



**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*Behandlingseffekt av integrert kognitiv atferdsterapi på dynamiske  
risikofaktorer hos menn som utøver partnervold:  
En systematisk litteraturgjennomgang*

HOVEDOPPGAVE

*Profesjonsstudiet i psykologi*

**Anette Eilertsen Aardal og Marianne Hvattum Løken**

Vår 2022

### **Forord**

Da vi skulle velge tema for vår hovedoppgave la vi stor vekt på å velge et tema som var av interesse for oss begge. Vi har begge vært nysgjerrig på behandling av voldsproblematikk og særlig partnervold. Denne interessen økte da forskere rettet mer fokus mot alvorlighetsgraden av partnervold som konsekvens av covid-19-pandemien. Vi har begge arbeidserfaring fra ulike arbeidsplasser med både voldsutøver og voldsoffer. Vårt engasjement og nysgjerrighet for tematikken har vært svært betydningsfullt i arbeidet med oppgaven. Nå som oppgaven er ferdig skrevet sitter vi igjen med økt kunnskap og forståelse for behandling av partnervold. Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder Anita Lill Hansen som har støttet oss og gitt raske, presise og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Vi vil også takke venner, familie og kjærester for støtte og interesse i denne lange perioden.

*Merknad: Vi har valgt å bryte retningslinjer for APA-formatering ved å inkludere innholdsfortegnelse og sette tabeller og figurer i løpende tekst for å gjøre oppgaven mer leservennlig.*

Abstract

Intimate Partner Violence (IPV) is considered a serious public health problem and a global challenge with serious consequences on an individual and societal level. IPV is a complex phenomenon that can be understood as a result of cognitive, emotional and behavioral dynamic risk factors. The purpose for this literature review was to examine the treatment effect of integrated cognitive behavior therapy on dynamic risk factors for male perpetrators. We carried out a systematic search in the databases Web of Science, PubMed and APA PsycInfo. Relevant publications were selected based on certain criteria of inclusion and exclusion. The literature search generated eight relevant publications. All of the included articles reported reductions in dynamic risk factors for both control and treatment group. Six studies showed that a variant of integrated CBT-treatment had significant effect of reducing dynamic risk factors and IPV compared to the control group. The results from the literature review indicate that it is effective to focus on dynamic risk factors in treatment of IPV. However, there are a few methodological weaknesses in the studies regarding use of dynamic risk factors as a measurement of treatment effect, drop-out and lack of longitudinal follow-up which might weaken their generalizability.

*Keywords:* Intimate Partner Violence, Cognitive Behavior Therapy, Dynamic Risk Factors, RCT

### Sammendrag

Intim partnervold (IPV) ansees som et folkehelseproblem og en global utfordring med alvorlige konsekvenser på individ- og samfunnsnivå. IPV er et svært komplekst fenomen og kan forstås som en konsekvens av kognitive, emosjonelle og atferdsrelaterte dynamiske risikofaktorer. Hensikten med denne litteraturgjennomgangen var å undersøke behandlingseffekten av integrert kognitiv atferdsterapi på dynamiske risikofaktorer hos menn som utøver partnervold. Det ble gjort et systematisk litteratursøk i databasene Web of Science, PubMed og APA PsycInfo. Relevante publikasjoner ble selektert ut fra relevante inklusjons- og eksklusjonskriterier. Litteratursøket genererte åtte relevante publikasjoner. Alle de inkluderte studiene rapporterte nedgang i dynamiske risikofaktorer både i kontroll- og intervensjonsbetingelsen. Seks studier konkluderte med at en variasjon av integrert CBT-behandling hadde signifikant effekt i å redusere dynamiske risikofaktorer og IPV sammenliknet med kontrollgruppe. Resultatene fra litteraturgjennomgangen indikerer at fokus på dynamiske risikofaktorer i behandling kan ha effekt på IPV. Det er imidlertid noen metodiske svakheter i studiene vedrørende bruk av dynamiske risikofaktorer som mål på behandlingseffekt, høy drop-out og manglende oppfølging over tid som mulig kan svekke funnenes generaliserbarhet.

*Nøkkelord:* partnervold, kognitiv atferdsterapi, dynamiske risikofaktorer, RCT

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>7</b>
<i>Omfang og konsekvenser av intim partnervold</i> .....	8
<i>Risikofaktorer for å utøve partnervold</i> .....	9
Statiske og dynamiske risikofaktorer. ....	10
Tabell 1.....	12
Kognitive faktorer. ....	12
Emosjonelle og psykopatologiske. ....	13
Atferd og livsstilsrelaterte faktorer. ....	15
<i>Samspill mellom dynamiske risikofaktorer og behandlingsutfall på IPV</i> .....	16
<i>Behandling av partnervold</i> .....	17
<i>Kognitiv atferdsterapi (CBT) som intervensjonsprogram for IPV</i> .....	18
Rasjonale for bruk av CBT i behandling på IPV. ....	18
Gruppeterapi.....	19
Integrerte CBT-modeller. ....	20
<i>Formålet med oppgaven</i> .....	21
<i>Problemstilling</i> .....	22
<b>Metode</b> .....	<b>22</b>
<i>Valg av databaser og seleksjon av studier</i> .....	22
<i>Søkestrategi</i> .....	23
Tabell 2.....	24
Supplerende litteratur. ....	24
Figur 1 .....	26
<b>Resultat</b> .....	<b>27</b>
Tabell 3.....	28
<i>Artikkel 1</i> .....	29
<i>Artikkel 2</i> .....	30
<i>Artikkel 3</i> .....	31
<i>Artikkel 4</i> .....	31
<i>Artikkel 5</i> .....	33
<i>Artikkel 6</i> .....	34
<i>Artikkel 7</i> .....	35
<i>Artikkel 8</i> .....	36

Tabell 4.....	37
<b>Diskusjon.....</b>	<b>38</b>
<i>Oppsummering av funn .....</i>	<i>38</i>
<i>Metodiske styrker og svakheter ved studiene .....</i>	<i>39</i>
RCT-design. ....	39
Måleinstrumenter. ....	39
Effektstørrelse. ....	44
Utvalgsstørrelse og utfordringer knyttet til drop-ut. ....	45
<i>Kultursensitivitet til integrerte programmer .....</i>	<i>46</i>
<i>Er dynamiske risikofaktorer et godt mål på behandlingseffekt? .....</i>	<i>47</i>
<i>Implikasjoner for videre forskning .....</i>	<i>48</i>
<i>Implikasjoner for klinisk praksis .....</i>	<i>49</i>
<i>Styrker og svakheter ved litteraturgjennomgangen .....</i>	<i>50</i>
<b>Oppsummering og konklusjon .....</b>	<b>51</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>53</b>

## Innledning

Intim partnervold (IPV) og vold i nære relasjoner er blant verdens største helseutfordringer og anses som et folkehelseproblem (Tarzia et al., 2020; Thoresen & Hjemdal, 2014). IPV medfører stor økonomisk belastning i medisinsk og psykisk helsevesen, kriminalomsorgen, sosiale tjenester og medvirker til tap av arbeidskapasitet (Peterson et al., 2018). På tross av økt forskningsfokus på IPV de siste årene, finnes det lite evidensbasert behandlingstilbud for voksne som utøver vold i nære relasjoner (Askeland et al., 2016; Wagers & Radatz, 2020; Yakeley, 2022). Dette er problematisk da forskning viser at fengselsstraff ikke fører til varige endringer, og at residivisme som utfallsmål medfører stor fare for mørketall ettersom lovbrudd ofte ikke rapporteres (Andrews & Bonta, 2017, s. 307). Noen forskere peker på at dynamiske risikofaktorer kan være et hjelpemiddel for å forebygge partnervold og øke sannsynligheten for endring sammenlignet med residivisme (Andrews & Bonta, 2010; Andrews et al., 2006; López-Ossorio, Álvarez, et al., 2017). Andre forskere illustrerer behovet for dynamiske og integrerte tilnærminger i forebygging og behandling av IPV (López-Ossorio, González Álvarez, et al., 2017; Nettet et al., 2021). En kan derfor argumentere for behov av en systematisk litteraturgjennomgang for å få oppdatert kunnskap om behandlingseffekten av integrert kognitiv atferdsterapi på dynamiske risikofaktorer hos menn som utøver partnervold.

IPV er definert av verdens helseorganisasjon (WHO) som «en atferd i et intimt forhold som medfører fysisk, seksuell eller psykologisk skade i forholdet, inkludert handlinger med fysisk aggresjon, tvungen seksuell handling, psykologisk mishandling og kontrollerende atferd» (García-Moreno, 2013, s. 6, vår oversettelse). Sammenlignet med andre former for voldelige handlinger, blir voldshandlinger utøvd av en partner ofte gjentatt i forholdet og kan pågå i flere år (García-Moreno et al., 2006; Hestevik et al., 2020) med residivisme-rate på mellom 21% (Belfrage et al., 2011) og 42% (Belfrage & Strand, 2012). Under tidligere

pandemier og naturkatastrofer har det blitt rapportert en markant økning av IPV (Moreira & Pinto da Costa, 2020) og flere internasjonale organisasjoner har vært bekymret for konsekvensene av koronapandemien med manglende fluktmuligheter og trygge plasser for utsatte (Vora et al., 2020). Da koronapandemien rammet verden varslet organisasjoner, fageksperter og forskere at partnervold ville eskalere (Bergman et al., 2020) og rapportert partnervold økte drastisk i mange land i verden (Evans et al., 2020). Myndighetenes nedstenging av samfunnet ble en ekstra utfordring for de som allerede befant seg i voldelige forhold. Mange måtte tilbringe store deler av dagen med voldsutøver, med mindre tilgang til trygge steder. Samtidig opplevde mange økte stressorer vedrørende økonomi, arbeidsledighet, stenging av skoler og arbeidsplasser, som er faktorer som øker risiko for vold i hjemmet (Nesset et al., 2021). Vold i nære relasjoner har vært et stort problem lenge før pandemien brøt ut, og har vært prioritert av verdens helseorganisasjon de siste 40 årene (Krug et al., 2002; Yakeley, 2022). Likevel har «pandemien innad i en pandemi» (Evans et al., 2020) rettet søkelyset mot alvorlighetsgraden av IPV.

### **Omfang og konsekvenser av intim partnervold**

Globale studier på partnervold hevder at nærmere en av tre kvinner opplever partnervold (Butters et al., 2021; Devries et al., 2013) og at 38% av drap på kvinner er utøvd av deres mannlige partner (Stöckl et al., 2013). Norske studier demonstrerer at en av fem norske kvinner har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep fra partner i løpet av livet (Thoresen & Hjemdal, 2014), og at 8,2 % kvinner har vært utsatt for alvorlig vold fra partner sammenlignet med 1,9% menn (Askeland et al., 2016). Til sammen viser disse tallene at vold i nære relasjoner har et stort omfang, at vold må forstås i et livsløpsperspektiv og at kvinner langt mer utsattes for IPV enn menn, selv om partnervold mot menn og partnervold i homofile forhold oppstår (Bradbury-Jones & Isham, 2020). Relasjonen mellom voldsutøver og voldsutsatt kan ha stor betydning for hvordan volden oppleves. Å utsettes for voldshandlinger



av en partner medfører sannsynligvis ekstra belastning grunnet tillitsbruddet det involverer (Hestevik et al., 2020; Skjørten et al., 2019). Partnervold omtales ofte som den hemmelige eller skjulte volden, som innebærer at få anmelder forholdene, forteller om hva de er utsatt for eller oppsøker helsetjenester (Neset et al., 2021).

IPV medfører store individuelle, sosiale og samfunnsøkonomiske belastninger og kostnader (Askeland et al., 2016; Thoresen & Hjemdal, 2014). Fysisk, psykisk og seksuell vold er et angrep på grunnleggende menneskerettigheter, strider imot norsk lov og kan medføre akutte og kroniske psykiske eller fysiske konsekvenser for den utsatte. Å bli utsatt for vold gir dokumenterte risikofaktorer for redusert livskvalitet, økt risiko for selvmord, utvikling av psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk (Alsaker et al., 2006). Flesteparten av kvinner med psykiske lidelser har vært utsatt for vold og i behandling sees ofte en vedvarende intens skam- og skyldopplevelse, selvbebreidelse og redusert selvtillit som senvirkninger av IPV (Dutton & White, 2012). En norsk studie som sammenlignet omfangstallene av IPV-utsatte med antall voksne som mottok spesifikk voldsbehandling i Norge, demonstrerte at bare en liten andel av dem som utøver vold mottok behandling for det, i tillegg til at behandlingsinstansene ønsket mer kompetanse og kunnskap om feltet (Askeland et al., 2016). Dette styrker argumentet for behovet for en oppdatert litteraturgjennomgang på behandling av IPV.

### **Risikofaktorer for å utøve partnervold**

For å forstå hvorfor partnervold skjer, hvordan det kan forebygges og hvordan hjelpe personer som utsetter noen for vold, er det ifølge ulike forskere nyttig å forstå bakenforliggende faktorer for voldshandlinger mot partner (Hilton & Radatz, 2021; López-Ossorio, González Álvarez, et al., 2017). Når man kartlegger risikofaktorer er det viktig at disse kommer forut for handlingen og at de har en kausal sammenheng med utfallet (Kraemer et al., 1997; López-Ossorio, González Álvarez, et al., 2017). Det er mye overlapp mellom

risikofaktorer for å utøve partnervold og vold generelt (Andrews & Bonta, 2017, s. 308).

Forholdsproblemer, bekymringer, alkohol og rusmisbruk, depressive symptomer, ung alder og lav inntekt er alle risikofaktorer for IPV, men også risikofaktorer for generelle kriminelle handlinger (Andrews & Bonta, 2017, s. 308).

**Statiske og dynamiske risikofaktorer.** Vi skiller mellom statiske og dynamiske risikofaktorer, faktorer som har empirisk støtte i å kunne predikere voldshandlinger, inklusiv partnervold (Andrews et al., 2006). *Statiske risikofaktorer* er relativt stabile og sier noe om hvilke personer som har økt sannsynlighet for voldsutøvelse sammenliknet med andre (Douglas & Skeem, 2005). Kjønn, fortid og gener er eksempler på statistiske risikofaktorer som ikke kan endres. Temperament påvirkes av gener og er dermed også relativt stabilt og vanskelig å endre (Gendreau et al., 1996). *Dynamiske risikofaktorer* er kognitive, emosjonelle, atferds- eller situasjonelle variabler som kausalt øker sannsynligheten for en ny voldshandling (Howard & van Doorn, 2018). I motsetning til statiske risikofaktorer kan dynamiske risikofaktorer endres og er derfor av interesse i et behandlingsperspektiv (Douglas & Skeem, 2005). Dynamiske risikofaktorer har en dobbel status i forskningsfeltet (Ward & Fortune, 2016). De blir sett på som (a) nyttige prediktorer for gjentatt lovbrudd og et mål på risikostatus og (b) de kan være en forklarende rolle for lovbrudd, og er derfor viktig å fokusere på i utvikling av behandling (Ward & Fortune, 2016). Flere forskere har arbeidet med å identifisere individuelle dynamiske risikofaktorer for IPV, hvor blant annet følgende faktorer har fått empirisk støtte; rusmiddelbruk (McMurrin, 2017), impulsivitet (Yu et al., 2019) negativ affekt som sinne, angst og depressive symptomer (Dewi & Kyranides, 2021), antisosiale holdninger (Yu et al., 2019), mellommenneskelige relasjoner (Moreira & Pinto da Costa, 2020), behandlingsallianse og compliance (Babcock et al., 2004) og psykosesyntomer (Douglas & Skeem, 2005). Det er viktig å påpeke at disse dynamiske risikofaktorene ikke nødvendigvis opptrer alene, men at de ofte påvirker hverandre (Hilton &

Radatz, 2021). Eksempelvis har man funnet økt sannsynlighet for problemer tilknyttet rusmisbruk blant personer med mye negativ affekt og sinneproblematikk (Deffenbacher et al., 2002). I forlengelsen av dette foreslår Ward og Fortune (2016) i deres *Dynamic Risk Research Framework* (DRRF) at forskningen på dynamiske risikofaktorer har behov for et konseptuelt rammeverk som favner terapeutiske endringsmekanismer og psykopatologi. DRRF er et teoretisk rammeverk for å forstå dynamiske risikofaktorer for kriminalitet og vold på et generelt nivå, ikke spesifikt for IPV. I lys av DRRF kan det imidlertid være hensiktsmessig å konseptualisere de individuelle dynamiske risikofaktorene i bredere hovedkategorier for å gi en oversikt på IPV-feltet, som flere forskere har gjort tilknyttet andre spesifikke tema, eksempelvis seksualforbrytelse (Klepfisz et al., 2016; Thornton, 2013). Vi finner ingen inndelinger av hovedkategorier for dynamiske risikofaktorer for IPV, og har dermed valgt å presentere en inndeling som er inspirert av definisjonen til Howard og Van Doorn (2018). Hovedkategoriene er kognitive, emosjonelle/patologiske og atferds- eller livsstilsrelaterte faktorer. Ved å presentere dynamiske risikofaktorer inn i overordnede hovedkategorier blir det tydelig at de kan sees på som transdiagnostiske variabler som ulike terapiretninger i større eller mindre grad intervensjoner mot for å skape endring. Det er viktig å påpeke at det sannsynligvis finnes andre inndelinger av dynamiske risikofaktorer, men denne litteraturgjennomgangen vil bruke de tre nevnte. Se tabell 1 for vår oversikt.

