



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Barn som er vitne til vold i hjemmet

Children who witness domestic violence

215

Maria Bru Riisnes

Bachelor i barnevern

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

25.05.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

«Jeg er alltid redd for at det skal skje igjen – at pappa slår mamma. Derfor så går jeg ikke og legger meg før mamma og pappa legger seg. Og jeg sovner ikke før jeg hører det er stille i huset. Derfor er det en del dager jeg ikke orker å gå på skolen. Så nå har jeg trøbbel med skulking i stedet. For noen uker siden var mamma og pappa med på et møte og diskuterte skulkingen min og hva den kom av. Læreren skulle bare visst. Falske fatteren. Jeg haaaater han. Jeg smiler utenpå. Men inni er det bare mørkt og kaldt.»

- Jente 11 år.

Bufdir: RVTS SØR

Abstract

When a child experiences domestic violence, it will be characterized for life. The topic of this study is children who witness domestic violence. The aim of the assignment had been to gain more knowledge of the topic, and my topic question therefore reads as follow:

«What are the consequences for a child that experience domestic violence? »

To answer the topic question, I have in this literature study used different theories in relation to the research articles I have used. I have considered Per Isdal`s definition of the concept of violence, and I have examined the different types of violence in relation to post-traumatic stress disorder (PTSD), trauma, attachment disorders and resilience. I discuss the different consequences a child may get of experiencing domestic violence, where the main finding was that the children are at high risk of developing a variety of health problems, including emotional- and behavioral disorders, post-traumatic stress disorder (PTSD), trauma and association disorders. The results, however, are daunting because it adds uncertainty about selection, methodology and measurement criteria in the various studies.

Innholdsfortegnelse	1
.....	1
Abstract	3
1 Innledning.....	6
1.1 Problemstilling og avgrensning	7
1.2 Plan for oppgaven	7
2 Metode.....	8
2.1 Litteratur og kildekritikk	8
3 Teori	10
3.1 Vold. Hva er vold?.....	10
3.1.1 Ulike typer vold.....	10
3.1.2 Å oppleve vold.....	11
3.1.3 Vold i nære relasjoner / familien	12
3.2 Traumer	13
3.3 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD).....	14
3.4 Tilknytning	15
3.5 Resiliens.....	16
4 Forskning.....	17
4.1 Studie 1 - Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence.....	17
4.1.1 Metode:	17
4.1.2 Resultat/funn:	18
4.2 Studie 2 – Vold i hjemmet – Barns strategier.....	18
4.2.1 Metode:	19
4.2.2 Resultater/funn:.....	19
4.3 Studie 3 - Trauma Symptoms in Preschool- Age Children Exposed to Domestic Violence.....	20
4.3.1 Metode:	20
4.3.2 Resultater:	21

5 Hvilke konsekvenser kan det få for et barn å oppleve vold i hjemmet?	21
5.1 Symptomer.....	21
5.1.1 Internaliserende og eksternaliserende atferd.....	24
5.2 Tilknytningsforstyrrelser	26
5.3 Frekvens og alvorlighet	27
5.4 Metodekritikk	29
6 Avslutning og konklusjon	29
7 Litteraturliste	31

1 Innledning

Vold i nære relasjoner er et alvorlig samfunnsproblem med store konsekvenser for den som blir utsatt (Justis- og beredskapsdepartementet, 2017, s.8). Barn som lever i familier med vold mellom foreldrene er et relativt nytt fagfokus (Øverlien, 2012). Vold mellom voksne rammer barna hardt. Skadevirkningene av å leve i en familie der det forekommer vold mellom voksne tilsvarer det å bli direkte utsatt for vold. I en undersøkelse utført av NOVA, viste det seg at åtte % hadde opplevd at en forelder ble utsatt for fysisk vold, og en tredjedel at en forelder ble utsatt for psykisk vold (NOU 2017:12, s.27). I likhet rapporterte tre % av ungdommer, i en undersøkelse utført av NKVTS, at de hadde sett eller hørt voldsbruk mellom foreldrene.

Det ble i 2012 lagt en handlingsplan mot vold i nære relasjoner, og i mars 2013 ble stortingsmelding om forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner godkjent i statsråd (Meld. St. 15 (2012-2013)). Å være eksponert for vold er en negativ helsefaktor for barn. De befinner seg i en omsorgssituasjon som er uholdbar og innebærer en stor risiko for utrygghet og redusert helse og livskvalitet også i voksen alder (Kyllingmark & Lillevik, 2013, s.61). Kyllingmark & Lillevik (2013) referer til det anerkjente forskningsarbeidet The Adverse Childhood Experiences Study, som viser til at mennesker som opplever belastninger i barndommen har større risiko for å utvikle sosiale, følelsesmessige og kognitive vansker som senere i livet kan bidra til risikoatferd, og står i fare for utvikling av en rekke ulike fysiske og psykiske helseproblemer. Kyllingmark & Lillevik (2013) mener det derfor er avgjørende at fagpersoner som møter barna har handlingskompetanse til tidlig avdekking.

Vold i nære relasjoner rammer i særlig grad kvinner og barn, og det er i hovedsak menn som utøver den mest alvorlige volden (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). Menn har derfor et særlig ansvar for å forebygge vold mot kvinner. Selv om vi har oppnådd mye har vi ikke greid å engasjere menn i tilstrekkelig grad. Regjeringen ønsker i større grad å mobilisere menn i kampen mot vold mot kvinner. I familier hvor mor utsettes for vold, økes også risikoen for vold mot barna.

Hovedtemaet for denne oppgaven er vold i nære relasjoner. Jeg skal imidlertid fokusere utelukkende på barn som er vitne til vold i hjemmet. Jeg mener at det som barnevernspedagog er viktig å ha kunnskap og kompetanse om både vold i nære relasjoner og hvordan man håndterer det. Dette er et tema jeg ser på som interessant, og jeg mener det får for lite

oppmerksomhet innen faget. For å på best mulig måte kunne håndtere barn og unge med dette problemet, mener jeg det er viktig med bred kunnskap og kompetanse om barn som både er vitne til, og blir utsatt for vold i hjemmet.

1.1 Problemstilling og avgrensning

«Hvilke konsekvenser kan det få for et barn å oppleve vold i hjemmet?»

Det finnes mye relevant forskning omkring barn som er vitne til vold i hjemmet, men mengden forskning og litteratur om temaet er for stor til at jeg kan få med alt i denne oppgaven. Jeg har derfor valgt følgende avgrensninger av problemstillingen:

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i barn som er vitne til vold mot mor, av far, fordi det er i størst grad kvinner som er offer for vold i hjemmet, og nettopp fordi dette er et satsningsområde for forskning på vold i nære relasjoner. Jeg har i problemstillingen valgt å bruke begrepet «oppleve vold» kontra «være vitne til vold». Øverlien (2012) oppsummerer forskjellen på disse begrepene når hun sier at ved å se på barns egen forståelse av vold, så viser studier at volden i hjemmet ikke er noe barna bevitner på avstand. Barna opplever volden med alle sine sanser, ved å se den, høre den, se resultatene i form av for eksempel materielle skader som blåmerker og ved å kjenne på en urolig og spent stemning i huset.

Videre i oppgaven har jeg valgt å se på traumer, tilknytning, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og resiliens. Med disse begrepene skal jeg se om de har noen sammenheng med å oppleve vold, og om det kan være en mulig konsekvens av opplevelsen. Disse begrepene er sentrale i forhold til min problemstilling, og hensikten er å gi en forståelse av hva vold er, og hvordan vold i hjemmet er forskjellig fra annen type vold.

1.2 Plan for oppgaven

Oppgaven starter med presentasjon av, bakgrunn for og valg av problemstilling. I kapittel 2 vil jeg ta for meg metode og kilder. Deretter vil jeg gjøre rede for hvilken metode jeg har valgt og hvilke forskningslitteratur og kilder jeg har brukt for å belyse min problemstilling. Videre i oppgaven vil jeg gå inn på det teoretiske utgangspunktet, hvor jeg skal definere relevante begreper for min oppgave, hvor jeg deretter i kapittel 4 vil legge fram metode og resultat fra studiene jeg har brukt. Jeg vil så drøfte funn fra studiene jeg har valgt, og se dette i

lys av teori som jeg har presentert tidligere i oppgaven. Til slutt vil jeg sammenligne de forskjellige studiene jeg har valgt ved å se på utvalg og metode, resultater og konklusjoner, for så å søke å konkludere med hvilke konsekvenser vold i hjemmet kan føre til.

2 Metode

Sosiologen Wilhelm Aubert (1985) definerer metode som: «(...) en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s.51). Begrunnelsen for å velge én bestemt metode er fordi vi mener at akkurat den metoden egner seg best til å belyse det spørsmålet eller problemstillingen vi har stilt på en best mulig måte. Det er vanlig å skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene gir oss data i form av målbare enheter, hvor tallene gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner (Dalland, 2017, s.52). De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle.

