

Studiane er òg naudsynte for å sjå om somme komponentar generelt er meir effektive enn andre (Stallard, 2006).

Foreldrerolla

Studiane rapporterer ulike funn når det kjem til kva rolle foreldreinvolvering har. Lite systematisk forskning er gjort på foreldreinvolvering på dette feltet. Særskilt gjeld dette i forhold til å studera effekten av ulike foreldreintervensjonar på born si fungering.

Stallard (2006) peikar på behovet for å finna ut kva den optimale foreldrerolla inneber.

Alternative forklaringar til funna

Å fortelja om vald i familien er for mange born knytt til å bryta lojaliteten med familien. Det kan difor vera vanskeleg å kartlegga kva som er den faktiske traumeerfaringa til det enkelte barnet. Forsking viser at denne gruppa born statistisk sett er svært utsette for sjølve å verta mishandla. Dette gjer at ein kan komma til å trekka konklusjonar om effekten av å vera vitne til vald, når det kanskje er effekten av å vera misbrukt som framkjem (Edleson, 1999).

Kor lenge det er sidan borna sist opplevde vald, kan tenkast å vera ein faktor som vil påverka korleis borna har det. Dei fleste inkluderte utfallsstudiane i denne studien oppgjev ikkje kor lenge det er sidan borna sist var vitne til vald, med tre unntak: To studiar oppgjev at somme av borna i gruppene framleis budde med valdsutøvar (Graham-Bermann et al., 2007; Sullivan et al., 2002) og ein studie var basert på eit tiltak

som rekrutterte born den same dagen som barnet opplevde valden (Ernst et al., 2008). Desse opplysingane vart derimot ikkje nytta til å rapportera om forskjellar mellom borna. Stallard (2006) viser til at det i hans oversiktsstudie ikkje er inkludert nokon born som har vore utsette for traume di løpet av den siste. Den manglande kunnskapen om når borna som deltek i behandlingane sist var vitne til vald er ein kompliserande faktor i forhold til å vurdera tiltakseffekt, då det kan tenkast at ”tid sidan episode” er ein faktor som i seg sjølv vil kunna påverka behandlingseffektivitet. Slik kan det òg tenkast at behandling av born som nyleg har opplevd vald vil kunna gje andre resultat enn born som har levd med tankane om episoden over lenger tid. Statistikken viser at mange av borna må leva med ein valdeleg forelder over tid, ofte også under og/eller etter gjennomført behandling.

At ein integrerer traumefokuset som gjeldande òg i forhold til born som har vore vitne til vald i familien, skapar ein aksept for at desse borna gjennomgår eit traume på lik line med andre traume (Vickerman & Margolin, 2007). Jamstillinga mellom familievald og andre traume, har ført til at behandlingar for andre typar traume vert nytta som metodar å behandla borna som er vitne til vald i familien. Cohen & Mannarino (2006) framlegg at det er sannsynleg at behandling som effektivt reduserer symptom hjå born som har vore eksponerte for eit traume, òg vil vera effektiv ved behandlinga av andre eller multiple traume. Denne påstanden er ikkje vitsskapeleg undersøkt, og Stover et al. (2009) finn at meir forskning er naudsynt for å svara på spørsmålet om kven som treng kva type behandling.

Mykje av forskinga på traumeutsette er gjort på bakgrunn av akutte traume (Vostanis, 2004). Kroniske traume, som det å vera vitne til familievald, involverer ei uavhengig, relatert eller sekundær belastning i form av endra livssituasjon og/eller miljømessige endringar. Å vera vitne til vald i familien kan for mange born føra til store

omveltingar, som til dømes skifte av bustad, familieoppløysing, flukt frå valdsutøvar, opphald på krisesenter, rettslege prosessar, høgt konfliktnivå mellom foreldre og/eller det å returnera til valdeleg forelder. Påverknaden slike tredjevariablar har på borna si psykososiale fungering har i liten grad vore studert (Vostanis, 2004).

Individuelle forskjellar i effekt av gruppebehandling er heller ikkje blitt studert. Til dømes responderte 16-40 % av borna i ein studie ikkje på behandling, men kvalifiserte framleis for PTSD-diagnose etter avslutta behandling (Stallard, 2006). Kva born som profitterer på behandling er altså enno uklårt. Studiar av born frå mindre støttande miljø og meir komplekse situasjonar er òg underrepresenterte. Korleis desse borna vil respondera på behandling er difor uvisst. Det kan tenkast at den kliniske populasjonen som ein vanlegvis møter i offentlege behandlingsinstansar, er born og ungdommar som har større vanskar enn utvalet som desse metodane har blitt prøvd ut på.