**Tabell 1**

*Hovedkategorier av dynamiske risikofaktorer for IPV*

<u>Kognitive</u>	<u>Emosjonelle Patologiske</u>	<u>Atferd/Livsstilsrelaterte</u>
<p><b>Antisosiale holdninger</b> Prokriminelle holdninger Negative holdninger mot kvinner Resonneringsvansker Dyssosiale verdier aggressive intensjoner fiendtlige attribusjoner</p> <p><b>Behandlingsallianse og compliance</b> Drop-out, lav motivasjon uansvarlig holdning</p>	<p><b>Impulsivitet</b> Manglende kontroll på affekt og kognisjon</p> <p><b>Negativ affekt</b> angst, depresjon, sinne, frykt, bekymringer</p> <p>Traumelidelser psykosesymptomer</p>	<p><b>Rusmiddelbruk</b> Stimulerende og beroligende rusmidler. Komorbiditet til andre psykiske lidelser. Rusrelatert nettverk</p> <p><b>Mellommenneskelige relasjoner</b> Dysfunksjonelt familiemønster Vansker i forholdet Bolig og økonomiske problemer Manglende sosial støtte</p>

*Merknad.* Vår inndeling av hovedkategorier for dynamiske risikofaktorer, inspirert av Howard og Doorns definisjon av dynamiske risikofaktorer; *kognitive, emosjonelle, atferds- eller situasjonelle variabler som kausalt øker sannsynligheten for en ny voldshandling* (Howard & van Doorn, 2018).

**Kognitive faktorer.** *Antisosiale eller prokriminelle holdninger regnes for å være en av de sterkeste risikofaktorene som kan predikere kriminelle handlinger og øke sannsynligheten for tilbakefall til voldshandlinger* (Douglas & Skeem, 2005; Fortune & Heffernan, 2021). Antisosiale holdninger øker sannsynligheten for andre risikofaktorer, eksempelvis antisosial personlighet og antisosial atferd (Howard & van Doorn, 2018; Mills et al., 2004). Blant menn som utøver vold mot sin kvinnelige partner har negative holdninger mot kvinner og et konservativt syn på kjønnsroller blitt forbundet med mer alvorlig IPV (Saunders, 1992). Det finnes evidens for at antisosiale holdninger kan endres over tid (se oversiktsartikkel Douglas & Skeem, 2005).

Menn som utøver partnervold anses gjerne for å være en utfordrende gruppe å danne arbeidsallianse med, da mange er dømt til behandling eller tvinges av eksterne faktorer (Walling et al., 2012). Samtidig preges behandlingsopplegg for utøvere av IPV med dårlig

oppmøte, der flestparten av de som dropper ut forsvinner allerede etter første time (Crane & Eckhardt, 2013). *Manglende behandlingsallianse og compliance* er en dynamisk risikofaktor som kan modifiseres i behandling (Babcock et al., 2004) noe som er viktig ettersom compliance og terapeutallianse assosieres med reduksjon i voldsepisoder blant pasienter med psykiske lidelser (Douglas & Skeem, 2005) og compliance til hjemmeoppgaver har blitt assosiert med mindre psykisk vold (Taft et al., 2003). Forholdet mellom compliance og IPV kan være både direkte og indirekte og kan variere over tid; det å følge et behandlingsprogram for IPV vil i seg selv redusere risikofaktorer for nye voldsepisoder. Samtidig kan manglende compliance og problematisk terapeutallianse være markører for allerede tilstedeværende dynamiske risikofaktorer som antisosiale holdninger, impulsivitet og bruk av rusmidler (Douglas & Skeem, 2005). Det er også viktig å påpeke at sammenhengen mellom compliance og IPV preges av eldre forskning og at det her er behov for ny og oppdatert kunnskap.

**Emosjonelle og psykopatologiske.** *Impulsivitet* kan beskrives som manglende kontroll på affekt, kognisjon og atferd (Douglas & Skeem, 2005). Impulsivitet kan både være et symptom på psykiske lidelser som borderline personlighetsforstyrrelse, ADHD og antisosial personlighetsforstyrrelse, samtidig som det er et personlighetstrekk. Personlighetstrekket impulsivitet forbindes ofte med økt risiko for skadelig eller farlig atferd som bruk av rusmidler og aggressivitet (Stanford et al., 2009). I en longitudinell studie gjennomført i Sverige fant man det var forhøyet risiko for å utøve IPV blant menn med psykiske lidelser, inkludert ADHD og personlighetsforstyrrelsene antisosial eller borderline (Yu et al., 2019). Impulsivitet kan predikere IPV direkte og indirekte; Impulsiv atferd forbindes gjerne med aggresjon og bruk av rusmidler, faktorer som igjen øker risiko for partnervold. Samtidig kan impulsivitet i seg selv være en risikofaktor for IPV da man kan handle på en impulsiv, ugjennomtenkt måte, eksempelvis under en krangel (Field et al., 2004). Impulsivitet er

dynamisk da studier tyder på at terapeutiske intervensjoner kan redusere impulsiv atferd over tid (Douglas & Skeem, 2005).

*Negativ affekt* kan operasjonaliseres som en ukomfortabel, ubehagelig eller motvillig emosjonell tilstand som angst, depresjon, sinne, frykt eller bekymringer (Schumer et al., 2018). Depressive symptomer har også blitt assosiert med økt risiko for å utøve IPV (Bazargan-Hejazi et al., 2014) og blant mannlige deltakere i behandlingsprogrammer for IPV har man funnet forhøyede symptomskårer på depresjon (Lila et al., 2013). Negativ affekt som dynamisk risikofaktor for vold defineres ofte som sinne, da sinne kan endres over tid og kan ha en kausal sammenheng med aggressiv atferd (Douglas & Skeem, 2005). Menn som er voldelige mot sine partnere rapporterer større grad av opplevd og uttrykt sinne sammenliknet med menn som ikke utøver partnervold (Barbour et al., 1998). Selv om det finnes flere empiriske studier på effekten av sinnemestringsprogrammer (Dewi & Kyranides, 2021), finnes det fortsatt lite forskning på behandlingseffekt av sinnemestring i lys av partnervold (Lee & DiGiuseppe, 2018).

Vedrørende andre former for psykopatologi er traumelidelser relatert til økt sannsynlighet for partnervold (LaMotte & Taft, 2017), men i en studie gjennomført av Chermack et al. (2019) ble det ikke rapportert assosiasjon mellom IPV og PTSD blant IPV-utøvere. Det er noe sprikende funn hva gjelder *psykosesymptomer* som dynamisk risikofaktor for IPV (Douglas & Skeem, 2005; Yu et al., 2019). Tilstedeværelse av psykosesymptomer kan lede til vold indirekte gjennom tilstedeværelse av andre risikofaktorer (Douglas & Skeem, 2005; Yu et al., 2019). En metastudie fant at schizofreni var blant de psykiske lidelsene som er mest assosiert med IPV (Fazel et al., 2018). Tilstedeværelse av psykosesymptomer kan lede til vold indirekte gjennom tilstedeværelse av andre risikofaktorer (Douglas & Skeem, 2005; Witt et al., 2013). Noen forskere har imidlertid argumentert for at dersom man kontrollerer for andre variabler, som rusmidler og andre psykiske lidelser, har ikke personer med

schizofrenidiagnose høyere voldsrisiko sammenlignet med resten av befolkningen (Torrey et al., 2008). Sprikende funn vedrørende psykosesyntomer kompliseres ytterligere av at flere studier på IPV ekskluderer psykosesyntomer (Chermack et al., 2019; Easton et al., 2007; Kraanen et al., 2013; Murphy et al., 2020; Murray et al., 2020; Nessel et al., 2020; Palmstierna et al., 2012; Satyanarayana et al., 2016).

**Atferd og livsstilsrelaterte faktorer.** *Rusmiddelbruk* er forbundet med økt risiko for vold, og risikoen forblir stor for personer med og uten psykiske problemer (Armenti et al., 2017; Douglas & Skeem, 2005; Fazel et al., 2018). Både oppkvikkende og beroligende rusmidler assosieres med IPV, og alkohol og rusmidler forbindes med å utøve IPV (Cafferky et al., 2018) Ved inntak av alkohol eller kokain øker sannsynligheten for partnervold signifikant sammenliknet med rusfrihet, og voldsepisodene skjer gjerne under eller inntil to timer etter inntak av rusmiddelet (Fals-Stewart et al., 2003). Rusbruk kan sies å være dynamiske per definisjon, som vil si at effekt og varighet av ulike rusmidler inntreer relativt raskt og varer forholdsvis kort. En studie fant signifikant reduksjon i utøvelse av IPV blant menn ett år etter behandling av alkoholisme (O'Farrell et al., 2003). Samtidig forbindes bruk av ulike rusmidler gjerne med mer stabile potensielt voldsfremmende risikofaktorer som relasjonelle vansker og tap av inntekt. Samsillet mellom rusmidler og voldsrisiko er komplekst (Douglas & Skeem, 2005); rusmidler kan ha en direkte effekt i form av å fjerne hemninger, men rusmidler kan også ha en indirekte påvirkning fordi bruken gjerne assosieres med problemer knyttet til bosted, jobb, sosiale relasjoner, familie og helse (Douglas & Skeem, 2005). Bruk av rusmidler kan også kamuflere andre risikofaktorer assosiert med IPV, for eksempel psykiske lidelser som angst og depresjon (Yu et al., 2019).

*Mellommenneskelige relasjoner.* Et individ er gjerne voldelig mot en person de har en relasjon til, samtidig som kvaliteten på et individs relasjoner kan fungere som en beskyttelsesfaktor mot vold (Douglas & Skeem, 2005; Estroff & Zimmer, 1994). Emosjonell

og instrumentell støtte (hjelp til bolig, praktisk bistand) fra familie har vist seg å redusere sannsynlighet for residivisme blant tidligere innsatte eller domfelte (Alward et al., 2020). . . Menn utøver som regel vold mot kvinner som de er i en intim relasjon med (Dutton et al., 2006). Konfliktfylte relasjoner med stor grad av bekymring og stress øker risiko for IPV (Moreira & Pinto da Costa, 2020). Følelse av tilhørighet til partner eller andre kan ha en indirekte reduserende effekt på partnervold (Rankin et al., 2000), samtidig som mangel på tilhørighet kan være en risikofaktor. Oppfattelsen av sosial støtte eller mangelen på denne korrelerer med en rekke andre faktorer, for eksempel stress og kan også endre seg over tid og i ulike faser av livet. Dette reflekterer hvorfor flere forskere slo alarm da samfunnet stengte ned som følge av koronapandemien og fryktet en økning i IPV (Vora et al., 2020).

### **Samspill mellom dynamiske risikofaktorer og behandlingsutfall på IPV**

Ettersom dynamiske risikofaktorer er assosiert med fremtidig vold, er det viktig at risikofaktorer rutinemessig og strukturert kartlegges i klinisk praksis for å anvende adekvate oppfølgingstiltak og behandlingstilnærminger (Helsedirektoratet, 2012). I forbindelse med IPV-risikovurdering er Risk-Need-Responsivity (RNR) modellen sentral (Andrews et al., 2011). RNR-modellen baserer seg på tre grunnleggende kartleggings- og behandlingsprinsipper for lovbrøtere og brukes til å forebygge tilbakefall og finne effektive intervensjoner. Prinsippene innebærer å tilpasse behandlingen til individets risikonivå, kartlegge dynamiske risikofaktorer og tilrettelegge tiltak som passer for pasientens individuelle behov og kontekst (Andrews & Bonta, 2017; Andrews et al., 2011). Prinsippene *Risk* og *Responsivity* sier noe om hvem som skal behandles og hvordan. Med *hvem* menes risikonivå, som forstås som mild, moderat og alvorlig, som vil si at ikke alle lovbrøtere har like stort behov eller nytte av intens behandling. Behovsprinsippet baserer seg på dynamiske risikofaktorer eller kriminogene behov og forteller oss *hva* som skal behandles (Howard & van Doorn, 2018). I praksis vil dette si at dess høyere risikonivå, jo mer intens behandling.



Behandlingen skal rettes mot individuelle dynamiske risikofaktorer og tilpasses pasientens kognitive nivå og læringsstil (Hilton & Radatz, 2021). Behovsprinsippet beskriver hvilke endringsmekanismer det bør fokuseres på i et behandlingsprogram for å skape faktisk endring, men også for å unngå tilbakefall (Howard & van Doorn, 2018).

En relativt nylig publisert oversiktsartikkel på dynamiske risikofaktorer illustrerer et stort gap mellom behandlingsintervensjoner og utfallsmål (Heffernan et al., 2019). Gapet begrunnes med at forskning på vold har støttet seg på residivisme alene som utfallsmål. Når residivisme blir brukt som behandlingsutfall er det antakelig stor fare for mørketall ettersom gjentakende lovbrudd ikke nødvendigvis rapporteres som nye arrester, siktelser, dommer og fengslinger (López-Ossorio, Álvarez, et al., 2017). Heffernan og kolleger argumenterer for at forskning må demonstrere at utfallsmål som nedgang i voldsatferd er mediert av endringer i dynamiske risikofaktorer. For å oppnå dette trengs randomisert kontrollerte studier, hvor dynamiske risikofaktorer operasjonaliseres med psykometriske måleinstrumenter (for eksempel endring av holdninger, psykopatologiske symptomer eller bruk av rusmidler) (Heffernan et al., 2019). I forlengelse av funnene til Heffernan og kolleger (2019) kan en argumentere for at RNR-modellen er viktig i behandling for IPV-utøvere, særlig fordi behandlingstilbud for denne pasientgruppen har blitt kritisert for at de er har vært preget av en «one size fits all»-modell som ikke har tatt høyde for individuelle forskjeller og behov blant utøverne (Travers et al., 2021). RNR-modellen har blitt brukt av flere forskere som rammeverk for å skreddersy IPV- spesifikk behandling for å kunne redusere tilbakefall (Schafers et al., 2021).

### **Behandling av partnervold**

To generelle tilnæringer har som oftest blitt brukt i behandlingen av IPV: Duluth-modellen og kognitiv atferdsterapi (CBT) (Schafers et al., 2021). Duluth-modellen ble utviklet i 1981 av *Duluth Domestic Abuse Intervention Project* i USA av aktivister og kvinner

som var voldsutsatt av sine mannlige partnere, såkalt *The Battered Women's Movement* (Pence et al., 1993). Med forståelse av voldshandlinger som resultat av samfunnets holdninger, var intervensjonene i Duluth-programmene primært psykoedukative fremfor terapeutiske (Yakeley, 2022). Duluth-tilnærmingen ble kritisert for å være undervisningspreget fremfor terapeutisk, strukturert fremfor ustrukturert, utøvd av ufaglærte aktivister fremfor autorisert helsepersonell og for å ikke tilby felles behandling for par som ønsket å bo sammen (Yakeley, 2022). Duluth-modellen har også blitt kritisert for neglisjering av psykopatologiske faktorer som emosjonell dysregulering, avhengighetsproblematikk (Birkley & Eckhardt, 2015; Cannon et al., 2016), motivasjon og alvorlighetsgrad i voldsutøving mot partner (Cannon et al., 2016). Med andre ord har Duluth-tilnærmingen vært kritisert for å overse dynamiske risikofaktorer, individuelle risikonivå og individuelt tilpassede behandlingsbehov (Travers et al., 2021).