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode i min bacheloroppgave. Jeg vil benytte begreper, teorier og studier som allerede er publisert og forsket på. Litteraturstudie innebærer ifølge Aveyard (2007) en dekkende gransking og tolkning av litteraturen som finnes på et bestemt område eller om et bestemt tema (Aveyard, 2007, s.1). Grunnen til mitt valg av metode er fordi det finnes mye kunnskap og forskning om barn som opplever vold i nære relasjoner, og på grunnlag av dette mener jeg at denne type studie vil belyse min problemstilling godt.

2.1 Litteratur og kildekritikk

I oppgaven tar jeg i bruk både sekundærlitteratur og primærlitteratur. Primærlitteratur er litteratur og informasjon som forskeren selv har hentet og analysert, mens sekundærlitteratur er når en forsker har brukt flere kilder (Dalland, 2012). Søkordene jeg har brukt for å finne forskningslitteratur var: «vold i nære relasjoner», «vold i hjemmet», «barn som er vitne til vold», «IPV» og «children exposed to domestic violence». Jeg har søkt i forskjellige databaser, både norske og internasjonale. Her har jeg brukt Oria, Google Scholar, NORA og Academic Search Premier. Litteraturen jeg har funnet består av både kvalitative og

kvantitative data. For å definere voldsbegrepet har Per Isdals bok *Meningen med volden* vært en sentral kilde. Jeg har også valgt *Barn som lever med vold i hjemmet* av Unni Heltne og Øystein Steinsvåg som relevant for min oppgave. Kyllingmark og Lilleviks fagartikkel *Når barn er vitne til vold* er også tatt i bruk.

For å belyse min problemstilling har jeg tatt i bruk tre ulike forskningsartikler som jeg vil komme nærmere inn på i kapittel 4:

Den første studien jeg har valgt å bruke i oppgaven min er: *Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence*, skrevet av Anne Bogat, Erika DeJonghe, Alytia A. Levendosky, William S. Davidson og Alexander von Eye (2006). Studien vurderer om spedbarn har en traumatisk respons på partnervold. Studien ble utført på mødre som skulle evaluere om deres spedbarn viste symptomer på PTSD, som et resultat av å være vitne til partnervold. Dette er en studie med relevans for min oppgave fordi den fokuserer på barn som bare opplevde vold, og ikke ble fysisk utsatt for vold. På en annen side kan vi se at studien baseres på de subjektive rapportene fra mor, som vil si at man ikke kan garantere at de har under- eller overrapportert resultatet på informasjonen de har gitt.

Den andre studien jeg har brukt er: *Vold i hjemmet – barns strategier* skrevet av Carolina Øverlien (2012). I denne boken viser forfatteren gjennom intervjuer og analyser hvilke strategier barn som er utsatt for vold i hjemmet benytter. Med tanke på at hun viser til forskjellig forskning, velger jeg å kun fokusere på hvordan barn som har opplevd voldshandlingsstrategier er. Studien omfatter barn som selv har vært utsatt for vold i hjemmet av far eller stefar, og barn som har vært vitne til at far/stefar har utsatt mor for vold. Med tanke på at jeg fokuserer min oppgave på barn som er vitne til vold, og ikke fysisk utsatt for det, er det en svakhet at den også ser på barn som har direkte vært utsatt for vold. Boken er fagfellevurdert, og ettersom forfatter Carolina Øverlien har forsket mye rundt dette temaet, og er en anerkjent forfatter, velger jeg å se på hennes forskning som relevant og sikker.

Den tredje og siste studien jeg har valgt i denne oppgaven er *Trauma Symptoms in Preschool-Age Children Exposed to Domestic Violence*, en amerikansk studie skrevet av Alytia A. Levendosky, Alissa C. Hutch. Bocks, Michael A. Semel og Deborah L. Shapiro (2002). Artikkelen tar utgangspunkt i en studie hvor de ser på PTSD hos barn som har vært vitne til vold i hjemmet, og barn som bodde i familier med vold i hjemmet. Denne studien er relevant

for min oppgave fordi den ser på sammenhengen av å oppleve vold i hjemmet og traumer. Denne studien er også fagfellevurdert, noe som styrker gyldigheten. Denne studien baseres også på foreldrenes rapporter om at barnet opplevde vold i hjemmet og vurdering av eget barns symptom på PTSD. Man kan heller ikke her garantere at de ikke har under- eller overrapportert resultatet.

3 Teori

3.1 Vold. Hva er vold?

Vold er ifølge Per Isdals (2000) definisjon "(...) enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil" (Isdal, 2000, s.36). Vold er noe som hovedsakelig blir forbundet med fysiske handlinger som for eksempel slag, spark, nedstikking og nedskyting (Isdal, s.38). Vi må utvide forståelsen av vold fra det rent fysiske, til å utgjøre alle typer handlinger som kan påvirke andre gjennom smerte, skremming eller krenkelse. Familievolden utgjør både i nasjonalt og globalt perspektiv, et gigantisk helse- og samfunnsproblem (Isdal, s.77). Frekvensene av vold mot kvinner og barn er svært høye, og tilsier at vold utgjør livs- og utviklingsbetingelsene for svært mange mennesker.

3.1.1 Ulike typer vold

Ifølge Isdal (2000) deles vold inn i 5 forskjellige undergrupper: fysisk vold, seksuell vold, materiell vold, psykisk vold og latent vold. Fysisk vold er en form for fysisk makt som påvirker et annet menneske til å slutte å gjøre noe eller gjøre noe mot sin vilje, ved å smerte, skremme, skade og krenke (Isdal, 2000, s.43). Seksuell vold er handlinger rettet mot en persons seksualitet, ved å smerte, skade, skremme eller krenke, og får personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil (Isdal, s.45). Psykisk vold er å skade, skremme eller krenke, på en måte som ikke er direkte fysisk (Isdal, s.49). Dette kan være i form av for eksempel trusler, kontroll, isolering og emosjonell vold. Materiell vold kan eksempelvis være å knuse et speil for å krenke, skremme eller påvirke andre. Når et barn vokser opp i en familie hvor det jevnlig bevitner materiell vold, er det omtrent det samme som å vokse opp i et slags

minefelt. Det kan smelle når som helst (Isdal, s.49). Latent vold er vold i form av redsel for vold, å konstant leve i frykt for nye voldsepisoder. Muligheten for vold styrer ens atferd. For mennesker som har vært utsatt for relasjonsvold, blir vold lett en kronisk livsbetegnelse. Volden er der hele tiden i kraft av sin mulighet (Isdal, s.67). Når barn vokser opp i et hjem med vold, kan det innebære at barnets tilværelse blir styrt av strategier for å unngå nye voldsepisoder (Heltne & Steinsvåg, 2011, s.19).

Å være vitne til vold er en form for psykisk vold, som skader, skremmer og smerter, og samtidig utgjør en trussel både direkte og indirekte (Heltne & Steinsvåg, s.19.) Isdal (2002) bruker begrepet latent vold som en dimensjon ved psykisk vold og som den dominerende voldsformen i en voldsutsatt familie. Vold i familien medfører ofte en kontinuerlig tilstand av frykt, og det er en handlingsevne til å vekke frykt hos andre som er avgjørende for om den kan betegnes som vold eller ikke (Heltne & Steinsvåg, s.20). Perspektivet underbygges også av forskning på skadevirkningene av vold, som viser at det først og fremst er den kroniske stresstilstanden som frykten for vold medfører i barnas liv, som kan gi skader både på kort og langt sikt.

3.1.2 Å oppleve vold

Som Øverlien (2012, s.26) sier, så opplever barna volden med alle sine sanser. Selv om omsorgspersoner som regel hevder at barna aldri er til stede mens volden pågår, viser flere studier at barna faktisk er i hjemmet, og får med seg det meste som skjer. Barn opplever også vold gjennom inntrykkene de får etter voldsepisoder (Heltne & Steinsvåg, 2011 s.24). De kan møte en omsorgsperson som er agiterte, gråter, er tause, er fjerne i kontakten, er overbeskyttende og/eller irritable. Det kan også være i form av blåmerker og skader på omsorgspersonen og skader på møbler, dører og andre materielle ting. Når barn har opplevd vold mellom omsorgspersoner før, vil de oppfatte hva som har skjedd etter bare få sekunder. De blir eksperter på å oppfatte signaler som kjennetegner en voldsepisode. Når barn opplever vold er de ikke bare passive mottakere for påvirkning, de er aktiv handlende. De vil utvikle reaksjoner og handlingsstrategier som en respons på volden (Heltne & Steinsvåg, s.24). Vold er noe som ikke bare skader i øyeblikket det skjer, men er til stede hele tiden som en kontinuerlig trussel i tilværelsen til barnet. Kyllingmark og Lillevik (2013) skriver at nyere

forskning viser at barn som er vitne til vold kan bli skadet. Både barns subjektive opplevelse og skadene de kan utsettes for av å leve i familier med vold kan lett bli oversett.