Svakhetar ved eigen studie

Litteratursøket som vart gjort, nytta eit avgrensa utval av omgrep. Fordi det ikkje er konsensus ved bruken av omgrepa som viser til born som er vitne til vald i familien, kan valet av omgrep ha ført til eit avgrensa omfang av litteratur som vart gjort tilgjengeleg.

Vurderinga av artiklar opp mot inklusjons- og eksklusjonskriterium vart gjort av underteikna aleine. Subjektive vurderingar, feilvurderingar og/eller feilbehandling kan soleis ha blitt gjort. Dersom to forfattarar gjennomførte prosessen uavhengig av kvarandre, vill studien hatt større intern validitet. Dette jamfør prinsippet om interrater reliabilitet. To individuelle prosessar ville gjort det mogleg å samanlikna vurderingar, og slik ha korrigert for eit svakt punkt ved studien.

Før studien vart gjennomført var inntrykket at kunnskapen i forhold til problemstillingane som er stilte i denne studien var meir utvikla. Når det etterkvart

skulle visa seg at feltet enno på sentrale punkt er umodent, kan ein stilla spørsmål ved val av problemstillingar. Desse er av ein karakter som langt på veg ikkje kan svarast på, ut frå situasjonen som føreligg. Slik sett kan ein sjå problemstillingane som *for* tidlege i høve til kor utvikla feltet er.

Kliniske implikasjonar

Effekten av behandlingsintervensjonar er i største grad viktig for klinisk praksis. Denne studien understrekar behovet for eit meir systematisk arbeid innan feltet for å sikra ei klår kunnskapsformidling. I ei tid med auka fokus på gruppa born som lever med vald i familien, både frå statleg og internasjonalt hald, er det viktig at dette fokuset vert retta mot å oppretta effektive tiltak for gruppa. Eitt av dei sentrale spørsmåla som forskinga ikkje har svara på so langt, er kva slags verknadsmekanismar som gjer seg gjeldande i behandlinga. Dette betyr at ein ikkje veit om enkelte delar av intervensjonen er meir sentrale enn andre, om behandlinga kan kortast ned utan å missa effekt, eller om enkelte born kan ha betre nytte av somme delar av behandlinga medan andre born vil profittera på andre. Å lokalisera aktive verknadsmekanismar er viktig moment for forståinga av vanskane born viser, likeins er det viktig for å kunna gjera lokale tilpassingar av behandlingsintervensjonar til spesifikke populasjonar. Eit anna viktig spørsmål som enno ikkje er svara på, er kva for effekt moderatorar som til dømes forhold ved dei enkelte borna har på utfallet av behandlinga.

Det store estimerte talet på born som er ramma av å vera vitne til vald i familien, gjer at ei større merksemd mot denne gruppa frå helsepersonell vert viktig. Familievald vert rekna som den største trusselen mot mentalhelse i USA, og førebyggingsstrategiar og tidleg intervensjon kan tenkast å vera svært avgjerande for å hindra utvikling av større psykiske vanskar hjå gruppa. I denne samanhengen vil det vera viktig at behandlarar på ein meir systematisk måte undersøker om pasientane vert / har vore

utsette for familievald. Det kan tenkast at mange born framviser symptom som følgje av å vera vitne til vald i familien, utan at desse trauma vert kartlagde og/eller behandla.

Prosjektet *Barn som lever med vold i familien*, og utgjevinga av *Ikke lenger alene* gjev ein unik sjanse til å i større grad, systematisk kunna forska vidare på desse utfordringane. Med jamleg tilfang av born og ein felles og skildra behandlingsmetode, opnar dette for å meir systematisk kunna kasta lys over spørsmål som so langt ikkje er blitt svara på.