### **Kognitiv atferdsterapi (CBT) som intervensjonsprogram for IPV**

CBT er en av de mest evidensbaserte psykoterapitilnærmingene på flere psykiske problem og tilstander (Beck & Dozois, 2011). CBT hevder at psykopatologi karakteriseres av aktivisering av dysfunksjonelle tanker, antakelser og minner som opererer i samhandling med affekt, motivasjon, atferd og fysiologiske responser (Wright et al., 1993). I tillegg til sokratisk utspørring og motiverende intervju, vektlegger CBT terapeutisk allianse, psykoedukasjon, atferdsendringsstrategier, kognitiv restrukturering, modifisering av kjerneantakelser og skjema, og forebygge tilbakefall som behandlingsteknikker (Beck & Dozois, 2011; Beck & Weishaar, 1989). I lys av RNR-rammeverket har CBT dermed som mål å intervensere mot kognitive, emosjonelle og atferdsrelaterte dynamiske risikofaktorer (Schafers et al., 2021).

**Rasjonale for bruk av CBT i behandling på IPV.** Skaperne av RNR-modellen har argumentert for at CBT-orienterte program er det foretrukne behandlingsalternativet for å gi integrert og skreddersydd behandling, selv om de erkjenner at evidensgrunnlaget til IPV-

intervensjoner er mangelfullt (Andrews et al., 2011). Per i dag finnes det ikke en egen CBT-protokoll for IPV, men nærliggende problem med overlappende dynamiske risikofaktorer har egne integrerte CBT-programmer (Eckhardt et al., 2013; Nettet et al., 2019; Yakeley, 2022). Ved behandling av aggressiv atferd er CBT-behandling en tilnærming som er mye brukt for å hjelpe den enkelte med regulering av sinne og aggressiv atferd (Lee & DiGiuseppe, 2018). Bruk av CBT kan endre den aggressive atferden gjennom at pasienten lærer å gjenkjenne trigger og finne adaptive alternative handlingsmønstre (Armenti & Babcock, 2016). Ved å knytte denne kunnskapen om CBT til behandling av menn som utøver partnervold, er det tenkt at gjennom CBT-teknikker kan voldsutøveren identifisere tanker og antakelser som kommer forut voldsatferden og utfordre tankemønsteret som voldsutøveren bruker for å rettferdiggjøre den voldelige handlingen. Dette vil medføre at voldsutøveren vil kunne bryte hendelseskjeden som fører til voldsatferden (Smedslund et al., 2011).

**Gruppeterapi.** Forskere har forsøkt CBT-behandling på menn som utøver partnervold gjennom både individualterapi og gruppeterapi (Murphy et al., 2020; Nettet et al., 2020; Palmstierna et al., 2012). Gruppebasert kognitiv atferdsterapi (*Cognitive Behavioral Group Therapy*, CBGT) anvendes ofte i tillegg til innledende sesjoner med individualterapi. CBGT kan hjelpe voldsutøvere å gjenkjenne dysfunksjonelle tankemønstre og emosjonsregulering gjennom de nevnte behandlingsteknikkene og ferdighetene- i tillegg til observasjon av andre gruppedeltakere med samme utfordringer (Nettet et al., 2020). Endringer i voldelig atferd kan dermed promoteres gjennom støttende gruppeinteraksjoner, strukturerte psykoedukative intervensjoner, hjemmelekser og rollespill (Murphy et al., 2020). En vanlig intervensjon i CBGT er at hver deltaker i gruppen presenterer en voldelig episode som utforskes av gruppen for å identifisere dysfunksjonelle tanker forut voldshendelsen, og deretter utforske alternative, mer hjelpsomme tanker (Nettet et al., 2020). Dette kan hjelpe den enkelte i å forstå funksjonen av voldshandlingen, for eksempel som en problemløsningsstrategi for å håndtere

stress eller ubehagelige følelser (Henwood et al., 2015). Dette illustrerer hvordan CBGT intervensjoner mot særlig kognitive og atferdsrelaterte dynamiske risikofaktorer, i tillegg til å tilby sosial støtte som sees på som en beskyttelsesfaktor for IPV.

**Integrerte CBT-modeller.** CBT-behandlingsmodeller som kun forsøker å behandle IPV har ikke fått så gode behandlingsresultater som ønsket (Yakeley, 2022). Dette forklares av behov for individuelt tilpassede behandlingsprogram ettersom menn som utøver partnervold er en heterogen gruppe med individuelle dynamiske risikonivå (Kraanen et al., 2014; Yakeley, 2022), som står i tråd med RNR sitt rammeverk. Mange IPV-utøvere har et samtidig rusproblem og flere studier har sett på sammenhenger mellom rus og IPV (Cafferky et al., 2018; Fals-Stewart et al., 2003). Disse studiene har ledet til utviklingen av behandlingsprogram som integrerer rusmiddelproblem og partnervold. Et av disse programmene er I-StoP, som står for *Integrated treatment for Substance abuse and Partner violence* (Kraanen et al., 2014; Kraanen et al., 2013). I-StoP er en strukturert behandlingsmodell som anvender grunnprinsippene ved motiverende intervju og kognitiv terapi. I-StoP bruker individuelt tilpassede hjemmelekser som pasienter selv registrerer i en arbeidsbok mellom hver behandlingssesjon med rasjonale om at hjemmelekser øker motivasjon, innsats, behandlingsresultat og styrker den terapeutiske alliansen (Kraanen et al., 2013).

Et annet integrert og manualbasert behandlingsprogram som fokuserer på IPV og samtidig rusproblem er SADV (*Cognitive Behavioral Substance Abuse Domestic Violence*). SADV fokuserer på rusmisbruk, interpersonlig vold og forholdet mellom de to faktorene. Flere studier anvender SADV som behandlingsmodell i gruppeterapi hvor blant annet CBT-teknikkene psykoedukasjon, ambivalensutforskning, rusmestring, problemløsning, sinnemestring, kommunikasjonsvansker og kriseplan er viktige intervensjoner (Easton et al., 2018; Easton et al., 2007).

Et tredje integrert behandlingsprogram for IPV og rusmisbruk er ICBT (*Integrated Cognitive Behavioral Therapy*). ICBT er individualbasert kognitiv atferdsterapi som fokuserer på å adressere forholdet mellom IPV og alkohol, triggere og konsekvenser av alkohol, IPV og forebygging av IPV (Satyanarayana et al., 2016). ICBT springer ut fra CBT-manualen for behandling av sinne og aggresjon. Behandlingsfokus i ICBT er sinnekontroll, kognitiv restrukturering og avspenningsteknikker. I tillegg integrerer behandlingen pasientenes partnere og barn da ICBT har som mål å bedre psykisk helse til de nærmeste rundt voldsutøveren (Satyanarayana et al., 2016).

*Common Elements Treatment Approach* (CETA) er et fjerde integrert behandlingsprogram. CETA er et kognitivt atferdsprogram spesielt utformet for lavinntektsland. CETA består av evidensbaserte CBT-teknikker, deriblant forpliktelse, psykoedukasjon, mestring av rusmisbruk, restrukturering, problemløsning, atferdsaktivering og eksponering. CETA er fleksibelt i den grad at den adresserer problemområder som traumer, vold, angst, depresjon, fungering og atferdsproblemer blant unge. CETA har blitt tilpasset pasienter ved å legge til elementer som IPV, sikkerhet og farlig bruk av alkohol (Murray et al., 2020).

Samlet viser forskning at de ovennevnte integrerte CBT-behandlingsprogrammene, som inkluderer intervensjoner mot dynamiske risikofaktorer, er den mest effektive behandlingstilnærmingen for IPV-utøvere (Crane & Easton, 2017; Kraanen et al., 2014; Satyanarayana et al., 2016). Disse funnene står i tråd med RNR-modellen: det er et samspill mellom dynamiske risikofaktorer, intervensjoner og intensitet i behandlingen (Andrews et al., 2011)

### **Formålet med oppgaven**

Forskningen presentert ovenfor gir et bilde av omfanget og de alvorlige konsekvensene av partnervold i Norge og resten av verden. Etersom IPV er en global utfordring, kan vi

argumentere for at det er behov for oppdatert forskning på behandling og forebygging av IPV, med mål om å finne evidensbaserte tiltak som kan anvendes på tvers av landegrenser. Det finnes evidens for reduksjon av dynamiske risikofaktorer blant individer behandlet for voldelige krenkelser (De Vries Robbé et al., 2015), seksualforbrytelser (Olver et al., 2020) og psykopatiske trekk (Sewall & Olver, 2017). Disse funnene styrker argumentet for at endring av dynamiske risikofaktorer kan brukes som et hjelpemiddel for å forebygge partnervold og øke sannsynligheten for endring sammenlignet med residivisme (Ward & Fortune, 2016). Det er imidlertid mangelfull forskning på dynamiske risikofaktorer hos menn som utøver partnervold (Schafers et al., 2021). CBT er den mest evidensbaserte behandlingsmetoden for IPV (Yakeley, 2022) og i tråd med RNR-modellen har CBT-tilnærmingen flere tilpassede behandlingsmetoder som integrerer dynamiske risikofaktorer med mål om å redusere IPV. I lys av denne kunnskapen kan vi påstå at det er behov for en systematisk litteraturstudie som kartlegger hvorvidt integrerte CBT-tilnærminger er mer effektive i å forebygge IPV gjennom reduksjon av dynamiske risikofaktorer sammenlignet med ikke-tilpassede eller integrerte programmer.

### **Problemstilling**

Denne litteraturgjennomgangen søker å belyse følgende problemstilling: Kan integrert kognitiv atferdsterapi redusere dynamiske risikofaktorer hos menn som utøver partnervold?

### **Metode**

#### **Valg av databaser og seleksjon av studier**

Det ble gjort et systematisk litteratursøk i databasene Web of Science (WoS), PubMed og APA PsycInfo. Disse ble valgt da de favner en omfattende mengde av publikasjoner som er relevante for oppgavens tema. For å studere behandlingseffekt av CBT på IPV var vår avhengige variabel *dynamiske risikofaktorer*. Vi undersøkte de evidensbaserte dynamiske risikofaktorene som var relatert til vold; impulsivitet, negativ affekt, psykose, antisosiale

holdninger, rusmisbruk, mellommenneskelige relasjoner, behandlingsallianse og compliance.

Etter nærmere gjennomgang av de ulike studiene fant vi at de mest studerte dynamiske risikofaktorene for IPV var rusmisbruk, negative affekter og impulsivitet. Vi benyttet følgende inklusjonskriterier i utvelgelsen av litteratur, hvor artiklene måtte: (a) være RCT-studier, (b) måle effekten av CBT-behandling på IPV, (c) utfallsmålet måtte være nedgang i en av hovedkategoriene for dynamiske risikofaktorer (kognitiv, emosjonell/patologisk eller atferd/livsstil) og (d) være publisert på engelsk eller norsk, (e) være publisert etter 1. januar 2012 for å kun inkludere publikasjoner siste ti årene. Følgende eksklusjonskriterier ble benyttet: (a) studier som kun omhandlet kvinnelige voldsutøvere, (b) reviews (c) artikler med residivisme som utfallsmål, (d) andre terapiretninger enn CBT og (e) kvalitative studier.

Vi ekskluderte ikke artikler på bakgrunn av demografiske karakteristikk eller opprinnelsesland da vi ønsket å inkludere studier på tvers av kultur og land ettersom IPV forstås som en global pandemi. Vi ekskluderte heller ikke artikler som sammenlignet CBT med andre terapiretninger. I første runde valgte vi å inkludere sekundæranalyser og pilotstudier før nærmere gjennomlesning.

### **Søkestrategi**

Søkestrategien var (CBT OR “cognitive therapy” OR “cognitive 23ehave\* therapy” OR “cognitive behave\* program” OR “23ehave\* therapy” OR “group therapy” OR psychotherapy) AND (IPV OR “intimate partner violence” OR “domestic violence” OR “domestic abuse” OR “intimate partner abuse” OR “partner violence”) AND (“dynamic risk factor\*” OR impulsiveness OR negative affect\* OR “substance use”)

Litteratursøket ble først utført 3. februar 2022. Artikler som ble utgitt til og med 10. februar 2022 ble inkludert i litteratursøkene. Vi gjennomførte søkestrategien først i WoS hvor vi fikk 43 treff. Vi utførte deretter en manuell sortering av publikasjonene med utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene som resulterte i 7 relevante artikler. Deretter

gjennomførte vi litteratursøket i APA PsycInfo og fikk 44 treff. Ved gjennomlesning av tittel og abstract var det ingen av artiklene i APA PsycInfo som tilfredsstilte inklusjonskriteriene utover de vi allerede hadde fra søket i WoS.

Vi utførte søkestrategien i PubMed 7. februar 2022 som ga 283 treff. Ved gjennomlesning av titler, abstract og ekskludering av dupliserte artikler gjensto 21 relevante artikler. Etter manuell sortering av publikasjonene med utgangspunkt i inklusjon- og eksklusjonskriteriene gjensto 1 relevant artikkel som ble lest i fulltekst. Dermed ga det systematiske søket i de tre aktuelle databasene totalt 370 publikasjoner hvorpå åtte av disse var relevante publikasjoner for oppgavens tema.

## Tabell 2

### *Database og søkestrategi*

<u>Database og årstall</u>	<u>Leverandør</u>	<u>Søkefelt</u>	<u>Søkestrategi</u>	<u>Resultat</u>
APA PsycInfo 2012-2022	OvidSP	All fields	*	44
Web of Science 2012-2022	Clarivate	All fields	*	43
PubMed 2012-2022	OvidSP	All fields	*	283

*Notat.* Søkestrategi\* = (CBT OR “cognitive therapy” OR “cognitive behavi\* therapy” OR “cognitive behave\* program” OR “behavi\* therapy” OR “group therapy” OR psychotherapy) AND (IPV OR “intimate partner violence” OR “domestic violence” OR “domestic abuse” OR “intimate partner abuse” OR “partner violence”) AND (“dynamic risk factor\*” OR impulsiveness OR negative affect\* OR “substance use”).

**Supplerende litteratur.** I tillegg til det strukturerte litteratursøket ble det gjort et supplerende søk for innhenting av eventuell ytterligere litteratur. Totalt seks metaanalyser/reviews som ble ekskludert i manuell sortering ble hentet frem igjen for gjennomlesning og referansesjekk for å undersøke om de inneholdt relevante studier som vi ikke hadde fanget opp i vårt søk. Ved gjennomlesning ble ytterligere tre studier inkludert i vår

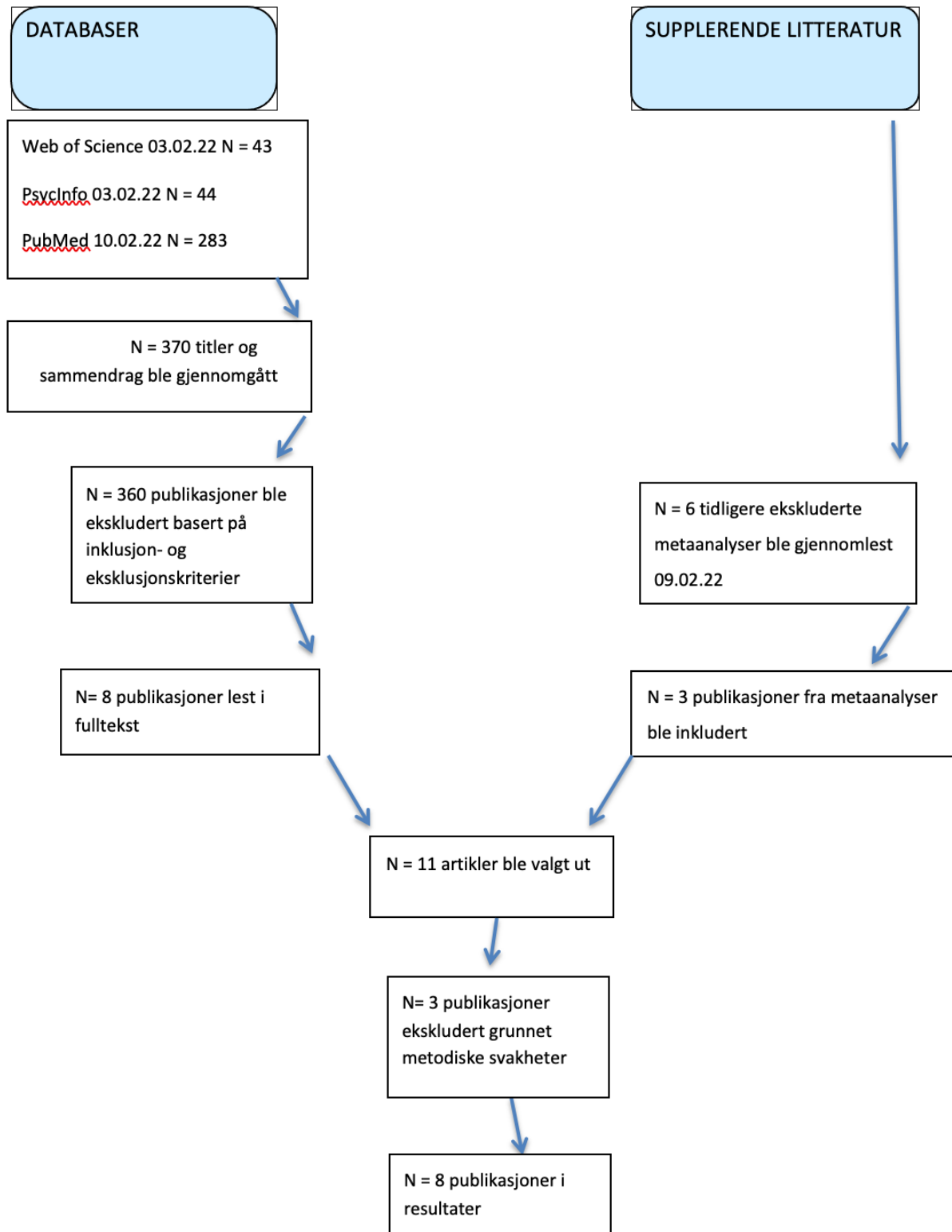


oppgave fordi de tilfredsstilte inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre. Dermed ble totalt 11 studier inkludert i litteraturgjennomgangen.