Skadevirkningene av å leve i en familie der det forekommer vold mellom voksne tilsvarer det samme som å bli direkte utsatt for vold (Meld. St. 15 (2012-2013)). Barn kan oppleve ekstremt sterke sanseintrykk av å være vitne til vold. Videre skriver Kyllingmark og Lillevik (2013) at barn som lever i familier med vold lever gjennomgående med redsel, angst og utrygghet. Ikke bare under voldsepisoden, men også mellom voldsepisodene. Det kan resultere i en oppvekst hvor de kontinuerlig lever i en tilstand av fareberedskap, fordi sjansen for vold alltid er til stede i samspillet i familien.

3.1.3 Vold i nære relasjoner / familien

Med barn som lever med vold i familien tenker vi på barn som lever i en familiekontekst hvor den ene forelder utøver vold mot den andre forelder (Heltne & Steinsvåg, 2011, s.18). Vold i nære relasjoner har særtrekk som skiller denne volden fra annen vold (Justis- og beredskapsdepartementet, 2017, s.11). Annen vold kan ofte være en engangshendelse med ukjent gjerningsperson, mens vold i nære relasjoner ofte utøves bak lukkede dører, gjentagende og personene som berøres er av betydning i hverandres liv. Dette gjør at konsekvensene ofte blir mer alvorlige enn for annen vold. Edleson (1999) mener at «definisjonen av å bevitne vold må inkludere alle forskjellige måter barn opplever en voldsepisode på. Barn kan se volden eller være en del av den, men oftest hører de volden og opplever dens etterspill» (Øverlien, 2012, s.24).

Vold i familien kan forstås som en form for omsorgssvikt (Heltne & Steinsvåg, s.20). Omsorgssvikt handler ifølge Kvello (2010) om en betydelig sviktende ivaretagelse av barnets grunnleggende behov for stimulering, oppfølging og beskyttelse. Det handler mer om mangel på handling, enn mishandling, vold og utnyttelse. Dette er en aktiv påføring av krenkelsener (Kvello, 2010, s.498). Heltne & Steinsvåg (2011) refererer til Bunkoldt og Sandbæk (2008), hvor de i boken *Barnevernsarbeid i praksis*, definerer fysisk og psykisk mishandling som en del av omsorgssviktbegrepet. *Passiv fysisk mishandling* (innebærer manglende tilfredsstillelse av barns fysiske behov som manglende beskyttelse mot farer, manglende hygiene og for små og dårlige klær). *Aktiv fysisk mishandling* (ulike former for vold mot barn, som grov vold som slag, spark, utsulting og lignende). *Passiv psykisk mishandling* (innebærer grov

understimulering, likegyldighet og mangel på konsekvens, forståelighet og forutsigbarhet i oppdragelsen i en slik grad at det hemmer barnets utvikling). Og *aktiv psykisk mishandling* (barnets omsorgspersoner utviser en fiendtlig holdning i form av nedvurdering, latterliggjøring, trusler om straff osv.) (Heltne & Steinsvåg, s.20). Når et barn opplever vold mellom omsorgspersoner kan det sies å være rammet av både passiv fysisk og psykisk mishandling. I tillegg til dette øker vold mellom foreldrene risikoen for at barnet utsettes for direkte fysisk og psykisk mishandling (Heltne & Steinsvåg, s.20). Heltne & Steinsvåg (2011) referer til Jaffe, Wolfe og Wilson (1990), som skriver i boken *Children of Battered Women* at når et barn er vitne til vold mot mor, vil det oppstå skadelige effekter. I boken konkluderer de med at vold mot mor kan skade barnas fungering kognitivt, emosjonelt, fysisk og psykisk, og i tillegg barns utvikling (Heltne & Steinsvåg, s.21).

Den norske psykologen Haldis Leira introduserte begrepet tabuisert traume, og bidro med forståelse for barn som opplever vold. I begrepet ligger det at med vold i familien finnes det mye benektelser og hemmeligholdelse, som blir en del av samspillet i familien og i samfunnet (Heltne & Steinsvåg, s.21). Barna og den utsatte omsorgspersonen blir da bærere av smertefulle hemmeligheter, som blir en tilleggsbelastning utover det traumet det er å oppleve volden. Kyllingmark og Lillevik (2013) skriver at barn kan være svært flinke til å skjule volden og beskytte sine foreldre. Med dette blir de dyktige til å holde på familiehemmeligheter. Å bære på slike hemmeligheter og vonde opplevelser kan være slitsomt, ensomt og skadelig. Om et barn ikke får satt ord på hva som har skjedd og ikke får satt det inn i en sammenheng, kan dette forstyrre barnet i form av dårlig konsentrasjon på skolen og mareritt om natten (Kyllingmark & Lillevik, 2013, s.59).

3.2 Traumer

Uttrykket «traumer» har blitt vanlig å bruke for å beskrive overveldende psykiske påkjenninger (Dyregrov, 2010, s.13). Psykiske traumer vil nesten alltid innebære en krisesituasjon, mens en krisesituasjon ikke nødvendigvis gir en traumatisk reaksjon. Dyregrov beskriver uttrykket psykisk traume, eller traume som «... overveldende, ukontrollerbare hendelser som innebærer en ekstraordinær psykisk påkjenning for det barn eller den ungdom som utsettes for hendelsen» (Dyregrov, s.14). Volden barna opplever kan forstås som traumer eller som traumatiske opplevelser (Øverlien, 2012, s.24). Traumatiske

opplevelser trenger ikke nødvendigvis å innebære at barnet blir traumatisert, men risikoen er større for at volden skal påvirke barnets helse når den er tilbakevendende og foregår over lang tid, noe som ofte er tilfellet med vold i nære relasjoner (Øverlien, s.24). En situasjon kan ikke sies å være traumatiserende eller ikke for et barn, men barnets fortolkning av situasjonen og andre forhold ved situasjonen er med på å avgjøre hvor traumatiserende den er (Dyregrov, s.14). Et barn trenger ikke selv å være offer for en alvorlig hendelse for å bli traumatisert. Å være vitne til alvorlige hendelser, som å være vitne til vold mot foreldre, er en traumatisk opplevelse for mange barn (Dyregrov, s.15).

En del barn kan utvikle problemer eller symptomer som samlet betegnes som PTSD. Dette vil jeg komme nærmere inn på senere. En traumatisk situasjon kan også selvfølgelig resultere i andre typer etterproblemer enn PTSD, som for eksempel sterke skyldfølelser, fobier, depresjon eller atferdsvansker (Dyregrov, 2010, s.15). Om et barn lever under stadig traumatiske hendelser, vil det bli koblet ulike mentale mekanismer inn for å hjelpe barnet til å leve med eller forsvare seg mot hendelsen. Som et forsvar vil et barn som ofte opplever slike traumer benytte seg av benektelse, bortskyving og undertrykkelse (Dyregrov, s.16). Barn kan i tillegg benytte seg av dissosiering, som vil si at det automatisk skapes et skille mellom atferd, tanker og følelser. Dette blir gjort for å beskytte seg selv mot psykisk smerte (Dyregrov, s.16). Det finnes flere, men uansett hvilke mekanismer et barn bruker for å mestre den traumatiske situasjonen, synes resultatet av langvarig traumatisering å være en økende emosjonell forflatning, hvor de gradvis mister evnen til å kjenne på følelser (Dyregrov, s.16). Dyregrov refererer til Diseth (2005) som hevder at mange pasienter innen barne- og ungdomspsykiatri har dissosieringssymptomer, og at mange av dem er feildiagnostisert med en rekke andre lidelser (Dyregrov, s.16). Dissosieringsreaksjonene avspeiler i stor grad det høye antallet barn som opplever fysisk eller psykisk vold og seksuelle overgrep.

3.3 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

For at en person kan sies å ha PTSD må en del kriterier være oppfylt (Dyregrov, 2010, s.45). Personen eller barnet må ha opplevd (enten erfart eller vært vitne til) dødsfall, alvorlig skade eller en trussel om skade eller død. Barnet skal ha reagert med frykt, hjelpeløshet eller redsel i denne situasjonen. Dyregrov (2010) skriver at dersom et barn skal bli sagt å ha PTSD må det ha opplevd noen etterproblemer. Blant de er det: A) vedvarende gjenopplevelser av hendelsen

på en eller flere følgende måter: blant annet gjentatte påtrengende ubehagelige minner, urovekkende drømmer om hendelsen, og fysiologisk aktivering når barnet utsettes for noe som minner om hendelsen. Den andre reaksjonstypen er B) unngåelse og nummenhet. Det kreves at barnet viser minst tre av dem, som blant annet er: unngåelse av assosierte tanker, følelser eller samtaler og unngåelse av aktiviteter, steder eller mennesker som minner om hendelsen. Det siste av symptomene er C) vedvarende aktivering av nervesystemet, som blant annet vil være: Problemer med å sovne eller forbli i søvn gjennom natten, irritasjon, sinne og konsentrasjonsproblemer. Alle kriteriene som er gitt her er hentet fra Diagnostic Statistical Manual (DSM-IV). Det er ikke type reaksjoner som gjør at man kan si at et barn lider av PTSD eller ikke, men varighet, omfang og sammenligning av problemer (Dyregrov, s.46). De vanligste rapporterte traumatiske opplevelser som fører til PTSD, er å være vitne til eller høre om skade eller død hos andre eller selv oppleve en skade eller ulykke. For eksempel vold. Selv om småbarn har en rekke reaksjoner på volden, er det vanskelig å møte kriteriene for PTSD. Når ekstreme eller ubehagelige hendelser som familievold vedvarer, kan man observere at barnet søker trygghet under hendelsen eller handler for å redusere smerten (Braarud & Raundalen, 2011, s.47). Barnets atferd og emosjonalitet reflekterer over tid både det tidligste reaksjonsmønsteret på hendelsen, barnets tilpasning til den traumatiske episoden, og bestrebelse på å mestre i en familievold-kontekst. En traumepsykologisk tilnærming hevder at emosjonelle og atferdsmessige problemer hos barn utsatt for familievold er en «naturlig» reaksjon og tilpasning til den traumatiske hendelsen (Braarud & Raundalen, s.47).