Konklusjon

Denne studien har sett på kva evidens som ligg føre for å driva gruppebehandling med utgangspunkt i CBT, for born som er vitne til vald i familien. Resultata frå litteraturgjennomgangen gjev ikkje grunn til å konkludera om effekt av behandlinga, men skildrar korleis den noverande evidensen ikkje enno har kunna demonstrera om behandlinga er effektiv eller ikkje. Enkeltstudiar rapporterar lovande og statistisk signifikante resultat med liten til moderat effekt. Det er likevel ikkje mange nok velutforma studiar som undersøker effekten av gruppebehandling for denne gruppa born. Å nytta CBT i behandlinga av born som er vitne til vald er eit naturleg val, då metoden har vist effekt for liknande grupper på traumefeltet. Trass dette, gjenstår det framleis arbeid for å dokumentera om, og i so fall i kva grad, gruppebehandling basert på CBT er ein effektiv intervensjon i behandlinga av psykososiale vanskar hjå born som er vitne til vald i familien. Den føreliggande studien har peika på større metodologiske svake sider ved forskinga. Resultata viser variasjonar i mellom anna definisjon av målgruppa, innhaldet i intervensjonane og nytta utfallsmål. Dette gjer studiane vanskelege å samanlikna. Verknadsmekanismar i behandlinga, samt kva slags rolle foreldreinvolvering spelar i denne behandlinga, har ikkje blitt systematisk undersøkt.

Det er heller ikkje vist at CBT er ei intervensjonsform som er betre eigna enn andre behandlingsformer.

Mest av alt kastar denne studien lys over eit felt som treng meir systematisk forskning. Ut frå dei dokumenterte negative effektane det å vera vitne til vald kan ha på born, står det att eit viktig arbeid i å få kartlagt betre korleis ein effektivt kan møte denne gruppa i behandling. For å sikra at behandlingsintervensjonane i størst mogleg grad er tilpassa dei behova det einskilde barnet og familien har, bør framtidige undersøkingar i større grad differensiera mellom ulike grupper i denne populasjonen, samt undersøkje korleis ulikt omfang av foreldreinkludering påverkar effekt.

Dekonstruksjonsstudiar vil òg vera ein viktig måte å kunna systematisera behandlingseffekt, samt ein viktig måte å kunna tilpassa behandling til det enkelte barnet sine vanskar. At ulike traumeerfaringar krev same form for behandling har ikkje støtte i empiri. Om born som er vitne til vald i familien har særskilte vanskar som er unike for denne gruppa traumeutsette, er eit naturleg fokus for framtidig forskning.

Forskjellar i valdserfaringar og traumbakgrunn bør i større grad framkomma. Bruk av eit felles sett av standardiserte utfallsmål vil gjera det lettare å samanlikna ulike studiar. Forskinga svarar enno ikkje på kvar behandlinga bør rettast. Bør førebyggjande program bli tilbydd alle som har opplevd familievald, sjølv om dei ikkje viser symptom på vanskar? Gjev behandling større effekt før symptoma får manifestert seg? Korleis bør ein behandla born som har komplekse og multiple manifesteringar av symptom? Tilgangen på ein norsk manual og jamlege behandlingsgrupper for born som er vitne til vald i familien, gjer det mogleg at framtidig forskning i større grad kan svara på desse spørsmåla.

Appendiks

Detaljert søkjestrategi

Search: (((child*) AND (group therapy))) AND (((domestic violence) OR (intimate partner violence))) AND (((cbt*) OR ((witnessing violence))) OR (((trauma focused cognitive therapy) OR (trauma*))))

Tabell 1A

Tabell 1A: Inkluderte studiar

<i>Primære utfallsstudiar</i>	<i>Metastudier</i>	<i>Litteraturgjennomgangar</i>
Ernst et al. (2008)	Silverman et al. (2008)	Cohen & Mannarino (2006)
Graham-Bermann et al. (2007)	Wethington et al. (2008)	Graham-Bermann & Hughes (2003)
Marshall et al. (1995)		Lawson (2009)
Peled & Edleson (1992)		Rivett, Howarth & Harold (2006)
Pepler, Catallo & Moore (2000)		Shipman & Taussig (2009)
Stein et al. (2003)		Stallard (2006)
Sudermann, Marshall & Loosely (2000)		Stover, Meadows & Kaufman (2009)
Sullivan, Bybee, & Allen (2002)		Vickerman & Margolin (2007)
Wagar & Rodway (1995)		Vostanis (2004)