Ved nærmere gjennomlesning av de 11 artiklene bestemte vi oss for å ekskludere tre av dem grunnet metodiske svakheter da de var sekundæranalyser og pilotstudier. De tilfredsstilte ikke inklusjonskriteriet om å være RCT-studier og dynamiske risikofaktorer var ikke tydelig operasjonalisert. Behandlingseffekten av integrerte CBT-program rettet mot en intervensjonsgruppe ville dermed ikke være klart for oss. Resultater i vår oppgave besto derfor av 8 studier. Fremgangsmåten for litteratursøk ble beskrevet i *figur 1*. Vi avsluttet det systematiske litteratursøket 10 februar 2022.

**Figur 1**

*Fremgangsmåte for litteratursøk*



## Resultat

Analyser og funn som ikke er relevante for problemstillingen vil ikke redegjøres for. Litteraturgjennomgangen inkluderer totalt åtte studier. Tre av dem var fra USA, to fra Norge, en fra India, en fra Zambia og en fra Nederland. Det var relativt liten variasjon i utvalget på tvers av de inkluderte studiene hva gjelder utvalgsstørrelse, alder kjønn og om deltakelsen i studiene var frivillig eller tvungen. Utvalgsstørrelse varierte fra 26 til 284 deltakere. Studien med færrest deltakere var en norsk studie av Palmstierna et al. fra 2012, mens studien med flest deltakere var Murray et al. sin studie fra Zambia (2020). Alle studiene inkluderte frivillige deltakere, men Murphy et al., (2020) sin studie inkluderte både frivillige deltakere og deltakere som var dømt til behandling. Tre av studiene inkluderte kun den mannlige voldsutøveren som deltaker (Palmstierna et al., 2012; Kraanen et al., 2013; Chermack et al., 2019), en studie (Murray, 2020) inkluderte paret som deltakere, som kan forklare flest deltakere i studien. Fire studier (Nesset et al., 2020; Satayanaeayana et al., 2016; Easton et al., 2018; Murphy et al., 2020) inviterte deltakernes partnere til å gjennomføre selvrapporing om vold og eventuelt dynamiske risikofaktorer. Fem studier inkluderte deltakere med samtidig volds- og rusproblem (Murray et al, 2020; Easton et al., 2018; Satayanaeayana et al., 2016; Kraanen et al., 2013; Chermack et al., 2019) hvor både nedgang i IPV og rusmidler var utfallsmål, mens tre studier ekskluderte problemer med rusmidler (Nesset et al., 2020; Palmstierna et al., 2012; Murphy et al., 2020) og hadde kun nedgang i IPV som utfallsmål (se tabell 4 som gir oversikt over studieresultat senere i teksten).

Alle studiene hadde et RCT-design. Studiene har benyttet ulike former for CBT-behandling som intervensjonsprogram. Det har variert om kontrollgruppene har mottatt Treatment as Usual (TAU), andre former for CBT-behandling eller vært på venteliste. Studiene har inkludert ulike kategorier av dynamiske risikofaktorer. Studiene har benyttet en rekke ulike standardiserte kartleggingsverktøy for å måle symptomer pre- og post behandling.

Tabell 3 gir en oversikt over de ulike kartleggingsverktøyene, behandlingsintervensjonene, dynamiske risikofaktorer og studiekarakteristikk.

**Tabell 3**

*Detaljert oversikt over inkluderte studier*

<u>Forfatter/år/land/design</u>	<u>Deltakere (N)</u> <u>Gjennomsnittsalder</u> <u>Rekruttering</u>	<u>Mål av symptom</u> <u>pre/post</u>	<u>Intervensjon, kontroll</u> <u>Follow-up</u>	<u>Dynamiske risikofaktorer</u>
Murray et al./2020/Zambia RCT	N = 284 Gj. Alder= 33,7 Frivillig deltakelse	SVAWS, AUDIT,	CETA, TAU 12mnd;24mnd	Atferd/livsstil: rusbruk
Nesset et al./2020/Norge RCT	N = 125 Gj.alder= 36,06. Frivillig deltakelse	CTS2	CBGT, MBSR 3mnd;6mnd;9mnd; 12mnd	Kognitive: Emosjonelle: negativ affekt?
Palmstierna et al./2012/Norge RCT	N = 26 Gj.alder= 36 Frivillig deltakelse	CTS	CBTG,venteliste 4 mnd (kun venteliste)	Kognitive: automatiske tanker Atferd/livsstil: materialistisk vold, sosial støtte
Easton et al./2018/USA RCT	N = 63 Gj.alder = 39.4 Frivillig deltakelse	SCID, ASI, STRAXI, CTS2, TLFB, TLFB-SV	SADV, DC 3mnd	Kognitive:behandlingscompliance Emosjonelle/patologiske: negativ affekt Atferd/livsstil: Rusbruk, psykososial fungering
Satayanarayana et al./2016/India RCT	N = 177 Gj. Alder= 38 Frivillig deltakelse	SADQ, ISA, DASS-21, SDQ	ICBI, TAU 1mnd;3mnd	Emosjonelle: negativ affekt, stress Atferd/livsstil: rusbruk
Murphy et al./2020/USA RCT	N = 42 Gj.alder= 34,38 Henvist fra retten, frivillig deltakelse	CTS2, MMEA, DAS, VPC, ATSS	ICBT,CBGT 3mnd;6mnd;9mnd; 12mnd	Kognitive: antisosiale holdninger, behandlingsallianse, compliance Emosjonell: negativ affekt, Atferd/livsstil: mellommenneskelige problemer, kommunikasjonsvansker
Kraanen et al./2013/Nederland RCT	N = 52 Gj.alder= 35,9 Frivillig deltakelse	CTS2, TLFB, QDS, BSI, MMQ	I-StoP, CBT-SUD+ 8uker	Emosjonelle: psykopatologi, negativ affekt Atferd: rusbruk, mellommenneskelige relasjoner
Chermack et al./2019/USA RCT	N = 180 Gj. Alder= 42,6 Frivillig deltakelse	CTS2, CTS-SI, TLFB, PCL-C	MI+CBT, MI+CBT+CC 3mnd;6mnd;12mnd	Kognitive: motivasjon Emosjonelle: psykopatologiske, negativ affekt, Atferd: rusbruk

*Notat.* Intervensjon- og kontrollprogram: CETA - Common Elements Treatment Approach; TAU - Treatment as usual; CBGT - Cognitive behaviour Group Therapy; MBSR – Mindfulness Based Stress reduction Grouptherapy; SADV - Cognitive Behavioral Substance Abuse Domestic Violence group; DC- Drug Counselling; ICBI; ICBT - Integrated cognitive-behavioral therapy; I-StoP - Integrated treatment for Substance

abuse and Partner Violence, CBT-SUD+ - Cognitive behavioral therapy addressing substance use; MI-  
Motivational Interview; CC - Continuing Care

<sup>a</sup> Mål av symptomer ved bruk av kartleggingsverktøy: SVAWS- Severity of Violence Against Women Scale; AUDIT- Alcohol Use Disorder Identification test; CTS – Conflict Tactic Scales; CTS2- Conflict Tactic Scale Expanded Version; CTS-SI – Conflict Tactic Scale Structural Interview; SCID - The Structural Clinical Interview for DSM; ASI – Addiction severity Index; STRAXI -State-Trait Anger Expression Inventory; TLFB – Timeline Follow Back; Timeline Follow Back- Spousal Violence; SADQ – Severity of Alcohol Dependence Questionnaire; ISA- Index of Spouse Abuse; DASS-21- Depression Anxiety and Stress Scale; DAS – Dyadic Adjustment Scale; SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire; MMEA – Multidimensional Measure of Emotional Abuse; VPC – Spouse Verbal Problem Checklist; ATSS – Articulated Thoughts in Simulated situations MMQ – The Marital Maladjustment Scale; QDS – Quick Drinking Screen; BSI – The Brief Symptom Inventory PCL-C- The Posttraumatic Checklist Civilian

## Artikkel 1

Hensikten med studien til Murray og medarbeidere (2020) var å studere hvilken behandlingseffekt *Common Elements Treatment Approach* (CETA) hadde på reduksjon av IPV og farlig alkoholbruk blant zambiske par. Programmet var rettet mot heterofile par der en av partene hadde et skadelig alkoholbruk og utøvde vold mot partneren. Deltakerne ( $n=248$  par) ble frivillig rekruttert fra tre nabolag med lav sosioøkonomisk status.

Intervensjonsprogrammet ble anvendt som gruppeformat med separate grupper for kvinner og menn. Intervensjonsgruppen mottok CETA og kontrollgruppen mottok *Treatment as usual* (TAU-Plus) som var et lavterskel rådgivningstilbud. Primære og sekundære utfallsmål ble gjennomført ved behandlingsstart, 3-4 måneder etter behandlingsstart, 12 måneder etter behandlingsstart og 24 måneder etter behandlingsstart. Primære utfallsmål var reduksjon i seksuell eller fysisk partnervold, målt via kvinners selvrapporing gjennom *Severity of Violence Against Women Scale* (SVAWS). Sekundære utfallsmål var reduksjon i høyt alkoholforbruk, målt gjennom *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) og ble fylt ut både som selvrapport og partnerrapport.

Forfatterne fant en signifikant større gjennomsnittlig reduksjon i IPV 12 måneder etter behandlingsstart blant kvinner i intervensjonsgruppen sammenliknet med kvinner i kontrollgruppen ( $-8.2$ , 95% CI  $-14.9$  til  $-1.5$ ,  $p = 0.02$ , Cohen's  $d = 0.49$ ). På samme tid var den gjennomsnittlige reduksjonen i AUDIT-skåren blant menn signifikant større i intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen ( $-4.5$ , 95% CI  $-6.9$  til  $-2.2$ ,  $p < 0.001$ , Cohen's  $d = 0.43$ ). Forfatterne konkluderte med at CETA var mer effektivt enn TAU-Plus for å redusere IPV og alkoholmisbruk blant høyrisikopar i Zambia.

## Artikkel 2

Hensikt med studien til Nettet og medarbeidere (2020) var å sammenligne kognitiv atferds-gruppeterapi (CBGT) med gruppebasert mindfulnessbasert stressreduksjon (MBSR) hos menn som utøvde partnervold og som frivillig oppsøkte behandling. Deltakerne besto av frivillige menn som utøvde partnervold ( $n = 125$ ). Hypotesen var at mennene som fikk CBGT-behandling ( $n = 67$ ) ville få bedre behandlingseffekt sammenliknet med kontrollgruppen som fikk MBSR-behandling ( $n = 58$ ). Det primære utfallsmålet var endring i voldelig atferd ved 12 måneders follow-up. Deltakerne og deres partnere ( $n = 56$ ) rapporterte partnervold gjennom *Conflict Tactic Scales Expanded Version (CTS2)* ved baseline og etter tre, seks, ni og 12 måneder follow-up. Studien motbeviste hypotesen.

Forfatterne fant støtte for behandlingseffekt i både CBGT og MBSR og alle deltakerne hadde redusert voldsatferd ved 12 måneder follow-up. Resultatene tyder på betydelig reduksjon i seksuell og fysisk vold og skade på partner, men ikke i psykisk vold. Forfatterne har ikke brukt signifikans tester, men oppgitt konfidensintervaller. Med lik reduksjon i utfallsmål i begge gruppene kunne ikke forfatterne konkludere med at CBGT er mer effektivt enn MBSR.

### Artikkel 3

Hensikten med studien til Palmstierna og medarbeidere (2012) var å evaluere resultater av en manualbasert kognitiv atferdsgruppeterapi (CBGT) for menn ( $n = 26$ ) som frivillig oppsøkte hjelp for å endre voldelig atferd mot kvinnelige partnere.

Intervensjonsprogrammet ( $n = 15$ ) besto av 15 uker med 2 timers gruppeterapi (totalt 30 timer). Kontrollgruppen ( $n = 11$ ) var på venteliste for behandling i fire måneder. Forfatterne brukte selvrapporing med CTS for å måle endring i voldelig atferd før og etter behandling. I den originale CTS måles «resonnering», «verbal aggresjon» og «fysisk aggresjon». Forfatterne byttet ut «resonnering» med «materialistisk vold». Alle deltakerne ble målt med CTS på første møte etter behandling. Deltakerne i kontrollgruppen ble målt da de deltok på programmet etter fire måneder på venteliste.

Forfatterne fant at alle former for selvrapportert partnervold viste signifikant reduksjon hos alle deltakerne ( $n=26$ ) etter behandling. Å stå på venteliste i fire måneder reduserte ikke voldelig atferd sammenlignet med de som fikk umiddelbar behandling. Forfatterne utelukket dermed «venteliste»-effekt og det var ingen drop-out. Forfatterne konkluderer med at resultatet indikerer at 15 uker med manualbasert CBGT viser behandlingseffekt på IPV.

### Artikkel 4

Hensikt med studien til Easton og medarbeidere (2018) var å undersøke effekten av SADV for rusavhengige menn som utøvde IPV. Hypotesen var at de som mottok *Substance Abuse Domestic Violence Therapy* (SADV) ville vise (a) bedre behandlingscompliance ved å delta på flere sesjoner, (b) reduksjon i rusmisbruk, (c) reduksjon i episoder av IPV og (d) færre episoder av rusrelatert IPV sammenlignet med kontrollgruppen. Deltakerne var 63 menn som frivillig ønsket behandling for rusavhengighet i USA. Intervensjonsprogrammet var SADV ( $n = 29$ ) som fokuserte på forholdet mellom IPV og rus, og kontrollbetingelsen var

*Drug Counselling* (DC) ( $n = 34$ ) som representerte vanlig rusbehandling uten å tematisere IPV. Intervensjon- og kontrollgruppen mottok 12 uker med behandling.

Deltakerne ble evaluert ved oppstart (baseline), ukentlig, månedlig og ved behandlingsavslutning. Ved oppstart ble baselinekarakteristikker målt med strukturert klinisk intervju, SCID (Spitzer et al., 1990) *Addiction severity Index* (ASI); (McLellan et al., 1992), STRAXI (Easton et al., 2007). Fysisk vold og alvorlige voldsepisoder ble målt gjennom deltakers selvrappoterering og gjennom deltakernes partner ved bruk av CTS2 (Straus et al., 1996) og *Timeline Follow Back- Spousal Violence* (TFB-SV) (Fals-Stewart et al., 2000). CTS2 ble gjennomført ved oppstart, ved behandlingsslutt og ved 3 måneder oppfølging. *Timeline Follow Back* (TLFB) (Sobell & Sobell, 1992) ble fylte ut gjennom selvrappoterering på daglig basis for å kartlegge alkohol og illegale rusmidler. Selvrappotereringen ble verifisert gjennom bruk av urinprøver.