3.4 Tilknytning

Bowlby (1969) beskrev tilknytning som motivasjon barnet har for å søke trøst og beskyttelse hos tilknytningspersoner når det føler seg engstelig eller redd, enten på grunn av separasjon fra tilknytningspersonen eller ved at noe i barnets miljø gjør barnet engstelig eller redd (Zachrisson, 2010, s.286). Ifølge Zachrisson (2010) er tilknytningspersoner betegnelsen på noen utvalgte voksne som barnet har et spesielt nært følelsesmessig bånd til, vanligvis foreldrene. Tilknytning vil derfor ikke være et endogent trekk som barn har i større eller mindre grad, men en grunnleggende motivasjon hos alle barn (Zachrisson, s.286). Tilknytning betegner en disposisjon til å knytte følelsesmessige bånd til spesielle individer (Torsteinson, 2011, s.67). Å utvikle et tilknytningsforhold til omsorgsgiver er med andre ord universelt, men kvaliteten på tilknytningsbåndet er individuelt. I forhold til tilknytningskvaliteten har

tilknytningsteori et eget klassifikasjonssystem, ABC-systemet, utviklet av Ainsworth og hennes kollegaer (1978) (Zachrisson, s.288). Dette står for A (unngående), B (trygg), C (ambivalent) og D (desorganisert). Selv om B representerer trygg tilknytning og AC utrygg tilknytning, har disse til felles at de er mønstre (Torsteinson, s.67). Mønstrene innebærer en form for forutsigbarhet for barnet, i forhold til hvordan det kan forholde seg til foreldrene, noe som har vist seg å være viktig for psykisk helse. Man kan skille mellom ABC som er forutsigbare mønstre, og D, som kjennetegnes av at det ikke er et mønster i barnets tilknytning. Tilknytningskvalitet reflekterer omsorgskvalitet, og omsorgserfaringene påvirker barnets forventninger til seg selv og andre, personlighet og psykisk helse (Torsteinson, s.68). Torsteinson (2011) refererer til Lyons-Ruth (1999) som sier at trygg tilknytning fungerer som et psykologisk immunsystem som bufrer effekten av psykologiske stressfaktorer. Utrygg tilknytning representerer da en sårbarhet hvis vold rammer, og desorganisert tilknytning gir høy risiko for at effekten av vold forsterkes (Torsteinson, s.68).

3.5 Resiliens

Til tross for å ha opplevd betydelige belastninger, vil noen barn kunne utvikle seg godt. Begrepet resiliens betegner mennesker som opplever samme omfang og alvorlighetsgrad av utfordringer, takler det på høyst ulike måter slik at det derved får ulikt utfall (Kvello, 2010, s.241). Borge (2010) refererer til verdens ledende barnepsykiater, Michael Rutter (2000) som definerer resiliens som «(...) prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik» (Borge, 2010, s.14). Enkelt sagt kan resiliens sies å være en god tilpasning til vanskelige situasjoner eller forhold (Kvello, s.242). Kvello (2010) skriver at definisjonen av resiliens kan sentreres rundt tre forhold: god utvikling hos høyrisikobarn, å bevare kompetanse under stress/harde prøvelser, og å komme seg raskt og godt etter betydelig motgang/traumer. Han skriver videre at resiliens handler om individers reaksjon på, mentale og praktisk rettede håndtering av stress eller vanskelige forhold. Derfor er ikke resiliens synonymt med en optimistisk innstilling alene, for resiliens baseres på aktiv handling/mestring. Det er mange faktorer som bidrar til "sluttresultatet" resiliens (Kvello, s.243). Dette er genetiske betingete forhold, som medfødte personlighetstrekk, robusthet og temperament, og delvis bunnresiliens i miljøskapte forhold, som bidrar til å bygge motstandskraft i barnet. Foreldrenes varme og stimulerende og responderende omsorg er

viktige miljøskapte bidrag til resiliens. En sensitiv omsorg og støtte fra det sosiale nettverket bidrar til at barnet utvikler en trygg tilknytning, et positivt selvbilde, slik at personen har tro på å kunne påvirke situasjoner det står i og mestre utfordringer, og kan nyttiggjøre seg andres bekræftelse og sosiale støtte (Kvillo, s.243).

4 Forskning

4.1 Studie 1 -

Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence

Dette er en studie utført av Anne Bogat, Erika DeJonghe, Alytia A. Levendosky, William S. Davidson og Alexander von Eye (2006). Ved denne studien ville de undersøke om spedbarn i alderen 0-1 år, hadde en traumatisk respons på intim partnervold (far som utøver vold mot deres kvinnelige partner). De ville finne ut om barns traumereaksjoner ble påvirket av mors psykiske helse, om hun viser symptomer på traume og depresjon. I tillegg til dette undersøkte de i forhold til voldens alvorlighetsgrad som barnet hadde opplevd, og mor hadde vært utsatt for, ville påvirke forholdet mellom barnet og mor.

4.1.1 Metode:

Deltakerne i studien bestod av 48 mødre som rapporterte om deres barn på 1 år hadde opplevd traumesymptomer som et resultat av å være vitne til partnervold i løpet av deres første leveår. Mødrene skulle også rapportere om deres egne traumesymptomer som skyldes av å oppleve partnervold. For å få svar på studien brukte de fem forskjellige måleenheter: Toddler Temperament Scale (TTS), dette er en rapport som skal måle spedbarns temperament i alderen 12-36 måneder gammel. Mødrene rangerer barnas tidligere og nåværende oppførsel, basert på de siste 4-6 ukene, i en skala som rangerer fra «nesten aldri» til «nesten alltid». Severity of Violence Against Women Scales (SVAWS), ser på psykisk og fysisk vold som en kvinne opplever av partner. Barna deres ble delt inn i to grupper, en gruppe med barn som har opplevd moderat fysisk og psykisk vold, og en annen med de barna som hadde opplevd mindre alvorlig form for vold. Black Depression Inventory ble også brukt, for å belyse hvilke tegn på depresjon en viser. Deltakerne velger best ut av fire evalueringsoppgaver for enkelte kategorier som gjenspeiler hvordan de har følt i løpet av den siste uken. PTSD Scale for

Battered Women, som måler psykiske traumatiske responser basert på DSM-IV kriteriene for PTSD. Og Infant Traumatic Stress Questionnaire (ITSQ), som er et spørreskjema med ulike symptomer på PTSD hos barn.

4.1.2 Resultat/funn:

Nesten halvparten, eller nærmere sagt 44 % av spedbarna som var eksponert for partnervold hadde minst ett symptom på traumer. Disse funnene er forskjellig fra studier gjort på barn i barnehage- og skolealder, som viser at de fleste barn som er vitne til partnervold hadde minst ett symptom på traumer. I studien fant de en klar sammenheng mellom mors symptomer på traume og barnas symptomer på traume. Dette hadde igjen en sammenheng med hvor mye vold de hadde opplevd eller vært utsatt for, hvor de barna og mødrene som hadde opplevd mest vold, var de som hadde flest symptomer på traumer. Mellom mødre som hadde depresjon og barns symptomer på traumer, hadde det ingen klar sammenheng, og studien viser til at en av årsakene til dette, kan være måten de målte depresjon hos mor på, og at det ikke var tilstrekkelig grunnet bare 4 kvinner oppfylte krav for depresjon. I tillegg var det en sammenheng med at barn som var vitne til mye vold, fikk en ekstra belastning på grunn av mors psykiske helse og symptomer på traumer, fordi barna lever under mye stress.

4.2 Studie 2 –

Vold i hjemmet – Barns strategier

Formålet med denne studien, utført av Carolina Øverlien (2012), var å forstå barn som opplever vold i hjemmet, deres handlingsstrategier før, under og etter voldsepisoden, og hvordan disse handlingene kan forstås (Øverlien, s.20). I studien stiller Øverlien spørsmål til hvilke handlingsstrategier barn og ungdommer som har opplevd vold i hjemmet, har før, under og etter voldsepisoden. Innenfor dette stiller hun spørsmål som har til formål å forstå barnets handlinger og eventuelle mangler på handling. Informantene Øverlien bruker i denne studien er barn og ungdom i aldersgruppen 8-20 år. Voldsutsattheten er forskjellig for forskjellige barn. Noen har hatt en voldsfri barndom frem til moren traff en voldelig kjæreste, andre barn har bodd et helt liv sammen med en far som systematisk har utsatt familien for vold. Flere barn har blitt fysisk mishandlet, og noen barn har bodd i et voldsvelde, som innebærer at den fysiske volden har vært grov eller livstruende, at den har eksistert i livet deres gjennom lang tid, og gjennomstyrer hele livet deres (Øverlien, s.204).