Tabell 2A

Tabell 2A: Ekskluderte artiklar og årsak til ekskludering

<i>Artikkelforfatter</i>	<i>Årsak til ekskludering</i>
Amaya-Jackson & DeRosa, 2007	Ikkje intervensjonsretta - implementering
Chadwick Center for Children & Families, 2004	Ikkje gruppeterapi for born som har vitna vald
Cohen, Mannarino, Berliner, & Deblinger, 2000	Ikkje gruppeterapi med born
DeRosa & Pelcovitz, 2009	Psykodynamisk tilnærming
Ellensweig-Tepper, 2000	Ikkje frivillig behandling
Ford, Fallot & Harris, 2009	Ikkje gruppeterapi med born
Graham-Berman, 2001	Ikkje intervensjonsretta- evalueringsretta.
Graham-Bermann, 2000	Ikkje intervensjonsretta – evalueringsretta.
Hughes & Barad, 1983	Ikkje intervensjonsretta
Kagan, Douglas, Hornik, & Kratz, 2008	Ikkje gruppeterapi med born
Lindell & Svedin, 2005	Ikkje intervensjonsretta – evalueringsretta.
MacMillan et al., 2009	Førebygging – ikkje behandling av valdsutsette
MacMillan et al., 2007	Ikkje intervensjonsretta.
McWhirter, 2008)	Ikkje gruppebehandling med born
McWhirter, 2008	Ikkje gruppebehandling med born
Neugebauer, 2003	Ikkje vitnskapleg arbeid/artikkel
Rappaport, 2003;	Ikkje vitnskapleg arbeid/artikkel
Schamess, Streider, & Connors, 1997	Ikkje intervensjonsretta – om implementering.
Scheeringa et al., 2007	Ikkje gruppebehandling med born
Smith et al., 2007	Ikkje gruppebehandling med born
Stevenson, 1999	Ikkje born som er vitne til vald
Weber, 2009	Fokus på akutte alvorlege psykiske vanskar
Wolfe & Jaffe, 2001	Førebygging – ikkje behandling av valdsutsette
Zimmerman, Wolbert, Burgess, & Hartman, 1987	Ikkje gruppebehandling med born

Referansar

- Alternativ til Vold, & Senter for Krisepsykologi. (2009). *Ikke lenger alene -Veileder i gruppebehandling av barn som lever med vold i familien*. Oslo.
- Amaya-Jackson, L., & DeRosa, R. R. (2007). Treatment Considerations for Clinicians Applying Evidence-Based Practice to Complex Presentations in Child Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 20*(4), 379-390.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Appel, A. E., & Holden, G. W. (1998). The Co-Occurrence of Spouse and Physical Child Abuse: A Review and Appraisal. *J Fam Psychol, 12*(4), 578-599.
- Arnell, A., & Ekbohm, I. (2006). *"och han sparkade mamma..." -Möte med barn som bevittnar våld i sina familjer* (2nd ed.). Malmö: Rädda Barnen.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice Hall.
- Barne- og familiedepartementet, (2005a) Ot.prp. nr. 103 (2004–2005) Om lov om endringer i barnelova mv., Oslo.
- Barne- og familiedepartementet, (2005b) Strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn (2005-2009), Oslo.
- Barne- og familiedepartementet, (2006) Veileder om barnevernets rolle ved mistanke om overgrep under samvær (Veileder Q-1121B), Oslo.
- Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., & von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect, 30*, 109-125.
- Briss, P. A., Zaza, S., Pappaioanou, M., Fielding, J., Wright-De Agüero, L. K., Truman, B. I., et al. (2000). Developing an Evidence-Based Guide to Community Preventive Services—Methods. *Am J Prev Med, 18*(1S), 35-43.

- Cannon, E. A., Bonomi, A. E., Anderson, M. L., & Rivara, F. P. (2009). The Intergenerational Transmission of Witnessing Intimate Partner Violence. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 163(8), 706-708.
- Cannon, E. A., Bonomi, A. E., Anderson, M. L., & Rivara, F. P. (2009). The Intergenerational Transmission of Witnessing Intimate Partner Violence. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 163(8), 706-708.
- Carpenter, G. L., & Stacks, A. M. (2009). Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 31, 831-839.
- Chadwick Center for Children & Families, (2004) Closing the quality chasm in child abuse treatment: Identifying and disseminating best practices, San Diego, CA (Kauffman Foundation).
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *J Consult Clin Psychol*, 66(1), 7-18.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1996). An Update on Empiric Validated Therapies [Electronic Version]. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18, from <http://www.apa.org/divisions/Div12/est/newrpt.pdf>
- 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 Behaviour*, 14, 313-322.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Deblinger, E. (2000). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: An Empirical Update. *J Interpers Violence*, 15(11), 1202-1223.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Cohen, J. A., 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.

- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (Eds.). (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents: The National Child Traumatic Stress Network*.
- DeAngelis, T. (2007). A new diagnosis for childhood trauma? *Monitor on Psychology, 38*(3).
- DeRosa, R., & Pelcovitz, D. (2009). Group treatment for chronically traumatized adolescents. In D. Brom, R. Pat-Horenczyk & J. D. Ford (Eds.), *Treating Traumatized Children*. New York: Routledge.
- Dyregrov, A. (2000). *Barn og traumer* (5th ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A. (2005). Gruppearbeid med barn. In M. Raundalen, G. Lorentzen & A. Dyregrov (Eds.), *Gruppearbeid med flyktningfamilier*. Oslo: Pedagogisk Forum.
- Edleson, J. L. (1999). Children's Witnessing of Adult Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(8), 839-870.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study *Am J Psychiatry, 160*(8), 1453-1460.
- Ellensweig-Teppe, D. (2000). Trauma Group Psychotherapy for the Adolescent Female Client. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 13*(1), 17-28.
- Ellsberg, M. C., Pefia, R., Herrera, A. s., Liljestrand, J., & Winkvist, A. (1999). Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health, 89*, 241-249.
- Ernst, A. A., Weiss, S. J., Enright-Smith, S., & Hansen, J. P. (2008). Positive Outcomes from an immediate and ongoing intervention for child witnesses of intimate partner violence. *American Journal of Emergency Medicine, 26*, 389-394.
- Evans, S. E., Davies, C., & Dilillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behaviour, 13*, 131-140.

- Family Violence Prevention Fund. (2009). Intimate Partner Violence and Healthy People 2010 Fact Sheet Retrieved 18.09.09, 2009, from http://endabuse.org/userfiles/file/Children_and_Families/ipv.pdf
- Fantuzzo, J., Boruch, R., Beriama, A., Atkins, M., & Marcus, S. (1997). Domestic Violence and Children: Prevalence and Risk in Five Major U.S. Cities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(1), 116-122.
- Fantuzzo, J., & Mohr, W. K. (1999). Prevalence and Effects of Child Exposure to Domestic Violence. *The Future of Children*, 9(3), 21-32.
- Felitti, V. J. (2002). The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health: Turning gold into lead*. *Z psychsom Med Psychother*, 48, 4.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14(4), 245-258.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2009). Defining and Understanding Complex Trauma and Complex Traumatic Stress Disorders. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Ford, J. D., Fallot, R. D., & Harris, M. (2009). Group Therapy. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Ford, J. D., Pat-Horenczyk, R., & Brom, D. (2009). Introduction. In D. Brom, R. Pat-Horenczyk & J. D. Ford (Eds.), *Treating Traumatized Children*. New York: Routledge.
- Gazmararian, J. A., Petersen, R., Spitz, A. M., Goodwin, M. M., Saltzman, L. E., & Marks, J. S. (2000). Violence and Reproductive Health: Current Knowledge and Future Research Directions *Matern Child Health J*, 4(2), 79-84.
- Gewirtz, A. H., & Edleson, J. L. (2007). Young Children's Exposure to Intimate Partner Violence: Towards a Developmental Risk and Resilience Framework for Research and Intervention. *J Fam Viol*, 22, 151-163.

- Graham-Bermann, S. A. (2000). Evaluating Interventions for Children Exposed to Family Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4(1), 191-215.
- Graham-Bermann, S. A. (2001). Designing Intervention Evaluations for Children Wxposed to Domestic Violence: Applications of Research and Theory. In J. L. Edleson & S. A. Graham-Bermann (Eds.), *Domestic Violence in the Lives of Children; The Future of Research, Intervention and Social policy*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Graham-Bermann, S. A., & Hughes, H. M. (2003). Intervention for Children Exposed to Interparental Violence (IPV): Assessment of Needs and Research Priorities. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 6(3), 189-204.
- 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.
- Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Moylan, C. A. (2008). Intersection of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence. *Trauma Violence Abuse*, 9(2), 84-99.
- Herschell, A. D., Calzada, E. J., Eyberg, S. M., & McNeil, C. B. (2002). Parent-Child Interaction Therapy: New Directions in Research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 9-16.
- Holden, G. W. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 6(3), 151-159.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G. L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) Batterer Typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1000-1019.
- Hughes, H. M., & Barad, S. J. (1983). Psychological Functioning of Children In a Battered Women's Shelter. *Am J Orthopsychiatry*, 53(3), 525- 531.
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden* (2nd ed.). Oslo: Kommuneforlaget.