Resultater fra studiene viste at det var ingen signifikante forskjeller på behandlingscompliance mellom gruppene og begge gruppene viste generelt høyt nivå av deltakelse på sesjoner. Resultatene knyttet til den andre hypotesen viste at SADV-gruppen hadde færre positive urin- og blåseprøver og viste signifikant større reduksjon i rusmiddelbruk sammenlignet med DC-gruppen, men det var ingen signifikante forskjeller på deltakernes selvrappoterering av rusbruk. Resultatene støttet ikke den tredje hypotesen og det var ingen signifikante forskjeller i voldsatferd mot partner mellom gruppene i løpet av behandlingsperioden, men deltakerne i SADV-gruppen hadde signifikant færre rusrelaterte voldsepisoder enn DC-gruppen og sannsynligheten for en rusrelatert voldsepisode var 1.85 ganger større for deltakerne i DC. Ved follow-up rapporterte deltakere i DC-gruppen flere voldsepisoder enn deltakerne i SADV-gruppen og det ble rapportert moderat effektstørrelse (Cohens  $d = .74$ ). Forfatterne konkluderte med at SADV, som er en integrert rus- og



partnervoldsbehandling, ga bedre behandlingsutfall for IPV enn DC som kun fokuserte på rusbehandling.

### Artikkel 5

Hensikt med studien til Satyanarayana og medarbeider (2016) var å undersøke om integrert kognitiv atferdsterapi (ICBI) hadde effekt på reduksjon av IPV blant menn med alkoholavhengighet i India. Totalt 177 frivillige menn ble randomisert til å motta enten ICBI ( $n=88$ ) eller *Treatment as usual* (TAU) ( $n=89$ ) i 8 uker. Behandlingseffekt ble målt gjennom selvrappoterer av deltakerne og deres ektefeller. *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ) (Akyel et al., 2018) ble administrert til deltakeren for å måle grad av alkoholavhengighet. ISA (Coker et al., 2001) *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995) *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman & Goodman, 2009) ble administrert til ektefellene før og etter behandling for å rapportere alvorligheten av fysiske og ikke-fysiske voldshendelser, ektefellenes opplevelse av angst, depresjon og stressymptomer, samt barnas eventuelle emosjonelle og/eller atferdsproblem. Det ble gjort follow-up på deltakerne og deres ektefeller en måned og tre måneder etter behandling.

Resultatene ved en måneds follow-up viste signifikant reduksjon av alkoholbruk hos deltakerne i begge gruppene, uten rapporterte mellomgruppeskjeller. Det var en signifikant forskjell mellom gruppene i skåre på ISA, der ektefellene til ICBI-gruppen rapporterte større reduksjon i IPV sammenliknet med ektefellene til TAU-gruppen, med liten effektstørrelse (0.20). Ektefellene til ICBI-gruppen hadde også signifikant lavere skåre på stress, depresjon og angst sammenliknet med ektefellene til TAU-gruppen, målt med ISA og DASS-21, med liten effektstørrelse som varierte mellom 0.07-0.17. Oppfølging etter tre måneder tyder på at gruppeskjellene mellom intervensjon- og kontrollgruppen på ISI og DASS-21 varte over tid. Hva gjaldt deltakernes barn var det ingen statistisk signifikante forskjeller på deres

emosjonelle eller atferdsproblemer før og etter fedrenes behandling. Forfatterne konkluderte med at ICBI kan ha behandlingseffekt på IPV hos menn med alkoholavhengighet og at ICBI også kan bedre mental helse hos deres partnere.

### Artikkel 6

Hensikten med studien til Murphy og medarbeidere (2020) var å finne ut om en fleksibel kasusbasert individualterapi (ICBT) var mer effektivt enn standardisert kognitiv atferds-gruppeterapi (CBGT) for menn som utøver vold i nære relasjoner. Deltakerne besto av 42 menn. Partnerne til deltakerne ble kontaktet per telefon og bedt om å svare på spørsmål knyttet til utfallsmål. Deltakerne ble randomisert til enten 20 sesjoner med ICBT eller 20 uker med CBT- gruppeterapi (CBGT). Forfatterne brukte CTS2 og *Multidimensional Measure of Emotional Abuse* (MMEA) (Murphy et al., 1999) for å måle voldelig atferd mot partner seks månedene før behandling og på hver kvartalsvis follow-up intervall. Primære utfallsindikatorer var tre subskalaer til CTS2; psykologisk aggresjon, fysisk overgrep og skade, og totalskåle på emosjonell mishandling i MMEA. Tilpasning til forholdet ble målt med *Dyadic Adjustment Scal* (DAS) (Spanier, 1989), som deltakerne og partnerne fylte ut ved hver evaluering. Deltakernes kommunikasjonsvansker ble målt av partnerens rapportering på *Spouse Verbal Problem Checklist* (VPC) (Haynes et al., 1984) ved hver evaluering. *Articulated Thoughts in Simulated situations* (ATSS) (Zanov & Davison, 2010) ble brukt for å måle irrasjonelle holdninger, aggressive intensjoner og fiendtlige attribusjoner i møte med relasjonsscenarioer som ble presentert i en auditiv vignett. Residivisme ble evaluert gjennom tilgjengelige elektronisk database i et år fra deltakerens første behandlingsdag.

Resultatene motbeviste hypotesen og viste at CBGT ga tilsvarende eller bedre resultater enn ICBT. Denne forskjellen var statistisk signifikant for partnernes rapportering av deltakernes psykiske aggresjon, fysisk angrep, emosjonelt misbruk, partners tilpasning til forholdet, deltakerens kognitive forvrengninger og aggressive holdninger til hypotetiske

relasjonsscenarioer. Behandlingscompliance var imidlertid større blant deltakerne som fikk ICBT sammenliknet med CBGT. Residiviseraten for fysisk angrep seks måneder etter behandling var høy i begge gruppene og inkluderte nærmere halvparten av alle deltakerne.

### Artikkel 7

Hensikten med studien til Kraanen og medarbeidere (2013) var å sammenligne behandlingsutfall for utøvere av IPV med et samtidig rusproblem ved å se på to ulike metoder: I-Stop og CBT-SUD+. Hypotesene før studien ble gjennomført var: (a) Deltakernes rusbruk ville bli signifikant redusert i begge gruppene etter behandling, (b) Det ville ikke være signifikante forskjeller i rusbruk for begge gruppene etter behandling, (c) IPV ville bli signifikant redusert for begge gruppene ved å sammenligne før og etter behandling, (d) Pasientene som mottok I-Stop ville ha mindre IPV etter behandling sammenliknet med de som mottok CBT-SUD+. Totalt 52 deltakere ble randomisert i enten 16 ukentlige individualsesjoner med I-Stop ( $n=27$ ) eller CBT-SUD+ ( $n=25$ )

Alle måleinstrumentene ble administrert før, under og etter behandling. CTS2 ble brukt for å måle frekvens og prevalens på IPV som deltaker og partner fylte ut. Skåren på subskalaen *fysisk vold* i CTS2 ble brukt som primært utfallsmål og subskalaen *verbal vold og skader* ble brukt som sekundære utfallsmål til behandling. TLFB (Sobell & Sobell, 1992) og *Quick Drinking Screen* (QDS) ble brukt for å kartlegge rusbruk. *The Brief Symptom Inventory* (BSI) ble brukt for å kartlegge generell psykopatologi og *Maladjustment-scale* (MMQ) ble brukt for å kartlegge tilfredshet i ekteskapet

Resultatene viste at deltakerne i begge behandlingsbetingelsene hadde hatt signifikant flere dager rusfrihet etter behandling enn før behandling. Begge gruppene hadde utøvd signifikant mindre fysisk IPV da man sammenliknet før behandling med etter behandling. Begge behandlingsformene var effektive i å redusere verbal aggresjon og det ble ikke funnet forskjeller i utfall mellom de to gruppene. Det var en signifikant reduksjon på

psykopatologiske symptomer etter behandling, men ingen forskjell mellom de to gruppene. CBT-SUD+ viste seg å være bedre egnet da det ikke var signifikante forskjeller i behandlingsutfall mellom CBT-SUD+ og I-Stop og CBT-SUD+ var lettere å implementere på en rusklinikk da terapeutene trengte mindre spesifikk opplæring.

### Artikkel 8

Hensikten med studien til Chermack og medarbeidere (2019) var å undersøke om intervensjonsprogram som kombinerte motiverende intervju (MI), CBT og telefonbasert oppfølging viste bedre behandlingsutfall sammenlignet med kontrollgruppen på rusproblematikk, partnervold og generell vold. I forkant av studien var følgende hypoteser: (a) det ville være signifikant reduksjon i bruk av rusmidler og aggressiv atferd for alle deltakerne, (b) intervensjonsbetingelsene ville ha større reduksjon i aggresjon og bruk av rusmidler over tid sammenliknet med E-TAU, (c) forskjellene mellom gruppene vill være signifikante over tid.

Deltakerne var 180 veteraner som søkte hjelp for rusavhengighet eller psykiske problemer i USA. Studien bestod av to intervensjonsprogrammer og en kontrollgruppe *Enhanced-Treatment as Usual* (E-TAU) som var standardisert CBT.

Intervensjonsprogrammene var MI + CBT og MI + CBT + telefonoppfølging ukentlig i tolv uker etter behandlingsslutt (CC). Begge intervensjonsgruppene bestod av seks individuelle behandlingssesjoner gitt i en tidsperiode på åtte uker med fokus på konflikthåndtering, fokus på potensielle risikosituasjoner og mestringsalternativer. CTS-2 ble administrert før behandling. Et strukturert intervju (CTS-SI) kartla voldelig atferd gjennom selvrapporing og ble fylt ut før, under og etter behandling. TLFB ble fylt ut av deltakerne for å kartlegge rusbruk ved baseline, samt 3, 6 og 12 måneder etter behandling.

Resultatene viste at under oppfølgingsperioden på 12 måneder ble det ikke rapportert partnervold blant deltakerne i intervensjonsgruppene. Det var en signifikant reduksjon av

aggresjon og rusbruk blant både intervensjons- og kontrollgruppe. Det var noe mer reduksjon i aggresjon blant intervensjonsgruppene sammenliknet med kontrollgruppene, men ingen forskjell i behandlingseffekt på rusbruk. Dette tydet på at alle gruppene hadde utbytte av behandlingen, også gruppen som mottok standard CBT. Det var ikke mulig å måle gruppeeffekt over tid da ingen av deltakerne i intervensjonsgruppene rapporterte IPV ved follow-up.

**Tabell 4**
*Studieresultat for inkluderte studier*

<u>Studie</u>	<u>Behandlingsutfall</u>	<u>Rapportering</u>	<u>Spørsmål</u>	<u>Resultater</u>
Murray et al./2020/Zambia	Partnervold og rus.	Partnerrapport, selvrappport	Vil CETA være effektivt for å redusere IPV og skadelig alkoholbruk i et lavinntektsland?	CETA resulterte mindre kvinnerapportert IPV og større reduksjon i skadelig alkoholbruk sammenliknet med TAU.
Neset et al./2020/Norge	Partnervold.	Partnerrapport, selvrappport	Vil CBGT-behandling gi mer nedgang i partnervold sammenliknet med MBSR?	Begge behandlingsmetodene virker like godt over tid for seksuell og fysisk vold. Minimal effekt på psykisk vold.*
Palmstierna et al./2012/Norge	Partnervold.	Selvrappport	Har CBGT effekt for utøvere av IPV som er motivert for behandling?	Signifikant reduksjon i all form for vold etter CBGT.
Easton et al./2018/USA	Partnervold og rus.	Selvrappport, rusmiddeltester	Hva er effekten av SADV på compliance, rusmiddelbruk, IPV og rusrelatert IPV sammenliknet med DC?	SADV-deltakere hadde færre positive rusmiddeltester og mindre rusrelatert vold. Ingen forskjell i selvrappportert rusbruk. Resultatene varte over tid.
Satyanarayana et al./2016/India	Partnervold og rus.	Selvrappport, partnerrapport	Hva er effekten av ICBI på rusproblemer, IPV og partner/barns mentale helse blant menn i India?	Mindre IPV og angst og depresjon blant ektefellene til ICBI-gruppen. Ingen rapportert effekt på barns mentale helse.
Murphy et al./2020/USA	Selvrappport, partnerrapport, residiviserate, terapeutskåre	Selvrappport, partnerrapport, residiviserate, terapeutskåre	Vil ICBT være mer effektivt enn CBGT for å behandle menn som utøver IPV?	GCBT var like eller mer effektiv enn ICBT for å redusere IPV. ICBI økte psykologisk aggresjon og emosjonelt misbruk.
Kraanen et al./2013/USA	Selvrappport	Selvrappport	Er I-StoP mer effektivt enn CBT-SUD+ i å behandle menn som utøver IPV med et samtidig rusproblem?	Signifikant reduksjon av rusbruk og IPV etter behandling i begge betingelser.
Chermack et al./2019/USA	Selvrappport	Selvrappport	Har behandling som kombinerer MI+CBT+CC bedre effekt enn MI+CBT eller E-TAU?	Alle gruppene hadde utbytte av behandlingen. Svak støtte for at MI+CBT og MI+CBT+CC har bedre effekt på IPV.

*Notat.* Behandlingsformer: CETA - Common Elements Treatment Approach; TAU - Treatment as usual; CBGT - Cognitive behaviour Group Therapy; MBSR – Mindfulness Based Stress reduction Grouptherapy; SADV - Cognitive Behavioral Substance Abuse Domestic Violence group; DC- Drug Counselling; ICBI; Integrated cognitive-behavioral therapy; ICBT Individual Cognitive Therapy- I-StoP - Integrated treatment for Substance abuse and Partner Violence, CBT-SUD+ - Cognitive behavioral therapy addressing substance use; MI- Motivational Interview; CC - Continuing Care

<sup>a</sup> P-verdi ikke oppgitt (kan brukes videre i diskusjonen)

## Diskusjon

### Oppsummering av funn

Formålet med litteraturgjennomgangen var å kartlegge evidensgrunnlaget for integrerte og tilpassede CBT-programmer og hvorvidt de er mer effektive i å redusere dynamiske risikofaktorer og forebygge IPV sammenlignet med standardbehandling eller ingen behandling. Basert på sprikende resultater til denne litteraturgjennomgangen er det vanskelig å konkludere med at integrert CBT-behandling har en signifikant effekt i reduksjon av dynamiske risikofaktorer sammenlignet med ikke-tilpassede eller integrerte programmer. Alle de inkluderte studiene rapporterte nedgang i dynamiske risikofaktorer både i kontroll- og intervensjonsbetingelsen. Seks studier konkluderte med at en variasjon av CBT-behandling hadde signifikant effekt i å redusere dynamiske risikofaktorer og IPV sammenlignet med kontrollbetingelsen (Chermack et al., 2019; Easton et al., 2018; Murphy et al., 2020; Murray et al., 2020; Palmstierna et al., 2012; Satyanarayana et al., 2016). Av disse seks studiene rapporterte samtlige om endringer i kognitive-, atferd og livsstilsrelaterte- og emosjonelle/psykopatologiske dynamiske risikofaktorer. Litteraturgjennomgangen inkluderer også to artikler som ikke fant støtte for at integrert CBT var mer effektivt enn kontrollintervensjonen i å redusere dynamiske risikofaktorer og IPV (Kraanen et al., 2013; Nettet et al., 2020). Begge disse artiklene konkluderte med at kontrollbetingelsen var vel så effektiv som intervensjonsbetingelsen. En av publikasjonene fant imidlertid kun moderat

støtte for at integrerte og tilpassede CBT-programmer var mer effektivt enn kontrollbetingelsen (Chermack et al., 2019). Kun en studie sammenliknet gruppebasert CBT med ingen behandling og resultatene indikerte at CBGT hadde effekt på menn som utøver IPV (Palmstierna et al., 2012).

Samlet er funnene for sprikende og små til at vi kan fastslå at tilpassede, integrerte CBT-programmer er mer effektive i å redusere dynamiske risikofaktorer og forebygge IPV sammenliknet med standardbehandling. Vi kan imidlertid trekke slutninger om at intervensjoner rettet mot dynamiske risikofaktorer ser ut til å ha effekt på forebygging av IPV. Vi vil i det følgende diskutere dette. Vi diskuterer ikke CBT som modell og metode da det ikke er relevant for problemstillingen.