4.2.1 Metode:

Øverlien har i denne studien valgt intervju som metode. I intervjuene fikk hun korte innblikk i hvordan barna håndterte voldsepisodene og opptrådte under disse. Intervjuene ble gjennomført på et krisesenter og varte i omtrent en time, som ble tatt opp og deretter transkribert. Øverlien påpeker at ved kvalitative intervjuer gis barn og unge muligheten til ikke bare å bli hørt, men til å kunne fremlegge og argumentere for spørsmål, temaer og erfaringer som er av betydning for dem i deres liv (Øverlien, 2012, s.58).

4.2.2 Resultater/funn:

I intervjuene utført av Øverlien, delte barna opplevelsene sine i form av narrativ. Det tydelige i narrative, er at barn umulig kan forstås som vitner til volden. Barna hører, ser, føler, lukter – og handler (Øverlien, 2012, s.204). Gjennom disse narrative peker Øverlien på at det ikke er mulig å skille ut en viss type vold som spesielt potensielt skadelig. Det er nærmere kombinasjonen av vold, utsatthet, krenkelser og kontroll i en kontekstuell sammenheng som er betydningsfull. Trusler, krenkelse og uro som farens vold har forårsaket, oppleves som like vanskelig som den fysiske volden mot moren og dem selv. Øverlien viser til at gjennom tematisk analyse av barnas beretninger om hva de foretok seg etter voldsepisoden, handler barna på en rekke forskjellige måter. I selve voldsepisoden viser det seg at hovedhandlingen er å gå i mellom mor og far/stefar, å beskytte seg selv og søsken og å søke hjelp. Det ble tydelig under analysen at de også handlet før volden tok sted, for å forebygge, dempe, og etterpå for å trøste og ta igjen. Flere barn fortalte at de hadde problemer med å handle, fordi redselen kan være lammende, og at farens trusler begrenser mulighetene til å handle på en annen måte enn ved å be for morens liv. Men å ikke handle kan også være en måte å handle på. Noen barn forklarer at deres innblanding i voldsepisoden kan forverre situasjonen, og at det beste blir å holde seg unna og søke tilflukt på rommet sitt. Et barn kan også oppleve at det vanskeligste er å ikke kunne gjøre noe, ved at volden for eksempel foregår mens barnet sover eller ikke er hjemme. Derfor kan ikke barnet verken påvirke eller beskytte. Mange barn opplever svikt i møtet med skolen, politiet og barnevernet. Mens noen har opplevd stor støtte fra enkelte lærere, etterlyser andre fleksibilitet og hjelp for å ta igjen tapt skoletid. Det er bare de barna som selv er hovedofferet som opplever at de har fått oppmerksomhet fra og blitt lyttet til av politiet. Politiet framstår som ansiktsløse og anonyme

av de andre barna, og i møtet med barnevernet ønsker barna å bli tatt mer på alvor, å bli lyttet til og møtt som mennesker heller enn «tilfeller» (Øverlien, s. 206).

4.3 Studie 3 -

Trauma Symptoms in Preschool-Age Children Exposed to Domestic Violence.

Denne studien er utført av Alytia A. Levendosky, Alissa C. Huth-Bocks, Michael A. Semel og Deborah L. Shapiro, ved Michigan State University. (2002). De ser på PTSD hos 39 barn som har vært vitne til vold i hjemmet, og 23 barn som bodde i familier med vold i hjemmet. Det ble brukt og sammenlignet to forskjellige målinger av PTSD, en basert på DSM-IV`s symptomliste (PTSD PAC) og en symptomliste fra Child Behavior Checklist (CBCL PTSD). Selv om alle barna hadde opplevd minst ett symptom på traumer, var det bare 3 % eller 24 % av barna, ut fra målingene som ble brukt, som oppfylte kriterier for PTSD. Barn med gjenopplevde traumesymptomer hadde mer eksternaliserende atferd (hyppigst aggressiv og regelbrytende atferd). Det ble stilt spørsmål til anvendelsen av DSM-IV kriteriene for småbarn og bruken av CBCL til å vurdere traumesymptomer. Studien viser til at enkelte andre studier om småbarn som har vært vitne til vold i hjemmet, har dokumentert at barn fra 6-års alderen opplever traumesymptomer som et resultat av disse opplevelsene.

4.3.1 Metode:

Målingene som ble utført i studien var *Vold i hjemmet; Severity of Violence Against Women Scales (SVAWS)*, som ble brukt til å vurdere mødrenes opplevelse av vold i hjemmet, inkludert trusler, voldelige handlinger og seksuell mishandling. De originale ni kategoriene av Marshall (1992) ble kombinert slik at fire skalaer av forskjellige typer vold ble brukt i studien: trusler av vold, mild, alvorlig og seksuell vold. *Barns atferdsfunksjon*. Barns emosjonelle- og atferdsfunksjon var vurdert gjennom mors rapport på CBCL. Barnas score ble transformert og gruppert. Det ble brukt to skalaer i denne studien, internaliserende og eksternaliserende atferd. Dette tiltaket har høy pålitelighet og gyldighet. *Barns traumesymptomer*. Barns traumesymptomer var vurdert av mors rapport, hvor de tok i bruk PTSD-skalaen fra CBCL. Denne skalaen var tilpasset de to forskjellige aldersversjonene i CBCL som ble brukt i denne studien. I CBCL var det 14 elementer for 2-3 årsalderen og 22 elementer for 4-18 årsalderen, i PTSD-skalaen. Mødre kontaktet prosjektets kontor om de var interessert i å delta og intervjuene ble utført i familiens hjem eller på universitetets kontorer, og varte i ca. 2 timer.

4.3.2 Resultater:

Alle mødrene i denne studien rapporterte at de hadde opplevd vold i hjemmet det siste året. Av de 62 barna som deltok, rapporterte mødrene at 63 % hadde vært vitne til voldelige hendelser i hjemmet, og at resten bodde i hjemmet i den tiden hvor volden tok sted. Gruppen med barn som hadde vært vitne til vold i hjemmet, inkluderte 3 barn som hadde blitt fysisk utsatt for vold i tillegg til å være vitne til det. Alle mødrene som hadde barn som hadde vært vitne til volden, følte at barna deres hadde blitt intenst opprørt av volden, det første kriteriet for PTSD, ut ifra DSM-IV. På PTSD PAC var de oftest rapporterte symptomene å snakke om voldsepisoden, en opprørt reaksjon som følge av minnetriggere, vaktksomhet og ny separasjonsangst. På CBCL PTSD-skalaen var de oftest rapporterte symptomene «krangler mye», «kan ikke sitte stille, er rastløs og hyperaktiv» og frykt for bestemte dyr, situasjoner eller steder.

5 Hvilke konsekvenser kan det få for et barn å oppleve vold i hjemmet?

Som vist i teoridelen har jeg funnet ulike konsekvenser av å oppleve vold i hjemmet, og samtidig har det vist seg mange interessante likheter. De ulike funnene blir presentert i drøftingsdelen under.

5.1 Symptomer

I Levendosky et al.'s (2002) studie, viste resultatet at førskoleelever som har vært vitne til vold i hjemmet eller lever med vold i hjemmet uten å direkte være vitne til det, lider av minst ett symptom på PTSD. Førskoleelever virker som å være mest sårbar for symptomer på å gjenoppleve traumer og hyperaktivering. Men få av disse barna møtte kriteriene for diagnosen for PTSD med bruk av DSM-IV kriteriene, basert på begge målingene i denne studien.

Funnene er lik Graham-Bermann og Levendosky's (1998) funn, en studie som skulle se på PTSD hos barn, med mødre som hadde vært utsatt for vold. Studien fant at selv om flertallet av skolebarn som har opplevd vold i hjemmet viser symptomer på PTSD, har bare 13 % møtt kriteriene for diagnosen. Begge studiene ble gjennomført med barn fra forskjellige samfunn. Om studiene hadde blitt utført på mer homogene grupper, kunne resultatene muligens vært annerledes. Eksempler på dette er studiene som var gjennomført på krisesentre. Disse barna

hadde en høyere forekomst av PTSD. Men dette må ses i lys av at barn på krisesentre ikke bare lider av traumer fra de voldelige hendelsene, men også av å plutselig måtte flytte, noe som vil være en belastning i seg selv. I likhet med dette sier Dyregrov (2010) at man ikke kan si at det er type reaksjon som gjør at et barn har PTSD eller ikke, man må se på varighet, omfang og sammenligning av problemene (Dyregrov, 2010, s.46). I tillegg til dette viste også studien til Graham-Bermann og Levendosky (1998), at 19 % av barn i skolealder møtte kriterier for unngåelsesatferd, mens 52 % møtte kriterier for gjenopplevelse av traumer, og 42 % møtte kriterier for hyperaktivering. Disse resultatene er også mye lavere enn resultatene av PTSD hos kvinner som har blitt mishandlet. Det kan dermed være mulig at barn og voksne reagerer forskjellig på traumatiske hendelser, på grunn av deres mindre kognitive og emosjonelle kapasitet til å oppfatte dem, og reagerer dermed mer sjeldent ved å utvikle PTSD (Levendosky, 2002, s.160). Dette støttes av forskning både i Norden og internasjonalt de senere årene, hvor det har kommet fram at avhengig av alder, utviklingsnivå og tilgang på beskyttelsesfaktorer eller eventuelle belastninger i tillegg, har barna en økt risiko for å utvikle angst, depresjon, symptom på alvorlig traumatisering og PTSD, lærevansker og atferdsvansker (Heltne & Steinsvåg, 2011, s.21).