- Jouriles, E. N., Brown, A. S., McDonald, R., Rosenfield, D., Leahy, M. M., & Silver, C. (2008). Intimate Partner Violence and Preschoolers' Explicit Memory Functioning. *J Fam Psychol*, 22(3), 420-428.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Rosenfield, D., Stephens, N., Corbitt-Schindler, & 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.
- Justis- og politidepartementet, (2004)Vold i nære relasjoner (2004-2007); Handlingsplan, Oslo.
- Justis- og politidepartementet, (2005) Justisdepartementets voldsmåling 16. - 23. juni 2005, Oslo.
- Justis- og politidepartementet, (2007) Vendepunkt; Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008-2011, Oslo.
- Justisdepartementet, (2003) Justisdepartementets voldsmåling 2003 (Rapport, 08.09.2003), Oslo.
- Kagan, R., Douglas, A. N., Hornik, J., & Kratz, S. L. (2008). Real Life Heroes Pilot Study: Evaluation of a Treatment Model for Children with Traumatic Stress *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1(1), 5-22.
- 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), 339-352.
- 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.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Lawson, D. M. (2009). Understanding and Treating Children Who Experience Interpersonal Maltreatment: Empirical Findings. *Journal of Counseling and Development*, 87(2), 204-215.

- Lerner, C. F., & Kennedy, L. T. (2000). Stay–Leave Decision Making in Battered Women: Trauma, Coping and Self-Efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 24(2), 215-232.
- Levendosky, A. A., Leahy, K. L., Bogat, G. A., Davidson, W. S., & von Eye, A. (2006). Domestic Violence, Maternal Parenting, Maternal Mental Health, and Infant Externalizing Behavior. *J Fam Psychol*, 20(4), 544-552.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward Evidence-Based Treatment: Child–Parent Psychotherapy with Preschoolers Exposed to Marital Violence *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(12), 1241-1248.
- Lindell, C., & Svedin, C. G. (2005). Mental health services provided for physically abused children in Sweden. A 4-year follow-up of child and adolescent psychiatric charts. *Nord J Psychiatry*, 59(3), 179-185.
- MacMillan, H., Wathen, C. N., Barlow, J., Ferguson, D. M., Leventhal, J. M., & Taussig, H. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet*, 373(9659), 250-266.
- Macmillan, H. L., Jamieson, E., & Wathen, C. N. (2007). Development of a Policy-Relevant Child Maltreatment Research Strategy. *The Milbank Quarterly*, 85(2), 337-374.
- Marshall, L., Miller, N., Miller-Hewitt, S., Sudermann, M., & Watson, L., (1995) Evaluation of Groups For Children Who Have Witnessed Violence, London, Ontario, Canada.
- McDonald, R., Jouriles, E. N., Briggs-Gowan, M. J., Rosenfield, D., & Carter, A. S. (2007). Violence Toward a Family Member, Angry Adult Conflict, and Child Adjustment Difficulties: Relations in Families With 1- to 3-Year-Old Children. *J Fam Psychol*, 21(2), 176-184.
- McDonald, R., Jouriles, E. N., Ramisetty-Mikler, S., Caetano, R., & Green, C. E. (2006). Estimating the Number of American Children Living in Partner-Violent Families. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 137-142.
- McDonald, R., Jouriles, E. N., Tart, C. D., & Minze, L. C. (2009). Children's adjustment problems in families characterized by men's severe violence toward women: Does other family violence matter? *Child Abuse & Neglect*, 33, 94-101.