### **Metodiske styrker og svakheter ved studiene**

**RCT-design.** En styrke ved studiene i litteraturgjennomgangen er at alle studiene var randomisert kontrollerte (RCT). For å kalle en behandlingsmetode evidensbasert, bør metoden blant annet integrere tilstrekkelig med forskningsfunn, klinisk ekspertise, ivareta pasienten og metoden bør bestå av randomiserte kontrollstudier (Sackett & Richardson, 2006). Med referanse til de ulike formene for CBT-behandling i litteraturgjennomgangen (CETA; CBGT; SADV; ICBI; ICBT; I-StoP; CBT+SUD; MI+CBT) er det rimelig å anta at samtlige av metodene har evidensbasert grunnlag.

**Måleinstrumenter.** Det er variasjon i hvordan de ulike studiene har brukt måleinstrumenter for å definere partnervold, dynamiske risikofaktorer og mål på behandling.

**Mål på partnervold.** Av totalt åtte artikler benyttet fem artikler seg av CTS2 for å måle IPV før, under og etter behandling (Chermack et al., 2019; Easton et al., 2018; Kraanen et al., 2013; Murphy et al., 2020; Nettet et al., 2020; Palmstierna et al., 2012). Palmstierna et al. (2012) benyttet seg av en eldre versjon av CTS2 (CTS). CTS2 regnes for å være et valid og reliabelt psykometrisk mål på IPV og brukes i forsknings- og behandlingssammenheng på

tvers av ulike kulturer og språk (Chapman & Gillespie, 2019). Samtidig har CTS2 blitt kritisert for manglende evidens til likekjønnede par (Jones et al., 2017). En styrke ved å bruke CTS2/CTS er at disse måleinstrumentene består av fem skalaer som måler ulike aspekter av IPV; fysisk vold, verbal vold, seksuell vold, konflikt og ulike skader som konsekvens av IPV. CTS2 måler IPV som atferd som kan endres, men sier ikke noe om hvorfor volden oppstår. For å få et helhetlig bilde av voldsproblematikken argumenterer Jones et al. (2017) for at det er viktig å kartlegge flere faktorer som assosieres med IPV og bruke kliniske intervjuer av både utøvere og utsatte.

Murray et al. (2020) brukte SVAWS for å måle IPV og Satyanarayana et al. (2016) målte IPV ved hjelp av ISA. ISA er kjent for å ha like gode psykometriske egenskaper som CTS2 (Jones et al., 2017), men inkluderer bare to faktorer; fysisk vold og ikke-fysisk vold. SVAWS består av tre subskalaer som varier i alvorlighetsgrad; trusler om vold, voldshandlinger og seksuell aggresjon (Marshall, 1992). Vi argumenterer for at en styrke ved de inkluderte studiene er at de bruker samme eller tilsvarende måleinstrumenter for å kartlegge og operasjonalisere IPV og måle endringer av IPV under og etter behandling. En fellesnevner ved ISA, CTS/CTS2 og SVAWS er at de kartlegger ulike former for vold, både fysiske voldshandlinger og verbal, seksuell eller psykisk vold.

***Mål på rusmiddelbruk som dynamisk risikofaktor.*** Fem av totalt åtte studier måler endring i rusmiddelbruk som dynamisk risikofaktor. Av disse fem studiene ekskluderer to publikasjoner andre rusmidler utover alkohol (Murray et al., 2020; Satyanarayana et al. 2016) mens de tre andre studiene inkluderer andre rusmidler i tillegg til alkohol (Kraanen et al., 2013; Chermack et al., 2019; Easton et al., 2018).

Murray et al. (2020) brukte AUDIT for å kartlegge skadelig bruk av alkohol før, under og etter behandling. Et av inklusjonskriteriene var en skåre på åtte eller mer på AUDIT, enten via selvrappport eller partnerrappport. AUDIT er utviklet av WHO og en cut-off skåre på mer enn 8



regnes å være sensitivt nok for å fange opp et alkoholproblem (Nadkarni et al., 2019). Fire av publikasjonene benyttet seg av TLFB for å kartlegge daglig rusbruk (Murray et al. 2020; Easton et al. 2018; Kraanen et al. 2013; Chermack et al. 2019). I tillegg supplerte Kraanen et al. (2013) med QDS som målte kun alkoholbruk. Satyanarayana et al. (2016) brukte SADQ og har da i likhet med Murray et al. (2020) kun fokusert på skadelig bruk av alkohol og ekskludert andre rusmidler. Både Murray et al. (2020) og Satyanarayana et al. (2016) konkluderte med at intervensjonsprogrammet hadde bedre effekt sammenliknet med kontrollgruppen i behandling av alkoholproblem. Ved å ekskludere bruk av andre rusmidler enn alkohol kan forfatterne få et klarere bilde av effekten på behandlingen.

En fordel ved at Kraanen et al. (2013), Chermack et al. (2019) og Easton et al. (2018) benyttet seg av TLFB er at de inkluderte andre rusmidler (cannabis, marihuana, kokain) i tillegg til alkohol. Dette vurderer vi som en styrke da IPV ikke bare assosieres med alkohol, men også andre rusmidler og at bruk av ulike typer illegale rusmidler kan øke risiko for IPV (Armenti et al., 2017; Cafferky et al., 2018; Fazel et al., 2018). I likhet med SADQ og AUDIT anses TLFB å være et valid instrument for å måle bruk av alkohol og andre rusmidler (Martin-Willett et al., 2020). Det er imidlertid viktig å stille spørsmål ved gyldigheten til selvrapportert rusbruk, eksempelvis fant Easton et al. (2018) at intervensjonsgruppen underrapporterte eget rusbruk ved å sammenlikne med rusmiddeltester. Samtidig er det en styrke ved de inkluderte studiene at deltakerne oppsøkte behandling frivillig for både rusproblemer og IPV, da frivillig behandling ofte assosieres med mindre underrapportering (Solbergdottir et al., 2004).

**Mål på psykopatologi som dynamisk risikofaktor.** Tre av studiene har valgt å rapportere endring i emosjonelle og psykopatologiske dynamiske risikofaktorer før, under og etter behandling (Satyanarayana et al. 2016; Murphy et al. 2020; Kraanen et al. 2013).

Måleinstrumenter som har blitt benyttet er DASS-21 (Satyanarayana et al. 2016), DAS

(Murphy et al. 2020) og BSI (Kraanen et al. 2013) som alle ansees som valide måleinstrument på angst, depresjon og stress (Oei et al., 2013). Vi argumenterer for at det er en styrke at de tre studiene har inkludert mål på angst og depresjon ettersom de er vanlige komorbide tilstander til rusmiddelbruk, som vi vet er den vanligste dynamiske risikofaktoren til IPV (Cafferky et al., 2018). I tillegg hevder flere forskere at psykopatologi, særlig negativ affekt kan være et hensiktsmessig utfallsmål i behandling av IPV (Bazargan-Hejazi et al., 2014; Lila et al., 2013).

***Bruk av ett eller flere måleinstrument.*** Nettet et al. (2020) og Palmstierna et al. (2012) brukte kun CTS/CTS2 som måleinstrument på IPV før og etter behandling. Ved å måle behandlingsutfall ved hjelp av kun ett måleinstrument kan det gi et tydelig svar på effekten av behandlingen ved å direkte sammenligne effekten på kontroll- og intervensjonsgruppen. Bruk av ett måleinstrument som CTS2 kan være enklere og mer praktisk å gjennomføre og potensielt føre til mindre feilrapportering fordi det er mindre kjedelig og demotiverende å fylle dem ut over tid. Samtidig kan denne avgrensningen i måleinstrumenter medføre at behandlingseffekten av potensielt viktige dynamiske risikofaktorer, som bruk av rusmidler eller negativ affekt, blir oversett.

***Repeterte målinger.*** Det var kun en studie som ikke målte endringer over tid (Palmstierna et al., 2012). Palmstierna og kolleger (2012) sammenlignet skåre på utfallsmål etter fire måneder på venteliste med fire måneder i behandling. De syv andre inkluderte artiklene målte endring over tid med ulike tidsintervaller under og etter behandling. Kraanen et al. (2013) er den studien med kortest oppfølgingstid, der siste utfallsmål er tatt to måneder etter endt behandling. Nettet et al. (2020), Murphy et al. (2020) og Chermack et al. (2019) er de tre publikasjonene som har utført flest målinger underveis og etter behandling med henholdsvis tre, seks og tolv måneder under og etter behandling. Ideelt skulle det ha vært gjennomført langtidsoppfølging av deltakerne for å kunne si noe om varigheten av resultatene, særlig fordi

man måler effekt på flere variabler. Dette kan imidlertid være vanskelig å gjennomføre både økonomisk og praktisk; det er ressurskrevende å skulle gjennomføre oppfølging over tid.

Samtidig rapporterte flere av de inkluderte studiene frafall underveis i rekrutterings- og behandlingsperioden, noe som kan gjøre det desto vanskeligere med oppfølging. Murphy et al. (2020) inkluderte residiviserate i sin prosedyre, som kan være en effektiv måte å innhente oppfølgingsdata på. Som tidligere nevnt kan residivisme skjule mørketall og gi et feilaktig bilde av behandlingseffekten. Likevel kan residivisme i kombinasjon med selvrapporing og partnerrapportering muligens bidra til et mer helhetlig bilde over tid.

***Bruk av selvrapporing og komparentopplysninger.*** Alle de inkluderte studiene benyttet seg av selvrapporing for å kartlegge endringer i IPV. Halvparten av de åtte artiklene benyttet seg av partnerrapportert IPV i tillegg til selvrapportert IPV (Murphy et al., 2020; Murray et al., 2020; Nettet et al., 2020; Satyanarayana et al., 2016). Easton et al. (2018) og Murphy et al. (2020) var de eneste studiene som benyttet seg av objektive kilder for å måle dynamiske risikofaktorer og IPV. Easton et al (2018) benyttet seg av rusmiddeltester i tillegg til selvrapportert rusbruk og fant at det var signifikant færre positive rusmiddeltester i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, men at denne forskjellen ikke ble rapportert av deltakerne selv. Murphy et al. (2020) var den eneste studien som benyttet seg av terapeutskåre for å måle endringer i kognitive dynamiske risikofaktorer, og brukte også residiviserater i tillegg til selvrapporing for å måle endring i IPV. Ved denne kombinasjonen fant forfatterne at flere av deltakerne fra ICBT-gruppen enten var tiltalt eller dømt for IPV i tiden etter behandling sammenliknet med deltakerne i CBGT-gruppen. Residiviseraten var allikevel forholdsvis høy også blant CBGT-gruppen.

Selv om vi kan argumentere for at det er en styrke at halvparten av artiklene inkluderte partnerrapportert endring av IPV, innebærer det også at studiene ekskluderte deltakere som ikke var i et forhold. Dette kan være en ulempe da menn som utøver vold i intime relasjoner

uten å være i et definert forhold ekskluderes fra behandling. Selv om en voldsutøver ikke befinner seg i et forhold, kan det være fordelaktig å tilby vedkommende behandling da dette muligens kan forebygge fremtidige partnervoldsepisoder.

Kun en av artiklene inkluderte mål på barns psykiske helse som avhengig variabel (Satyanarayana et al., 2016). Å vokse opp i et hjem med IPV gir økt sannsynlighet for psykiske vansker på skolen, sinneproblemer, atferdsforstyrrelser, angstproblematikk, dårlige sosiale ferdigheter (Kelly & Johnson, 2008) og assosieres med IPV i voksen alder (Bazargan-Hejazi et al., 2014). Satyanarayana og medarbeidere (2016) fant ingen støtte for at ICBI påvirket barnas mentale helse, som muligens kan forklares av begrenset follow-up på kun tre måneder. Vi ser allikevel på inkludering av barnas mentale helse i studien som en metodisk styrke, fordi det bidrar til å illustrere kompleksiteten til IPV og hvilke ringvirkninger endring i voldelig atferd potensielt kan ha.

**Effektstørrelse.** Kun tre av de inkluderte studiene rapporterte effektstørrelse (Easton et al., 2018; Murray et al., 2020; Satyanarayana et al., 2016). De resterende fem studiene (Chermack et al., 2019; Kraanen et al., 2013; Murphy et al., 2020; Nettet et al., 2020; Palmstierna et al., 2012) fulgte ikke *CONSORT 2010 Checklist* sin anbefaling om rapportering av effektstørrelser (Schulz et al., 2010). Manglende rapportering av effektstørrelse kan være problematisk da statistisk signifikans og effektstørrelser ikke nødvendigvis beskriver samme fenomen og manglende effektstørrelser kan gjøre det problematisk å sammenfatte studier til metaanalyser (Sun et al., 2010). Satyanarayana et al. (2016) rapporterte liten effektstørrelse på effekten av behandling for ektefellenes psykiske helse (0.07-0.17) og liten effektstørrelse (0.20) på effekten av ICBI på IPV. Forfatterne informerte ikke om hvilken type effektstørrelse som var brukt til å rapportere. Easton et al. (2018) og Murray et al. (2020) rapporterte effektstørrelser i Cohens *d*, med henholdsvis moderate effektstørrelser. Studien til Murray et al. (2020) rapporterte moderate

effektstørrelser på 0.49 på kvinnerapportert IPV og 0.43 i reduksjon av skadelig alkoholbruk. Easton et al. (2018) rapporterte moderat effektstørrelse på 0.74 på SADV sammenlignet med kontrollbetingelsen. Det er problematisk å sammenligne basert på effektstørrelser når det ikke kommer frem hva slags effektstørrelse det er rapportert i og når kun tre av åtte publikasjoner rapporterer effektstørrelser. Samtidig finnes det andre måter å rapportere behandlingseffekt på. Eksempelvis har Murphy et al. (2020) og Nessel et al. (2020) rapportert funn med små konfidensintervaller, som overført betyr at de har gjort ganske presise funn.

**Utvalgsstørrelse og utfordringer knyttet til drop-out.** Begrenset utvalgsstørrelse var en gjennomgående svakhet i de inkluderte studiene med variasjon på mellom 26 og 284 deltakere, selv om studiene rekrutterte langt flere deltakere. Et stort antall deltakere har falt fra i studiene både før behandlingsoppstart og i løpet av behandlingen, utenom Palmstierna et al. (2012) sin studie. Dette var også studien med lavest utvalgsstørrelse og svært motiverte deltakere, noe som kan være med på å forklare hvorfor drop-out var så lav. Årsakene til drop-out kan være de samme årsakene som til IPV, det vil si dynamiske risikofaktorer som dårlig behandlingscompliance og behandlingsallianse, impulsivitet, rusmiddelbruk og negativ affekt. Videre kan vi tenke oss at dersom deltakere med høyest risikonivå droppet ut, kan dette ha påvirket resultatene til studiene dithen at den aktuelle behandlingsintervensjonen ser mer virksom ut enn den faktisk er.

Ingen av de inkluderte studiene hadde deltakere som var tvunget til behandling. Forskning på drop-out peker på at ikke-dømte menn tenderer å delta på færre behandlingssesjoner enn dømte menn (Daly et al., 2001; Gerlock, 2001), det kan derfor tenkes at dersom studiene inkluderte tvungen behandling hadde resultatene vært annerledes. Samtidig kan det argumenteres for at deltakere som frivillig oppsøker behandling til en viss grad er bevisst voldsproblemene sine og dermed også innehar en grad av behandlingsmotivasjon. Dette illustrerer studien til Palmstierna og kolleger (2012) der alle

inkluderte deltakere var motivert for behandling og erkjente at de hadde et voldsproblem, noe som delvis kan forklare hvorfor det ikke var frafall i løpet av behandlingsperioden.

### **Kultursensitivitet til integrerte programmer**

Vi inkluderte tre studier fra USA (Chermack et al., 2019; Easton et al., 2018; Murphy et al., 2020), to studier fra Norge (Nesset et al., 2020; Palmstierna et al., 2012), en studie fra Nederland (Kraanen et al., 2013), en studie fra Zambia (Murray et al., 2020) og en studie fra India (Satyanarayana et al., 2016). Den geografiske variasjonen i de inkluderte studiene vurderes som en metodisk styrke i denne litteraturgjennomgangen. Som nevnt i innledningen er IPV et globalt fenomen, derfor er det viktig at man vurderer behandlingseffekten til ulike CBT-programmer på tvers av landegrensener og sosioøkonomisk status.