Levendosky et al. (2002) viser også til at det ser ut som om traumesymptomer for småbarn ikke nødvendigvis manifesteres i den atferdsmessige patologien, målt av CBCL, og kan dermed ha mindre innvirkning på deres utvikling enn de gjør for eldre barn. Det er flere teoretiske perspektiver som forklarer mekanismer og prosesser som er viktige for å forstå barns tilpasning og utvikling i en familievoldskontekst (Braarud & Raundalen, 2011, s.41). Det teoretiske grunnlaget er viktig for å forstå mulige prosesser for skjevutvikling, samtidig som det gjør tjenesteapparatet bedre i stand til å identifisere barn som er i risikozonen, på et tidligere tidspunkt. Braarud og Raundalen (2011) skriver at barn som lever i familier hvor det utøves vold, er i større risiko for avvikende utvikling enn barn som ikke eksponeres for vold, og omtrent 35-45 % av barn som har levd med familievold, har symptomer som kvalifiserer til psykologisk behandling (Braarud & Raundalen, s.45). For å tilfredsstille alle kriteriene for en PTSD diagnose, må barn ha minst ett gjenopplevd symptom, tre «unngående» symptomer, og to hyperaktivitetssymptomer, basert på PTSD PAC. Selv om alle 39 barna i Levendosky et al.'s (2002) studie hadde minst ett symptom på PTSD, hadde bare 1 barn, eller 3 % av prøven, møtt diagnostiske kriterier ifølge DSM-IV.

Det er en viss enighet i litteraturen, der flere påpeker at målingskriteriene ikke er tilstrekkelig for yngre barn. Levendosky et al. (2002) viser til en studie utført av Scheeringa et al. (1995),

som studerte PTSD hos spedbarn fra 0-3 år. De anbefalte at de opprinnelige tre kategoriene skulle opprettholdes for barn (gjenopplevelse, unngåelse, hyperaktivering), men bare ett symptom fra hver kategori skulle kreves. Han grupperte i tillegg den nye frykten, separasjonsangst og økt aggressivitet i en ny kategori han kalte «ny frykt og aggresjon», og krever minst ett symptom fra denne gruppen. Det er tydelig at det er «vanskelig» å bli diagnostisert med PTSD. Barn og unge viser kliniske nivåer av traumer på ulike måter. I lys av å nå kriteriene for diagnosen kan vi se hvordan Scheeringa et al.'s (1995) kriterier for lidelsen, hvor det bare er nødvendig med ett symptom fra hver kategori, kan være bedre til nytte for småbarn, enn kriteriene i DSM-IV. I den nåværende studien til Levendosky et al. (2002) med bruk av Scheeringa et al.'s (1995) kriterier, ville 26 % av deltakerne da anses å ha PTSD basert på PTSD PAC, og 50% basert på CBCL PTSD. Dette vil si en score på 26 % til 50 % i stedet for 3 %, som er i samsvar med andre studier av barn som har opplevd traumatiske hendelser. Studien til Bogat et al. (2006) viste at bare 44 % av barna som var eksponert for partnervold hadde minst ett symptom på traumer, mens Levendosky et al. (2002) i motsetning viste at 100 % viste symptomer på PTSD. I begge studiene er det brukt målinger ved bruk av rapporter, hvor disse rapportene ble utført som subjektive rapporter av barnas mødre. Det kan derfor være en mulighet for underrapportering av informasjon fra mødrene.

Det er flere andre viktige aspekter ved barns utvikling og tilpasning, som sosial kompetanse, posttraumatiske symptomer, fysisk og biologisk fungering, tilknytning, følelsesregulering og identitetsregulering (Braarud & Raundalen, 2011, s.42). Når et barn opplever familievold, utsettes det for et ekstremt stress og et ubehag som kan representere en multippel, vedvarende og invaderende hendelse i en viktig periode i barnets utvikling (Braarud & Raundalen, s.42). Dette kan resultere i et bredere symptom-bilde, som kan gå ut over de enkeltdiagnosene som eksisterer i dagens diagnosesystemer. Studier som går på det retrospektive og prospektive viser at å leve med vedvarende vold i familien er traumatisk, og assosieres med psykiske vansker, økt aggressivitet, selvskadende atferd, utrygg eller desorganisert tilknytning og dårlig helse i barne- og voksenalder (Braarud & Raundalen, s.42). Barn som opplever familievold utvikler flere posttraumatiske symptomer, og det ser særlig ut til at barn i førskolealder er utsatt for plager av hyperaktivering og gjentatte opplevelser av voldsepisoder.

Dodge & Pettit (2003) viser til en modell som fremhever biologisk risiko og den sosiokulturelle konteksten som forklaring på hvorfor noen barn har større risiko for å utvikle

problemer tidlig i livet. En biologisk risiko kan for eksempel være egenskaper med gener som i samspill med miljømessige påkjenninger (fysisk mishandling), utgjør risiko for å utvikle for eksempel en ADHD-lidelse. I den komplekse modellen vil samtidig det individuelle barnets evne til kognitiv og emosjonell bearbeiding – samt tilegning av kunnskap og sosial informasjon – påvirke forholdet mellom traumatiserende livserfaringer og individets utvikling (Dodge & Petitt, 2003, s.351-352).

5.1.1 Internaliserende og eksternaliserende atferd

Braarud & Raundalen (2011) skriver at i forhold til barn som har opplevd familievold, er det vanlig å kategorisere barns emosjonelle og atferdsmessige problemer som enten internalisering eller eksternalisering (Braarud & Raundalen, s.42). Internalisering vil si atferd som er overkontrollert, engstelig eller hemmet (som tristhet, angst, tilbaketrekking). Eksternalisering vil si atferd som er underkontrollert, aggressiv og antisosial (som slåssing, ulydighet, destruktivitet). I motsetning kan vi se på Levendosky et al.'s (2002) studie som viser at det bare var ett forhold mellom traumatiske symptomer og atferdsproblemer. I en tidligere studie gjort av Levendosky (1998), med eldre barn, var alle tre typer traumesymptomer forbundet med både internalisering og eksternalisering. I den nåværende studien var bare gjenopplevde symptomer forbundet med eksternaliserende atferd. Gjenopplevde symptomer var de oftest rapporterte symptomene hos mødrene, og barna av disse mødrene så ut til å utvise mer aggressiv, krenkende og agerende atferd. Kanskje den påtrengende naturen av å gjenoppleve den traumatiske hendelsen opprører barnet og vekker en parasymatisk respons, som forårsaker aggresjon mot seg selv eller andre. Traume påvirker ikke bare barns intrapsykiske liv, men også deres mellommenneskelige funksjon. Dette skjer på en mer begrenset måte for yngre enn for eldre barn (Levendosky et al., s.160).

I motsetning til Levendosky et al. (2002), refererer Braarud og Raundalen (2011) til en amerikansk studie som viste at barn som var utsatt for fysisk mishandling, i større grad utviklet spesifikke eksternaliserende problemer, men å oppleve familievold, uten selv å bli fysisk skadet, ble assosiert med utvikling av internaliserende problemer (Braarud & Raundalen, s.42). På den annen side kan vi se på studien om traumesymptomer hos førskolebarn som var vitne til partnervold, som sammenlignet de 39 barna som hadde vært vitne til vold, med de 23 barna som ikke hadde vært vitne til, men bodde i et hjem med vold. De ble vurdert i forhold til eksternaliserende og internaliserende oppførsel med bruk av

PTSD-skalaen fra CBCL. Det er var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. I tillegg ble frekvensen av de fire typene av vold sammenlignet med bruk av tester mellom de to gruppene. Det var ingen signifikante forskjeller i frekvensen av vold opplevd av mor i de to gruppene med barn. Bowlby (1944) viser til motsetning i sin tidligste studie om tilknytning, at ungdommer med eksternaliserende vansker hadde opplevd forstyrrelser i relasjonen til mor da de var små (Zachrisson, 2010, s.285). I følge studien til Levendosky et al. (2002) ble bare gjenopplevde symptomer fra PTSD PAC assosiert med barns fungering, så flere symptomer ble assosiert med økt nivå av eksternaliserende oppførsel. Derimot hadde hele gruppen på 62 førskoleelever svært forhøyet eksternaliserende oppførsel sammenlignet med den «normale» befolkningen, slik at 42 % av deltakerne hadde score på minst 60, og 29 % av prøven falt inn i det kliniske området. I kontrast hadde disse barna ikke forhøyd internaliserende oppførsel.