- McWhirter, P. T. (2008). An empirical evaluation of a collaborative child and family violence prevention and intervention program. In G. R. Walz, J. C. Bleuer & R. K. Yep (Eds.), *Compelling counseling interventions*. Alexandria, VA: Counseling Outfitters, American Counseling Association.
- McWhirter, P. T. (2008). Therapeutic interventions for children who have witnessed domestic violence. In G. R. Walz, J. C. Bleuer & R. K. Yep (Eds.), *Compelling counseling interventions*. Alexandria VA: Counseling Outfitters, American Counseling Association.
- NCTSN. (2009). Retrieved 17.09.09, 2009, from http://www.nctsnet.org/ncts/nav.do?pid=abt_who
- Neugebauer, R. (2003). School-Based Interventions for Children Exposed to Violence. *JAMA*, 290(19), 2541-1542.
- NOU 2003:31. *Retten til et liv uten vold; Menns vold mot kvinner i nære relasjoner*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOVA, (2007)Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. (NOVA-rapport 20/2007), Oslo.
- Office on Child Abuse and Neglect (U.S. Department of Health and Human Services). (2009). A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice. *User Manual Series (2003)* Retrieved 14.10.09, 2009, from <http://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/foundation/foundationc.cfm>
- Owen, A. E., Thompson, M. P., & Kaslow, N. J. (2006). The Mediating Role of Parenting Stress in the Relation Between Intimate Partner Violence and Child Adjustment. *J Fam Psychol*, 20(3), 505-513.
- 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. *J Fam Viol*, 24, 433-445.
- Peled, E., & Davis, D. (1995). *Groupwork With Children of Battered Women; A Practitioner's Manual*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Peled, E., & Edleson, J. L. (1992). Multiple Perspectives on Groupwork with Children of Battered Women. *Violence and Victims*, 7(4), 327-346.

- Pepler, D. J., Catallo, R., & Moore, T. E. (2000). Consider the children. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3(1), 37-57.
- Perry, B. D. (2006). Applying Principles of Neurodevelopment to Clinical Work with Maltreated and Traumatized Children; The Neurosequential Model of Therapeutics. In N. B. Webb (Ed.), *Working with Traumatized Youth in Child Welfare*. New York: The Guilford Press.
- Politiet. (2009). Vold i nære relasjoner. Retrieved 21.09.09, 2009, from https://www.politi.no/rad_fra_politiet/vold_i_nare_relasjoner/
- Rappaport, N. (2003). School-Based Interventions for Children Exposed to Violence. *JAMA*, 290(19), 2541.
- Renner, L. M., & Slack, K. S. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*, 30, 599-617.
- Rivett, M., Howarth, E., & Harold, G. (2006). 'Watching from the Stairs': Towards an Evidence-based Practise in Work with Child Witnesses of Domestic Violence. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 11(1), 103-125.
- Roseby, V., Johnston, J., Gentner, B., & Moore, E. (2005). *A Safe Place to Grow; A Group Treatment Manual for Children in Conflicted, Violent and Separating Homes* (2nd ed.). New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Saltzman, K. M., Holden, G. W., & Holahan, C. J. (2005). The Psychobiology of Children Exposed to Marital Violence. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 34(1), 129-139.
- Schames, G., Streider, F. H., & Connors, K. M. (1997). Supervision and Staff Training for Children's Group Psychotherapy: General Principles and Applications with Cumulatively Traumatized, Inner-City Children. *Int J Group Psychother*, 47(4), 399-425.
- Scheeringa, M. S., Salloum, A., Arnberger, R. A., Weems, C. F., Amaya-Jackson, L., & Cohen, J. A. (2007). Feasibility and Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Preschool Children: Two Case Reports. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 631-636.

Schore, A. N. (2003). Early Relational Trauma, Disorganized Attachment, and the Development of a Predisposition to Violence. In M. F. Solomon & D. J. Siegel (Eds.), *Healing Trauma; attachment, mind, body, and brain* (1st ed.). New York: W. W. Norton & Company.

Sentio Research Norge, (2008) Rapportering fra krisesentrene 2008.

Shen, A. C. (2009). Long-term effects of interparental violence and child physical maltreatment experiences on PTSD and behavior problems: A national survey of Taiwanese college students. *Child Abuse & Neglect*, 33, 148-160.

Shipman, K., & Taussig, H. (2009). Mental Health Treatment of Child Abuse and Neglect: The Promise of Evidence-Based Practice. *Pediatr Clin North Am*, 56, 417-428.

Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., et al. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183.

Silvern, L., Karyl, J., Waelde, L., Hodges, W. F., Starek, J., Heidt, E., et al. (1995). Retrospective reports of parental partner abuse: Relationship to depression, trauma symptoms and self-esteem among college students. *J Fam Viol*, 10(2), 177-202.

SINTEF Helse, (2008) SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007 (2/08), Trondheim.

Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T., & Clark, D. M. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD in Children and Adolescents: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(8), 1051-1061.

Stallard, P. (2006). Psychosocial interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev*, 26(7), 895-911.

Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N., et al. (2003). A Mental Health Intervention for Schoolchildren Exposed to Violence: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 290(5), 603-611.

- Sternberg, K. J., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M. E., & Guterman, 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.
- Stevenson, J. (1999). The Treatment of the Long-term Sequelae of Child Abuse. *J Child Psychol Psychiatry*, 40(1), 89-111.
- Stover, C. S., Meadows, A. L., & Kaufman, J. (2009). Interventions for Intimate Partner Violence: Review and Implications for Evidence-Based Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 223-233.
- Stover, C. S., Van Horn, P., Turner, R., Cooper, B., & Lieberman, A. F. (2003). The Effects of Father Visitation on Preschool-Aged Witnesses of Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(10), 1149-1166.
- Sudermann, M., Marshall, L., & Loosely, S. (2000). Evaluation of the London (Ontario) Community Group Treatment Programme for Children Who Have Witnesses Woman Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3(1), 127-146.
- Sullivan, C. M., Bybee, D. I., & Allen, N. E. (2002). Findings From a Community-Based Program for Battered Women and Their Children. *J Interpers Violence*, 17(9), 915-936.
- Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *Am J Psychiatry*, 148, 10-20.
- The Cochrane Collaboration. The Cochrane Collaboration open learning material. Retrieved 09.12.09, 2009, from <http://www.cochrane-net.org/openlearning/HTML/modA1-4.htm>
- The National Center for Victims of Crime. (2009). Domestic Violence. Retrieved 28.11.09, 2009, from <http://www.ncvc.org/ncvc/main.aspx?dbName=DocumentViewer&DocumentID=32347>
- United Nations. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. New York.
- United Nations, (2006) Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children (A/61/299),

- Utanriksdepartementet. (2009). *National report submitted in accordance with paragraph 15(a) of the annex to Human Rights Council Resolution 5/1*. Retrieved 20.09.09. from http://www.regjeringen.no/upload/UD/Vedlegg/Menneskerettigheter/Menneskerettighetsrådet/UPR_Norway_final.pdf.
- Vatnar, S. K. B., & Bjørkly, S. (2008). An Interactional Perspective of Intimate Partner Violence: An In-depth Semi-structured Interview of a Representative Sample of Help-seeking Women. *J Fam Viol*, 23, 265-279.
- Vickerman, K. A., & Margolin, G. (2007). Posttraumatic Stress in Children and Adolescents Exposed to Family Violence: II. Treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 620-628.
- Vostanis, P. (2004). The impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children. *Curr Opin Psychiatry*, 17, 269-273.
- 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.
- Weber, S. (2009). Treatment of Trauma- and Abuse-Related Dissociative Symptom Disorders in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 22(1), 2-6.
- Wekerle, C., & Wolfe, D. (2003). Child Maltreatment. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *CHILD Psychopathology* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. L., et al. (2008). The Effectiveness of Interventions to Reduce Psychological Harm from Traumatic Events Among Children. *Am J Prev Med*, 35(3), 287-313.
- Whitfield, C., Anda, R. F., Dube, S. R., & Felitti, V. J. (2003). Violent Childhood Experiences and the Risk of Intimate Partner Violence in Adults Assessment in a Large Health Maintenance Organization. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 166-185.
- WHO, (1999) Report of the consultation on child abuse prevention, Geneva.

- Wolfe, D., 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. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 6(3), 171-187.
- Wolfe, D. A., & Jaffe, P. G. (2001). Prevention of Domestic Violence: Emerging Initiatives. In J. L. Edleson & S. A. Graham-Bermann (Eds.), *Domestic Violence in the Lives of Children*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Yates, T. M., Dodds, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2003). Exposure to partner violence and child behavior problems: A prospective study controlling for child physical abuse and neglect, child cognitive ability, socioeconomic status, and life stress. *Development and Psychopathology*, 15, 199-218.
- Zaza, S., Wright-De Agüero, L. K., Briss, P. A., Truman, B. I., Hopkins, D. P., Hennessy, M. H., et al. (2000). Data Collection Instrument and Procedure for Systematic Reviews in the Guide to Community Preventive Services *Am J Prev Med* 2000;18(1S) 18 (1S), 44-74.
- Zimmerman, M. L., Wolbert, W. A., Burgess, A. W., & Hartman, C. R. (1987). Art and Group Work: Interventions for Multiple Victims of Child Molestation (Part II). *Arch Psychiatr Nurs*, 1(1), 40-46.