Murray et al. (2020) argumenterer for gjennomføring av RCT-studier i lavinntektsland for å finne effekten av CETA i Zambia. De hevder at reduksjon av IPV er en viktig del av utviklingen til lavinntektsland fordi det indirekte kan bidra til at flere kvinner og barn får mulighet til utdanning og arbeid (Murray et al. 2020). Satyanarayana et al. (2016) poengterer at ettersom det er økende alkoholkonsum i India, bør det gjennomføres RCT-studier for å sammenlikne behandling utprøvd i vesten. Økt alkoholkonsum i lavinntektsland er særlig assosiert med økt risiko for materiell, relasjonell og økonomisk skader (Callinan & Livingston, 2019; Manthey et al., 2019). I lys av det vi allerede vet om rusbruk som dynamisk risikofaktor for IPV, vil det være desto viktigere med evidensbaserte behandlingsprogrammer som inkluderer dynamiske risikofaktorer i behandling av IPV i lavinntektsland. Både Murray et al. (2020) og Satyanarayana et al. (2016) var blant de inkluderte publikasjonene med sterkeste evidensgrunnlag for intervensjonsprogrammet. Selv om de rapporterte funnene via selvrappport og partnerrappport og kun inkluderte skadelig alkoholbruk, kan vi konkludere med at CETA og ICBI virker å ha effekt på både alkoholbruk og IPV i land med lav sosioøkonomisk status.

**Er dynamiske risikofaktorer et godt mål på behandlingseffekt?**

Funnene i denne litteraturgjennomgangen tyder på at det er mulig å redusere dynamiske risikofaktorer gjennom behandling, men vi kan fortsatt ikke konkludere med at integrerte CBT-programmer har signifikant bedre effekt på IPV enn standardbehandling. Det kan derfor diskuteres om dynamiske risikofaktorer er et godt mål på behandlingseffekt av integrerte CBT-program. I takt med en økning av studier som ser på forholdet mellom endringer i dynamiske risikofaktorer og behandling av IPV, har andre forskere stilt seg kritiske til den konseptuelle og teoretiske forståelsen av dynamiske risikofaktorer og hvordan det påvirker kvaliteten i forskningen (Cording et al., 2016; Klepfisz et al., 2016).

En svakhet ved dynamiske risikofaktorer er at definisjon og beskrivelsen av hva som refereres til som «dynamisk» fremstår utydelig (Ward & Fortune, 2016). Ifølge Ward og Willis (2016) er det et stort problem for forskningen at mange risikofaktorer som omtales som «dynamiske» ikke er kausale slik flere av definisjonene hevder. For at en risikofaktor kan defineres som kausal, må det være evidens mellom underliggende årsaker og voldshandlingen (Ward & Willis, 2016). Noen hevder at dynamiske risikofaktorer er korrelater på gjentatte voldshandlinger og fremstår som symptomer på underliggende årsaksprosesser fremfor evidensbaserte årsaker i seg selv (Cording et al., 2016; Klepfisz et al., 2016). Ward og Fortune (2016) argumenterer i sin artikkel for at dynamiske risikofaktorer ikke fungerer som forklaringer på lovbrudd og voldshandlinger blant annet fordi dynamiske risikofaktorer består av flere, ofte motstridende årsakselementer som favner en blanding av antatte årsaker, psykologiske tilstander, kognitive-, affektive-, sosiale og atferdsmessige faktorer relatert til lovbrudd.

I lys av Ward og Fortune (2016) sin kritikk kan det diskuteres om konseptualiseringen av dynamiske risikofaktorer er forenklet, som gjør det utfordrende å forstå de spesifikke mekanismene som ligger til grunn for alvorlige fenomener som partnervold (Serin et al.,

2013). Som konsekvens av dette kan en stille seg kritisk til prediksjonsverdien og konstruksjonsvaliditeten til dynamiske risikofaktorer (Durrant, 2016; Hannah-Moffat, 2016; Ward, 2016).

Det kan fremstå som om forskere har tendert å bruke en bottom-up strategi som har resultert i en beskrivelse av en rekke dynamiske risikofaktorer (Thornton, 2013). Selv om denne strategien er nyttig for å danne klynger eller domener av risikofaktorer for partnervold, kommer strategien til kort på spørsmål om kausalitet og prediksjon på individnivå.

Dersom «alt» kan defineres som dynamiske risikofaktorer kan vi stille oss spørsmålet om hva som faktisk endrer seg i behandling. Vi kan ikke bruke dynamiske risikofaktorer til å predikere en persons fremtidige handlingsmønster, men dynamiske risikofaktorer kan peke på intervensjoner som potensielt kan forebygge IPV på gruppenivå. Det betyr at forskning på dynamiske risikofaktorer og IPV må ha en felles forståelse for at bruk av dynamiske risikofaktorer kun kan *forebygge* risiko- ikke predikere.

Oppsummert fremstår det som unøyaktig *hva* som endrer seg i integrert CBT-behandling og om det er noen spesifikke komponenter innenfor hver risikofaktor som driver denne endringen (Heffernan et al., 2019). Likevel kan en argumentere for at dynamiske risikofaktorer er et mer effektivt utfallsmål enn residivisme alene (Heffernan et al., 2019; López-Ossorio, Álvarez, et al., 2017) og har forebyggende verdi for gjentakende voldsepisoder.

### **Implikasjoner for videre forskning**

Når vi ikke vet nok om hvilke mekanismer som fører til atferdsendring, er det behov for forskning som fastslår, snarere enn antar, at visse dynamiske risikofaktorer er direkte relatert til vold (Klepfisz et al., 2016) og partnervold. Studiene i litteraturgjennomgangen viser at det ikke er lett å peke på hvilke elementer av integrert CBT-behandling som fungerer mest effektivt hva gjelder forebygging av IPV. Eksempelvis tyder resultater fra Easton et al. (2018)



og Satyanarayana et al. (2016) og Chermack et al. (2019) på at integrerte CBT-programmer ikke har bedre effekt enn standard rusbehandling i å redusere dynamiske risikofaktorer (eksempelvis rusmiddelproblemer). Samtidig viser deres resultater en større nedgang i IPV blant deltakerne i intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollbetingelsen. Derfor kan det virke som om det ikke er nok å intervensere mot dynamiske risikofaktorer i seg selv, men også anvende behandlingsprogrammer som aktivt adresserer IPV.

Murphy et al. (2020) konkluderte med at CBT i gruppe fungerte bedre enn individualterapi og at de som mottok individualterapi faktisk ble forverret i løpet av behandlingsperioden. Nettet et al. (2020) fant ingen signifikante forskjeller mellom mindfulness og CBT og rapporterte signifikant reduksjon i alle former for partnervold med unntak av psykisk vold. Kraanen et al. (2013) fant ingen signifikante forskjeller i effekt av behandling mellom kontroll- og intervensjonsbetingelsene. Vi kan konkludere med at det er behov for mer forskning på feltet, særlig hva gjelder sammenhengen mellom dynamiske risikofaktorer og IPV og hvilken elementer i de integrerte CBT-behandlingene som fører til faktisk endring i voldsatferd.

### **Implikasjoner for klinisk praksis**

Funnene i litteraturgjennomgangen har viktige implikasjoner for klinisk virksomhet på tvers av land og kulturer. Den mest hensiktsmessige måten å behandle voldsproblematikk på ser til å kombinere behandlingen med andre samtidige psykologiske eller atferdsmessige problemer. Rusmiddelproblem peker seg ut som særlig vanlig komorbid tilstand til partnervold. Resultatene peker på at institusjoner som behandler enten vold eller rus bør kartlegge pasienter for begge problemene for å etterstrebe å tilby integrert behandling ved samme behandlingsinstitusjon. Flere rusinstitusjoner, både poliklinisk og døgnbehandlinger, har en unik mulighet til å behandle rus- og voldsproblemer samtidig og integrert. I forlengelsen av integrert behandling viser litteraturgjennomgangen også at det bør etterstrebes

å inkludere voldsutsatt partner i behandling. Det er en sammenheng mellom å bli utsatt for IPV og økt sårbarhet for psykiske lidelser som angst og depresjon (Dutton & White, 2012; Satyanarayana et al., 2016). Satyanarayana og kolleger (2016) konkluderer blant annet i sin artikkel med at særlig kvinner som går til behandling for psykiske lidelser bør kartlegges for om de blir utsatt for IPV. Studien til Satyanarayana et al., (2016) peker på at intervensjoner rettet mot voldsutøver og dynamiske risikofaktorer som alkoholmisbruk kan ha effekt på ektefellenes psykiske helse. Dette ser vi på som en positiv konsekvens av integrert behandling og er derfor av betydning i klinisk praksis.

#### Styrker og svakheter ved litteraturgjennomgangen

Litteraturgjennomgangen argumenteres for å være nyskapende fordi den undersøker sammenhengen mellom integrert kognitiv atferdsterapi, partnervold og dynamiske risikofaktorer. Videre har litteraturgjennomgangen inkludert studier fra ulike land som medfører at funnene i større grad kan generaliseres uavhengig av land, kultur, språk og sosioøkonomisk status.

En svakhet kan imidlertid være at mye av forskningen på enkelte individuelle risikofaktorer baserer seg på eldre forskning. Vi tok utgangspunkt i evidensbaserte, individuelle dynamiske risikofaktorer fra forskning på seksualforbrytere som vi selv konseptualiserte til tre hovedkategorier; kognitive, emosjonelle og atferdsrelaterte dynamiske risikofaktorer. Det kan tenkes at andre hadde valgt en annen måte å konseptualisere dynamiske risikofaktorer på.

Med hensyn til tidsrammen og ressurser for hovedoppgaven, valgte vi gjennomføre en systematisk litteraturstudie for å best mulig besvare problemstillingen. En systematisk litteraturstudie gir en god oversikt over eksisterende forskning på feltet, men til sammenligning vil en metaanalyse være enda mer systematisk og omfattende. Dermed gir ikke denne litteraturgjennomgangen en fullstendig oversikt over all forskningen på feltet.

Vi brukte tre søkemotorer i litteraturgjennomgangen; PubMed, Web of Science og PsychINFO. Det kan argumenteres for at flere søkemotorer skulle vært benyttet, men det er likevel rimelig å forvente at de brukte søkemotorene dekker de fleste relevante publikasjonene på feltet. Ettersom vi var to som skrev oppgaven, gjennomførte vi seleksjonsprosessen i litteraturgjennomgangen ved å gjøre uavhengige vurderinger for å kontrollere for seleksjonsbias.

Denne litteraturgjennomgangen baserer seg på kvantitative data for å studere behandlingseffekt. Det vil si at vi baserer oss på forskning som kan generaliseres på gruppenivå, men kan ikke si noe om endringsmekanismer på individnivå. Hver pasient har sin personlige historie og sine individuelle behov, og selv om det er viktig å kjenne til risikofaktorer på gruppenivå er det vel så viktige å ta høyde for individuelle forskjeller. Det kan dermed tenkes at en kvalitativ tilnærming kan fange opp andre viktige elementer som ikke denne litteraturgjennomgangen har gjort.

### **Oppsummering og konklusjon**

Oppsummert tyder de inkluderte artiklene på at det er mulig å redusere dynamiske risikofaktorer gjennom behandling og således forebygge gjentatt partnervold. Resultatene i litteraturgjennomgangen var ikke tydelige nok til å kunne konkludere med at integrert CBT-behandling har en klar behandlingseffekt sammenlignet med enklere og standardiserte behandlingstilbud. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv kan det være vel så effektivt med enkle, tidseffektive, standardiserte behandlingsprogrammer rettet mot dynamiske risikofaktorer som kan gjennomføres av helsepersonell uten særlig spisskompetanse.

Litteraturgjennomgangen har bidratt til forståelsen av hvordan fokus på dynamiske risikofaktorer kan fungere forebyggende i behandling av menn som utøver partnervold. Denne forståelsen er viktig både for forskere, behandlere og samfunnet for øvrig fordi kunnskap og

bevissthet om dynamiske risikofaktorer kan bidra til å forebygge risiko for partnervold ved å iverksette virksomme tiltak for å endre dynamiske risikofaktorer.

## Referanser

- Akyel, B., Aldemir, E. & Ender Altintoprak, A. (2018). Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: Validity and Reliability of the Turkish Version. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 29(3).
- Alsaker, K., Moen, B. E., Nortvedt, M. W. & Baste, V. (2006). Low health-related quality of life among abused women. *Quality of life research*, 15(6), 959-965.
- Alward, L. M., Caudy, M. S. & Viglione, J. (2020). Assessing the Relative Influence of Individual Attitudes, Social Supports, and Neighborhood Context on Reentry Outcomes: What Changes Matter Most? *Criminal Justice and Behavior*, 47(11), 1487-1508. doi: 10.1177/0093854819901158
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. Routledge.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2017). *The psychology of criminal conduct, Sixth Edition (2017)* New York, NY: Routledge, 2017. ISBN 9781138935778 (Bd. 108). John Wiley & Sons, Ltd. doi: 10.1111/bjop.12254
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & delinquency*, 52(1), 7-27.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755. doi: 10.1177/0093854811406356
- Armenti, N. A. & Babcock, J. C. (2016). Conjoint treatment for intimate partner violence: A systematic review and implications. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 5(2), 109-123. doi: 10.1037/cfp0000060
- Armenti, N. A., Snead, A. L. & Babcock, J. C. (2017). Exploring the Moderating Role of Problematic Substance Use in the Relations Between Borderline and Antisocial Personality Features and Intimate Partner Violence. *Violence against Women*, 24(2), 223-240. doi: 10.1177/1077801216687875
- Askeland, I. R., Moen, L. H., Nilsen, L. G., Kruse, A. E., Hjemdal, O. K. & Holt, T. (2016). Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold. *En nasjonal kartleggingsundersøkelse.: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*.
- Babcock, J. C., Green, C. E. & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1023-1053. doi: 10.1016/j.cpr.2002.07.001

- Barbour, K. A., Eckhardt, C. I., Davison, G. C. & Kassinove, H. (1998). The experience and expression of anger in maritally violent and maritally discordant-nonviolent men. *Behavior Therapy, 29*(2), 173-191. doi: 10.1016/S0005-7894(98)80001-4
- Bazargan-Hejazi, S., Kim, E., Lin, J., Ahmadi, A., Khamesi, M. T. & Teruya, S. (2014). Risk Factors Associated with Different Types of Intimate Partner Violence (IPV): An Emergency Department Study. *The Journal of Emergency Medicine, 47*(6), 710-720. doi: 10.1016/j.jemermed.2014.07.036
- Beck, A. T. & Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual review of medicine, 62*, 397-409.
- Beck, A. T. & Weishaar, M. (1989). Cognitive therapy. I *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (s. 21-36). Springer.
- Belfrage, H. & Strand, S. (2012). Measuring the outcome of structured spousal violence risk assessments using the B-SAFER: Risk in relation to recidivism and intervention. *Behavioral Sciences & the Law, 30*(4), 420-430.
- Belfrage, H., Strand, S., Storey, J. E., Gibas, A. L., Kropp, P. R. & Hart, S. D. (2011). Assessment and management of risk for intimate partner violence by police officers using the Spousal Assault Risk Assessment Guide. *Law and human behavior, 1*-10.
- Bergman, S., Bjørnholt, M., Helseth, H., Kruse, A., Øverlien, C. & Vold, M. (2020). Krisesentrene og covid-19–resultat fra en kartlegging i april 2020. *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress/RVTS Øst*. Hentet fra: <https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/05/Krisesentre-og-covid-19.pdf>.
- Birkley, E. L. & Eckhardt, C. I. (2015). Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 37*, 40-56.
- Bradbury-Jones, C. & Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of clinical nursing*.
- Butters, R. P., Droubay, B. A., Seawright, J. L., Tollefson, D. R., Lundahl, B. & Whitaker, L. (2021). Intimate partner violence perpetrator treatment: Tailoring interventions to individual needs. *Clinical Social Work Journal, 49*(3), 391-404.
- Cafferky, B. M., Mendez, M., Anderson, J. R. & Stith, S. M. (2018). Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychology of Violence, 8*(1), 110-131. doi: 10.1037/vio0000074