Meta-analyser er studier hvor man slår sammen mange studier, og behandler resultatene fra disse til gjennomsnitt som kan forklares og tolkes (Braarud & Raundalen, 2011, s.43). Braarud & Raundalen (2011) refererer til Chan og Yueng (2009) som utførte en meta-analyse av sammenhengen mellom å oppleve vold i familien og effekten av barns tilpasningsproblemer. I oppsummeringen av fire meta-analyser (Chan & Yueng, 2009, Evans et al. 2008, Kitzmann et al. 2003 og Wolfe et al. 2003) som undersøkte sammenhengen mellom barns erfaring med vold i familien og senere emosjonelle vansker og atferdsproblemer. Her fant de en lav til moderat effekt på internaliserende problemer, en moderat effekt for eksternaliserende problemer og en moderat til høy effekt for traumerelaterte problemer (Braarud & Raundalen, s.44). I analysen referer de til Kitzmann et al. (2003) som videre viser at erfaring med familievold har relativ høy effekt på skolerelaterte problemer, men lav effekt på sosiale problemer. En mega-analyse som inkluderer rådata fra tidligere studier (sammenlegging av flere meta-analyser), støtter meta-analysene som viser at barn som har opplevd familievold har større sannsynlighet for å utvikle både inernaliserende og eksternaliserende problemer (Braarud & Raundalen, s.44). I konklusjon av meta- og mega-analysene sier det at barn som har opplevd familievold gir uttrykk for flere emosjonelle og atferdsmessige problemer, sammenlignet med barn som ikke har slike opplevelser (Chan & Yueng, 2009, s.314). Dette gjelder både eksternaliserende atferd som aggresjon og utagering, og internaliserende atferd som depresjon og angst. Effektstørrelsen blir for det meste betegnet som moderat i alle analysene, hvilket betyr at vi helt sikkert kan si at barn og unge viser betydelige skader allerede i barndommen. Samtidig betyr dette at det er barn som ikke viser tegn på slike negative reaksjoner.

Aspekter ved barns intime omsorgsmiljø er viktige komponenter i forståelsen av hvordan eksponering for familievold påvirker barns fungering (Braarud & Raundalen, s.49). Dette perspektivet kan belyse risiko og beskyttelsesmekanismer, som kan besvare hvorfor enkelte barn har bedre tilpasning enn andre til tross for eksponering for vold i familien. Risikofaktorer er forhold og omstendigheter som assosieres med økt sannsynlighet for senere skjevutvikling eller mishandling (Braarud & Raundalen, s.49).

5.2 Tilknytningsforstyrrelser

Kyllingmark og Lillevik (2013) skriver at noen barn opplever det som vanskelig å ta stilling til hvem de skal holde med i konfliktene mellom foreldrene. Mor og far kan skyldes på hverandre, og dette oppleves smertefullt for barna. Kyllingmark og Lillevik (2013) skriver videre at de har snakket med barn som har gitt uttrykk for at de er glad i far selv om han slår mor, men at de samtidig er redd for ham. Men de har videre funnet at andre barn har vært tydelige på hvem som har skylden for volden i hjemmet. De anklager far for volden han påfører moren, og forsvarer mor. De kan utvikle et voldsomt sinne ovenfor far, fordi han påfører familien smerte.

Som tidligere nevnt fant Øverlien (2012) at barn handler i situasjoner hvor det oppstår partnervold. Hun skriver at hovedhandlingen er å gå mellom voldsutøver og den voldsutsatte, for å beskytte seg selv og søsken. Barns handlingsrom er begrenset sammenlignet med voksnes. I Øverliens (2012) studie har hun vist at andre aspekter begrenser handlingsrommet. Det viktigste aspektet som påvirker barnas handlinger er alvorlighetsgraden av volden (Øverlien, s.205). Om et barn opplever fars vold som livstruende, opplever det svært begrensede muligheter til å handle. Handlingsmulighetene er også avhengig av forholdet til voldsutøveren, hans kulturelle bakgrunn, barnets alder og nettverk. På den annen side kan en kvinne med sterke traumereaksjoner ha problemer med å beskytte barna sine (Eriksen, Heltne & Steinsvåg, 2011, s.82). Det er tre hovedelementer på hvordan tilstanden kan påvirke mors samspill med barnet: 1. Gjenopplevelse av en traumatisk hendelse kan føre til at mors oppmerksomhet «glir bort», og blir mer eller mindre utilgjengelig for omgivelsene. 2. Det kan føre til tilbaketrekning fra sosiale aktiviteter, mennesker og en følelsesmessig avflatning og manglende engasjement. En kan tenke og vite at en elsker barnet sitt, men klarer ikke føle det fordi det bare er tomhet på innsiden. 3. Økt uro, irritabilitet og skvettenhet kan skremme barna

og mor kan bli hindret i å hjelpe barnet til å regulere ned sitt stress. Evnen til å skille farlig stimuli fra ufarlig stimuli er svekket, og et skap som lukkes igjen kan vekke like sterke reaksjoner som et skudd (Eriksen, Heltne & Steinsvåg, s.82). Dissosiering kan gjøre at følelser og tanker ikke blir lagret som en samlet opplevelse. Dette kan føre til at den traumatiserte moren ikke reagerer følelsesmessig på vold mot seg selv eller mot barna sine (Eriksen, Heltne & Steinsvåg, s.83). Når mor har sterke traumereaksjoner, klarer hun ikke gjennomføre sentrale omsorgsoppgaver, som å sjekke omgivelsene for mulige trusler mot barnet, og er ute av stand til å trøste og hjelpe barnet til å regulere stress. Det blir mors egne reaksjoner som er årsaken til barnets stress.

På en annen side kan vi se på hva Torsteinson (2011) sier om å se på partnervold som noe som kan føre til en tilknytningsforstyrrelse for småbarn. Når en mor er traumatisert kan hun ha atferd som svinger mellom perioder hvor hun enten er lite engasjert og tilbaketrukket, til perioder hvor hun er nærværende og kjærlig, eller sint og aggressiv (Eriksen, Heltne & Steinsvåg, s.83). Dette fører til at mor blir lite forutsigbar og barnet vet ikke hvilke reaksjoner som kan forventes av mor i ulike situasjoner. Tilknytningskvaliteten reflekterer foreldrenes kapasitet og mulighet til å tåle barnets reaksjoner, regulere barnets emosjoner og bearbeide hendelsen slik at den blir forståelig for barnet (Torsteinson, 2011, s.67). Når omsorgspersoner opplever vold, vil de fleste bli preget på en måte at det blir vanskeligere for dem å være tilgjengelige for barnets behov i situasjonen. I denne situasjonen er det veldig reduserte muligheter for å takle barnets reaksjoner, regulere barnets emosjoner og bearbeide hendelsen (Torsteinson, s.67). Partnervold kan påvirke foreldrenes mulighet til å fremme god tilknytningskvalitet i barnet, fordi vold kan gjøre en forelder skremt, skremmende eller på annen måte psykologisk utilgjengelig for barnet.

5.3 Frekvens og alvorlighet

I meta- og mega-analysene er det enighet om at både frekvens og alvorlighetsgrad henger sammen med grad av ettervirkning, som vil si at den alvorlige volden som opptrer hyppig, har sterkest negativ virkning. Det er en sterk sammenheng mellom vold og traumerelaterte vansker (Braarud & Raundalen, 2011, s.45). Det vil si at forskerne betrakter traumevirkning av vold som et viktig område for kartlegging og oppfølging. Når mor har atferd som virker skremmende på barna, er dette atferd som barna ikke har forutsetninger for å forstå, spesielt

de minste. De har ikke mulighet til å trekke seg unna, og ikke mulighet til å finne hjelp til sine følelsesmessige reaksjoner (Eriksen, Heltne & Steinsvåg, 2011, s.83). Dette ses da som «frykt uten løsning», som er hendelser hvor barnet opplever frykt, men omsorgspersonen barnet søker beskyttelse og affektiv regulering hos, enten er den som skremmer barnet eller den som selv er skremt (Eriksen, Heltne & Steinsvåg, s.83). Dette resulterer i en uløselig situasjon for barnet; foreldrenes atferd representerer ikke det trygge som normalt letter barnets sammenhengende strategi for å oppnå beskyttelse.