- Cannon, C., Hamel, J., Buttell, F. & Ferreira, R. J. (2016). A survey of domestic violence perpetrator programs in the United States and Canada: Findings and implications for policy and intervention. *Partner abuse*, 7(3), 226-276.
- Chermack, S. T., Bonar, E. E., Goldstick, J. E., Winters, J., Blow, F. C., Friday, S., Ilgen, M. A., Rauch, S. A., Perron, B. E. & Ngo, Q. M. (2019). A randomized controlled trial for aggression and substance use involvement among Veterans: Impact of combining Motivational Interviewing, Cognitive Behavioral Treatment and telephone-based Continuing Care. *Journal of substance abuse treatment*, 98, 78-88.
- Coker, A. L., Pope, B. O., Smith, P. H., Sanderson, M. & Hussey, J. R. (2001). Assessment of clinical partner violence screening tools.
- Crane, C. A. & Easton, C. J. (2017). Integrated treatment options for male perpetrators of intimate partner violence. *Drug and alcohol review*, 36(1), 24-33.
- Crane, C. A. & Eckhardt, C. I. (2013). Evaluation of a single-session brief motivational enhancement intervention for partner abusive men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 180-187. doi: 10.1037/a0032178
- De Vries Robbé, M., de Vogel, V., Douglas, K. S. & Nijman, H. L. (2015). Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: Predicting reductions in postdischarge community recidivism. *Law and human behavior*, 39(1), 53.
- Deffenbacher, J. L., Oetting, E. R. & DiGiuseppe, R. A. (2002). Principles of empirically supported interventions applied to anger management. *The Counseling Psychologist*, 30(2), 262-280. doi: 10.1177/0011000002302004
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., Lim, S., Bacchus, L. J., Engell, R. E. & Rosenfeld, L. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340(6140), 1527-1528.
- Dewi, I. D. A. D. P. & Kyranides, M. N. (2021). Physical, Verbal, and Relational Aggression: The Role of Anger Management Strategies. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1-18. doi: 10.1080/10926771.2021.1994495
- Douglas, K. S. & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 347-383. doi: 10.1037/1076-8971.11.3.347

- Dutton, D., Saunders, K., Starzomski, A. & Bartholomew, K. (2006). Intimacy-Anger and Insecure Attachment as Precursors of Abuse in Intimate Relationships<sup>1</sup>. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1367-1386. doi: 10.1111/j.1559-1816.1994.tb01554.x
- Dutton, D. G. & White, K. R. (2012). Attachment insecurity and intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 17(5), 475-481.
- Easton, C. J., Crane, C. A. & Mandel, D. (2018). A randomized controlled trial assessing the efficacy of cognitive behavioral therapy for substance-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(3), 483-498. doi: 10.1111/jmft.12260
- Easton, C. J., Mandel, D., Babuscio, T., Rounsaville, B. J. & Carroll, K. M. (2007). Differences in treatment outcome between male alcohol dependent offenders of domestic violence with and without positive drug screens. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2151-2163.
- Eckhardt, C. I., Murphy, C. M., Whitaker, D. J., Sprunger, J., Dykstra, R. & Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner abuse*, 4(2), 196-231.
- Estroff, S. E. & Zimmer, C. (1994). Social networks, social support, and violence among persons with severe, persistent mental illness. I *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. (s. 259-295) (The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development.). The University of Chicago Press.
- Evans, M. L., Lindauer, M. & Farrell, M. E. (2020). A pandemic within a pandemic— Intimate partner violence during Covid-19. *New England journal of medicine*, 383(24), 2302-2304.
- Fals-Stewart, W., Golden, J. & Schumacher, J. A. (2003). Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1555-1574. doi: 10.1016/j.addbeh.2003.08.035
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Freitas, T. T., McFarlin, S. K. & Rutigliano, P. (2000). The timeline followback reports of psychoactive substance use by drug-abusing patients: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 134.



- Fazel, S., Smith, E. N., Chang, Z. & Geddes, J. R. (2018). Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*, 213(4), 609-614. doi: 10.1192/bjp.2018.145
- Field, C. A., Caetano, R. & Nelson, S. (2004). Alcohol and Violence Related Cognitive Risk Factors Associated with the Perpetration of Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence*, 19(4), 249-253. doi: 10.1023/B:JOFV.0000032635.42145.66
- Fortune, C. A. & Heffernan, R. (2021). Strengths and weaknesses of the psychology of criminal conduct: Implications for the conceptualisation, assessment and treatment of antisocial personality pattern. *Behav Sci Law*, 39(5), 678-693. doi: 10.1002/bsl.2545
- García-Moreno, C. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L. & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The lancet*, 368(9543), 1260-1269.
- Gendreau, P., Little, T. & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology*, 34(4), 575-608.
- Goodman, A. & Goodman, R. (2009). Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), 400-403.
- Haynes, S. N., Chavez, R. E. & Samuel, V. (1984). Assessment of marital communication and distress. *Behavioral Assessment*.
- Heffernan, R., Wegerhoff, D. & Ward, T. (2019). Dynamic risk factors: Conceptualization, measurement, and evidence. *Aggression and Violent Behavior*, 48, 6-16.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.11-utredning-av-voldsrisiko>
- Henwood, K. S., Chou, S. & Browne, K. D. (2015). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of CBT informed anger management. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 280-292.
- Hestevik, C. H., Steiro, A., Smedslund, G. & Harboe, I. (2020). Norsk forskning om forebyggende tiltak og hjelpetiltak mot vold i nære relasjoner: Et forskningskart.

- Hilton, N. Z. & Radatz, D. L. (2021). Criminogenic needs and intimate partner violence: Association with recidivism and implications for treatment. *Psychological Services, 18*(4), 566-573. doi: 10.1037/ser0000450
- Howard, M. V. A. & van Doorn, G. (2018). Within-treatment change in antisocial attitudes and reoffending in a large sample of custodial and community offenders. *Law and human behavior, 42*(4), 321-335. doi: 10.1037/lhb0000290
- Klepfisz, G., Daffern, M. & Day, A. (2016). Understanding dynamic risk factors for violence. *Psychology, Crime & Law, 22*(1-2), 124-137.  
doi: 10.1080/1068316X.2015.1109091
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S. & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry, 54*(4), 337-343.  
doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830160065009
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L. & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet, 360*(9339), 1083-1088.
- Kraanen, F. L., Scholing, A., Hamdoune, M. & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Integrated Treatment for Substance Abuse and Partner Violence (I-StoP): A Case Study. *Clinical Case Studies, 13*(3), 203-217. doi: 10.1177/1534650113506037
- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. & Emmelkamp, P. M. (2013). The comparative effectiveness of integrated treatment for substance abuse and partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: A randomized controlled trial. *Bmc Psychiatry, 13*(1), 1-14.
- LaMotte, A. D. & Taft, C. T. (2017). PTSD, anger, and trauma-informed intimate partner violence prevention. *Current Treatment Options in Psychiatry, 4*(3), 262-270.
- Lee, A. H. & DiGiuseppe, R. (2018). Anger and aggression treatments: a review of meta-analyses. *Current opinion in psychology, 19*, 65-74.  
doi: 10.1016/j.copsyc.2017.04.004
- Lila, M., Gracia, E. & Murgui, S. (2013). Psychological adjustment and victim-blaming among intimate partner violence offenders: The role of social support and stressful life events. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 5*(2), 147-153.  
doi: 10.5093/ejpalc2013a4
- López-Ossorio, J. J., Álvarez, J. L. G., Pascual, S. B., García, L. F. & Buéla-Casal, G. (2017). Risk factors related to intimate partner violence police recidivism in Spain. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 17*(2), 107-119.

- López-Ossorio, J. J., González Álvarez, J. L., Buquerín Pascual, S., García, L. F. & Buela-Casal, G. (2017). Risk factors related to intimate partner violence police recidivism in Spain. *International journal of clinical and health psychology : IJCHP*, 17(2), 107-119. doi: 10.1016/j.ijchp.2016.12.001
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment*, 9(3), 199-213.
- McMurrin, M. (2017). Treatment of alcohol-related violence: Integrating evidence from general violence and IPV treatment research. *Drug and alcohol review*.
- Mills, J. F., Kroner, D. G. & Hemmati, T. (2004). The Measures of Criminal Attitudes and Associates (MCAA):The Prediction of General and Violent Recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 31(6), 717-733. doi: 10.1177/0093854804268755
- Moreira, D. N. & Pinto da Costa, M. (2020). The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *International journal of law and psychiatry*, 71, 101606. doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101606
- Murphy, C., Hoover, S. & Taft, C. (1999). The multidimensional measure of emotional abuse: Factor structure and subscale validity. annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Toronto, Canada,
- Murphy, C. M., Eckhardt, C. I., Clifford, J. M., LaMotte, A. D. & Meis, L. A. (2020). Individual versus group cognitive-behavioral therapy for partner-violent men: A preliminary randomized trial. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(15-16), 2846-2868.
- Murray, L. K., Kane, J. C., Glass, N., Skavenski van Wyk, S., Melendez, F., Paul, R., Kmett Danielson, C., Murray, S. M., Mayeya, J., Simenda, F. & Bolton, P. (2020). Effectiveness of the Common Elements Treatment Approach (CETA) in reducing intimate partner violence and hazardous alcohol use in Zambia (VATU): A randomized controlled trial. *PLoS Med*, 17(4), e1003056. doi: 10.1371/journal.pmed.1003056

- Nesset, M. B., Gudde, C. B., Mentzoni, G. E. & Palmstierna, T. (2021). Intimate partner violence during COVID-19 lockdown in Norway: the increase of police reports. *BMC public health*, 21(1), 1-8.
- Nesset, M. B., Lara-Cabrera, M. L., Bjørngaard, J. H., Whittington, R. & Palmstierna, T. (2020). Cognitive behavioural group therapy versus mindfulness-based stress reduction group therapy for intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Bmc Psychiatry*, 20(1), 178. doi: 10.1186/s12888-020-02582-4
- Nesset, M. B., Lara-Cabrera, M. L., Dalsbo, T. K., Pedersen, S. A., Bjørngaard, J. H. & Palmstierna, T. (2019). Cognitive behavioural group therapy for male perpetrators of intimate partner violence: a systematic review. *Bmc Psychiatry*, 19, Artikkel 11. doi: 10.1186/s12888-019-2010-1
- O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Murphy, M. & Murphy, C. M. (2003). Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *J Consult Clin Psychol*, 71(1), 92-102. doi: 10.1037//0022-006x.71.1.92
- Oei, T. P., Sawang, S., Goh, Y. W. & Mukhtar, F. (2013). Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1018-1029.
- Olver, M. E., Nicholaichuk, T. P., Kingston, D. A. & Wong, S. C. (2020). A prospective multisite examination of dynamic sexual violence risk: Extension and update to Olver, Nicholaichuk, Kingston, and Wong (2014). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(4), 362.
- Palmstierna, T., Haugan, G., Jarwson, S., Rasmussen, K. & Nøttestad, J. A. (2012). Cognitive-behaviour group therapy for men voluntary seeking help for intimate partner violence. *Nord J Psychiatry*, 66(5), 360-365. doi: 10.3109/08039488.2012.665080
- Pence, E., Paymar, M. & Ritmeester, T. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. Springer Publishing Company.
- Peterson, C., Kearns, M. C., McIntosh, W. L., Estefan, L. F., Nicolaidis, C., McCollister, K. E., Gordon, A. & Florence, C. (2018). Lifetime economic burden of intimate partner violence among US adults. *American journal of preventive medicine*, 55(4), 433-444.
- Rankin, L. B., Saunders, D. G. & Williams, R. A. (2000). Mediators of attachment style, social support, and sense of belonging in predicting woman abuse by African American men. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(10), 1060-1080.

doi: 10.1177/088626000015010004

- Satyanarayana, V. A., Nattala, P., Selvam, S., Pradeep, J., Hebbani, S., Hegde, S. & Srinivasan, K. (2016). Integrated cognitive behavioral intervention reduces intimate partner violence among alcohol dependent men, and improves mental health outcomes in their spouses: a clinic based randomized controlled trial from South India. *Journal of substance abuse treatment, 64*, 29-34.
- Saunders, D. G. (1992). A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*(2), 264-275.
- doi: 10.1037/h0079333
- Schafers, C., Olver, M. E. & Wormith, J. S. (2021). Dynamic appraisal of intimate partner violence risk and need: results from an outpatient treatment program. *Criminal Justice and Behavior, 48*(4), 481-501.
- Schulz, K. F., Altman, D. G. & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Trials, 11*(1), 1-8.
- Schumer, M. C., Lindsay, E. K. & Creswell, J. D. (2018). Brief mindfulness training for negative affectivity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(7), 569-583. doi: 10.1037/ccp0000324
- Sewall, L. & Olver, M. (2017). Psychopathy and sexual violence risk: Linkages to therapeutic change, treatment attrition, and recidivism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.*
- Skjørten, K., Bakketeig, E., Bjørnholt, M. & Mossige, S. (2019). *Vold i nære relasjoner*. Scandinavian University Press (Universitetsforlaget).
- Smedslund, G., Dalsbø, T. K., Steiro, A. K., Winsvold, A. & Clench-Aas, J. (2011). Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Campbell Systematic Reviews, 7*(1), 1-25. doi: 10.4073/csr.2011.1
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1992). Timeline follow-back. I *Measuring alcohol consumption* (s. 41-72). Springer.
- Spanier, G. B. (1989). *Dyadic adjustment scale*. Multi-Health Systems Toronto.
- Spitzer, R. L., First, M. B., Gibbon, M. & Williams, J. B. (1990). *Structured clinical interview for DSM-III-R*. American Psychiatric Press.
- Stanford, M., Mathias, C., Dougherty, D., Lake, S., Anderson, N. & Patton, J. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences, 47*, 385-395. doi: 10.1016/j.paid.2009.04.008

- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues*, 17(3), 283-316.
- Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C. & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The lancet*, 382(9895), 859-865.
- Sun, S., Pan, W. & Wang, L. L. (2010). A comprehensive review of effect size reporting and interpreting practices in academic journals in education and psychology. *Journal of Educational Psychology*, 102(4), 989-1004. doi: 10.1037/a0019507
- Taft, C. T., Murphy, C. M., King, D. W., Musser, P. H. & DeDeyn, J. M. (2003). Process and treatment adherence factors in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 812-820.  
doi: 10.1037/0022-006X.71.4.812
- Tarzia, L., Forsdike, K., Feder, G. & Hegarty, K. (2020). Interventions in health settings for male perpetrators or victims of intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(1), 123-137.
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). Vold og voldtekt i Norge. *En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*, 1, 2014.
- Thornton, D. (2013). Implications of our developing understanding of risk and protective factors in the treatment of adult male sexual offenders. *International journal of behavioral consultation and therapy*, 8(3-4), 62.
- Torrey, E. F., Stanley, J., Monahan, J. & Steadman, H. J. (2008). The MacArthur Violence Risk Assessment Study revisited: two views ten years after its initial publication. *Psychiatr Serv*, 59(2), 147-152. doi: 10.1176/ps.2008.59.2.147
- Vora, M., Malathesh, B. C., Das, S. & Chatterjee, S. S. (2020). COVID-19 and domestic violence against women. *Asian journal of psychiatry*, 53, 102227-102227.  
doi: 10.1016/j.ajp.2020.102227
- Wagers, S. & Radatz, D. L. (2020). Emerging treatment models and programs in intimate partner violence treatment: an introduction. *Partner abuse*.
- Walling, S. M., Suvak, M. K., Howard, J. M., Taft, C. T. & Murphy, C. M. (2012). Race/ethnicity as a predictor of change in working alliance during cognitive behavioral therapy for intimate partner violence perpetrators. *Psychotherapy*, 49(2), 180-189. doi:10.1037/a0025751

- Ward, T. & Fortune, C.-A. (2016). The role of dynamic risk factors in the explanation of offending. *Aggression and Violent Behavior, 29*, 79-88.  
doi: 10.1016/j.avb.2016.06.007
- Witt, K., van Dorn, R. & Fazel, S. (2013). Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLOS ONE, 8*(2), e55942. doi: 10.1371/journal.pone.0055942
- Wright, F. D., Beck, A. T. & Newman, C. F. (1993). Cognitive Therapy of Substance. *Behavioral treatments for drug abuse and dependence, 137*, 123.
- Yakeley, J. (2022). Treatment for perpetrators of intimate partner violence: What is the evidence? *Journal of Clinical Psychology, 78*(1), 5-14.  
doi:10.1002/jclp.23287
- Yu, R., Nevado-Holgado, A. J., Molero, Y., D'Onofrio, B. M., Larsson, H., Howard, L. M. & Fazel, S. (2019). Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. *PLOS Medicine, 16*(12), e1002995. doi: 10.1371/journal.pmed.1002995
- Zanov, M. V. & Davison, G. C. (2010). A conceptual and empirical review of 25 years of cognitive assessment using the articulated thoughts in simulated situations (ATSS) think-aloud paradigm. *Cognitive Therapy and Research, 34*(3), 282-291.