Enda tydeligere på betydningen av frekvens er Zachrisson (2010) som refererer til Sameroff (2000), som viser til en kumulativ risikomodell. Den er basert på antagelsen om at jo flere risikofaktorer et barn er utsatt for, desto større er sjansen for at barnet utvikler vansker (Zachrisson, 2010, s.292). Med andre ord er det antall risikofaktorer, heller enn arten av dem, som har størst betydning for utviklingen av psykiske plager. På den annen side viser Braarud & Raundalen (2011) til en nyere studie som viser at over 50 % av 2-4 åringer som hadde levd med partnervold, hadde god tilpasning og utvikling til tross for slike erfaringer. Flere forskere mener at vi ikke kan se på volden alene som en faktor, men må ta i betraktning mange av de andre, negative situasjonsfaktorene som har vært eller kan ha vært til stede (Braarud & Raundalen, 2011, s.49). I lys av dette kan vi se at mange studier ikke ser på om hvorvidt én av foreldrene har vært velfungerende, eller om barna har hatt beskyttende omsorgspersoner i nettverket for øvrig. Vi vet i mange tilfeller heller ikke om barna ble utsatt for langvarig mishandling eller enkeltstående voldsepisoder, eller om tilværelsen ellers var rimelig omsorgsfull og forutsigbar. Dette blir bekreftet i Bogat et al.'s (2006) studie som undersøkte hvorvidt barnet ble påvirket av mors psykiske helse og alvorlighetsgraden av volden. Den viste at nesten halvparten av barna som var eksponert for partnervold hadde minst ett symptom på traumer. De fant også en klar sammenheng mellom mors og barnas symptomer på traumer, som igjen hadde en sammenheng med hvor mye vold de hadde opplevd. Barna som var vitne til mye vold ble ekstra belastet på grunn av mors psykiske helse, fordi barna lever under stress fra seg selv og fra mor. Bogat et al. (2006) skriver at spedbarn viste symptomer på traumer når mødre opplevde alvorlig partnervold. Dette kan være en forklaring på hvorfor bare noen barn opplever symptomer på traumer. Når spedbarn er vitne til alvorlig partnervold, virker dette som et ekstra stress for dem, fordi de i tillegg er bekymret for mor.

5.4 Metodekritikk

Som nevnt har mye av forskningen, inkludert mine utvalg av studier, flere metodiske svakheter som kan ha påvirket resultater. Jeg har tidligere pekt på studier der utvalget fra ulike og mer like grupper ga forskjellige funn. Det har også vært stort spenn i alder i de ulike undersøkelsene, fra spedbarn til nesten voksne. Videre har det i en og samme studie variert i alder fra 8-20 år og målingskriteriene brukt i noen av disse studiene har vært de samme uavhengig av alder. Hvordan en innhenter data i de ulike studiene har også variert.

Levendosky et al. (2002) og Bogat et al. (2006) valgte å innhente data ved bruk av forskjellige rapporter, etter sjekklister som sto til kriteriene til DSM-IV. Videre ble rapportene i begge studiene utført av mødrene til barna, og studienes resultater viser at det kan være en mulighet for underrapportering. I motsetning valgte Øverlien i sitt studie å bruke kvalitative intervjuer som metode. Barna kunne dele sine erfaringer gjennom narrativer, og fikk slik mulighet til å argumentere for og spørre om tema og erfaringer som var viktige for dem. Øverlien (2012) siterer Pramlin (1989) som mener at barneperspektivet ikke handler om å «se inn i barnets hode, men se ut i verden gjennom barnets øyne». Hun påpeker også at det primære i et forskningsintervju ikke er å hjelpe barnet eller å oppnå noen form for forandring. Målet er å fange barnets blikk på for eksempel en hendelse, og oppfølgingsspørsmål stilles for at bildene av det barnet ser, skal bli så rike og mangefasetterte som mulig (Øverlien, 2012, s.59).

6 Avslutning og konklusjon

I denne oppgaven har hovedfokuset vært å finne hvilke konsekvenser barn har av å være vitne til vold i hjemmet. Ulike studier har gjort en rekke funn, men tross utslag på symptomer så viser studier at barn sjelden får diagnosen PTSD som følge av opplevd vold. Noen har påpekt at barn og voksne reagerer forskjellig på traumatiske hendelser på grunn av ulik kognitiv og emosjonell kapasitet til å bearbeide traumatiske situasjoner, og dette kan være en årsak. Det har i så måte vært forsøkt å endre måleinstrumentene, og da har man også sett større utslag i forekomst av PTSD.

Det har imidlertid blitt forsket mye på barn fra forskjellige samfunn, noe som kan være en faktor som spiller inn på resultatene. Når barn fra mer like grupper har vært undersøkt, som fra krisesentre, så har det nettopp gitt større utslag, men det hefter en del usikkerhet rundt studiene med tanke på tilleggsbelastninger som disse barna kan ha.

Det er bred enighet om at både frekvens og alvorlighet av vold i hjemmet henger sammen med grad av ettervirkning. Det er imidlertid modererende faktorer, som mors stabilitet og hvorvidt andre nære relasjoner er tilgjengelig og kan berolige barnet. Det er også kompliserende faktorer, som at studiene ikke har kontroll på om disse relasjonene er til stede. Det er imidlertid ikke bare utvalg og målingskriterier som kan gi sprikende resultater. Det er også gjort funn som viser at valg av metode og intervjueteknikk kan bidra. Selv om noen studier har funnet at fysisk mishandling mer sannsynlig leder til eksternaliserende- enn internaliserende oppførsel, så finner andre ingen forskjell når det gjelder opplevd vold. Det synes imidlertid klart at barn som opplever vold i hjemmet er i risikozonen for en rekke emosjonelle forstyrrelser og atferdsvansker.

Den biologiske risikoen og den sosiokulturelle konteksten kan være en mulig forklaring på hvorfor noen barn har større risiko for å bli «skadet» av å være vitne til vold. Barns evne til kognitiv og emosjonell bearbeiding og tilegning av kunnskap og sosial informasjon vil påvirke forholdet mellom traume og barnets utvikling. Som jeg har diskutert under resiliens, er det mange barn som har vært vitne til partnervold, men som likevel har fått god tilpasning og utvikling til tross for disse erfaringene. Forskere mener at vi ikke kan se på volden alene som en faktor, men må ta i betraktning mange av de andre, negative situasjonsfaktorene som har vært eller kan ha vært til stede. Oppsummert er det derfor behov for mer forskning på disse områdene i fremtiden.

7 Litteraturliste

Aveyard, H. (2007). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. Open University Press.

Bogat, A., Dejonghe, Erika., Levendosky, Alytia., Davidson, William., Von Eye, Alexander. (2006). *Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence*.

Child Abuse & Neglect: The international Journal. Hentet fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213406000081>

Borge, A.I.H. (2010). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Braarud, H.C., & Raundalen, M. (2011). *Familievold og barns utvikling:*

Kunnskap frå forskning og praksis. I U. Heltne & Ø. Steinsvåg (Red.), *Barn som lever med vold i familien* (s. 41-50). Oslo: Universitetsforlaget.

Buudir. Prosjektansvarlig Handlekrafts unghefter: RVTS Sør. *Om vold og seksuelle overgrep*.

Hentet fra: http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Nyhetsarkiv/445712270_8-1218.11.11_1.pdf

Chan, Y.C. & Yueng, J.W.K. (2009). Children living with violence within the family and its sequel: (2009). A meta-analysis from 1995-2006. *Aggression and Violent Behavior*, 14(5), 313-322. Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178909000408>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dodge, K.A. & Pettit, G.S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 349-370. Hentet fra:

<http://psycnet.apa.org/fulltext/2003-01660-011.html>

Dyregrov, A. (2010). *Barn og Traumer. En håndbok for foreldre og hjelpere*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Heltne, U. & Steinsvåg, P. (2011). *Barn som lever med vold i familien*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Justis- og beredskapsdepartementet. (2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner*. (Meld. St. 15 2012-2013). Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/sec1>

Justis- og beredskapsdepartementet. (2017). *Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/lov-og-rett/vold-i-naere-relasjoner/innsikt/handlingsplan-mot-vold-i-naere-relasjoner/id2340080/>

Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvello, Ø. (2010). *Sped- og småbarn utsatt for omsorgssvikt*. V. Moe, K. Slinning & M.B. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (s. 493-517). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kyllingmark, S., & Lillevik, O. (2013). *Når barn er vitne til vold*. Hentet fra: http://fontene.no/mapper/Nar_barn_er_vitne_til_vold.pdf

Levendosky, A.A. & Graham-Bermann S.A. (1998). *Traumatic stress symptoms in children of battered women*. Hentet fra:
https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/68442/10.1177_088626098013001007.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Levendosky, A.A., Huth-Bocks, A.C., Semel, M.A., & Shapiro, D.L. (2002). *Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence*. Hentet fra:
<http://jiv.sagepub.com/content/17/2/150.full.pdf+html>

Norges offentlige utredninger (2017). *Svikt og svik*. – Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf>

Torsteinson, S. (2011). *Små barn utsatt for familievold. Fokus på diagnoser, psykobiologi og tilknytningspsykologi*. I U. Heltne & Ø. Steinsvåg (Red.), *Barn som lever med vold i familien*. (s. 60-73). Oslo: Universitetsforlaget.

Zachrisson, H.D. (2010). *Tilknytning og psykisk helse hos sped- og småbarn*. V. Moe, K. Slinning & M.B. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (s. 285-298). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet – barns strategier*. Oslo: Universitetsforlaget.