

Barn som lever med vold i familien

En oversikt over noen sentrale problemstillinger

Unni Marie Heltne

Barn utsettes for vold på mange forskjellige måter. De kan bli slått, lugget og sparket. Noen barn blir utsatt for direkte livstruende vold, noen er vitne til at søsken eller foreldre blir det, og noen blir drept. De kan oppleve vold mellom foreldrene ved å være tilstede når det skjer, eller høre det som skjer fra et annet rom. Noen barn griper aktivt inn ved å gå mellom de voksne eller ved å hente hjelp. Andre ganger opplever de konsekvensene av volden som forslåtte voksne eller et ødelagt inventar. For mange skaper vold et meget utrygt familieklima, der de voksnes kapasitet til å yte omsorg er ødelagt eller sterkt redusert. De fleste av barna som opplever vold i familien får liten eller ingen hjelp til å håndtere det de har opplevd. Uansett alder og utviklingsnivå overlates de til seg selv for å håndtere skremmende og sterkt traumatiske opplevelser. Dette kan få store konsekvenser både for deres utvikling og fungering.

Barn som opplever vold i familien, har fått økende oppmerksomhet de siste 20 årene. Antall forskningsarbeid på området har hatt en enorm økning fra 90-tallet og fram til i dag (Øverlien, 2010). Det har vært en økende erkjennelse av at barn både skades fysisk og psykisk ved å utsettes for vold fra foreldrene, men at de også skades av å være vitne til vold mellom foreldrene eller mot søsken (Edwards et al., 2005, Felitti et al., 1998). I Norden har det kommet flere rapporter om barns situasjon når mor utsettes for vold fra far (Christensen, 1990, 1999, Solberg, 2004, Øverlien & Hyden, 2007, 2009).

Vold i familien kan forstås som en form for omsorgssvikt:

Passiv fysisk mishandling innebærer manglende tilfredsstillende av barns fysiske behov som sterkt avvikende ernæring, manglende beskyttelse mot fysiske farer, manglende hygiene og klær som ikke passer til vær og temperatur. Et annet begrep for dette er vanskjøtsel.

Aktiv fysisk mishandling omfatter ulike former for vold mot barn, som grov vold i form av slag, spark, brenning, utsultning og liknende.

Passiv psykisk mishandling, også omtalt som psykisk omsorgssvikt, omfatter

grov understimulering, likegyldighet og mangel på konsekvens, forståelighet og forutsigbarhet i oppdragelsen i en slik grad at det hemmer barnets utvikling.

Aktiv psykisk mishandling betyr at barnets omsorgspersoner utviser en fiendtlig holdning i form av nedvurdering, latterliggjøring, trusler om straff osv. (Bunkholdt og Sandbæk, 2008).

Barn som opplever vold mellom foreldrene kan sies å være rammet av flere av disse formene for omsorgssvikt, både passiv fysisk og psykisk mishandling. I tillegg øker vold mellom foreldrene risikoen for at barn utsettes for direkte fysisk og

psykisk mishandling (Appel & Holden, 1998), og ofte vil det være vanskelig å skille disse to belastningsfaktorene fra hverandre.

I de senere årene har det også blitt satt søkelys på barns opplevelse og forståelse av egen situasjon når de opplever vold i familien (Eriksson, 2007, Eriksson et al., 2010, Solberg, 2004, Øverlien & Hydén, 2007, 2009). Og forskere har anbefalt at nettopp barns egen forståelse og fokus bør få en større plass i videre forskning på dette området (Øverlien, 2010).

Hvor mange barn opplever vold i familien?

I Norge er det bare gjennomført én større omfangsundersøkelse av barns voldserfaringer i familien. I denne undersøkelsen ble avgangselever (17 åringer) fra videregående spurt om tre voldsformer fra egen oppvekst; fysisk vold, seksualisert vold og eksponering av vold mellom foreldre (vitne til vold). Rundt 8 % oppgav å ha blitt utsatt for grov vold minst en gang fra en av foreldrene. 6 % hadde opplevd å være vitne til grov vold mot en av foreldrene. Flere hadde i løpet av oppveksten sett eller hørt et tilfelle av vold mot mor enn vold mot far (henholdsvis ni og fire prosent). Når det gjaldt den alvorligste volden oppgav 2 % av utvalget at de minst 10 ganger hadde blitt utsatt for grove voldsepisoder (ca 20 000 norske barn på landsbasis). Bare en mindre del av disse hadde fått hjelp eller snakket med noen om disse erfaringene (Mossige & Stefansen, 2007).

Det er oppløftende at en stor majoritet av ungdommene som deltok verken hadde opplevd fysisk vold i sin oppvekst eller vært vitne til vold mellom omsorgspersonene. Relativt mange har opplevd en mild krenkelse i løpet av oppveksten, relativt få har

opplevd det som i undersøkelsen blir definert som grove krenkelser, og svært få har opplevd både grov vold, grove vitneerfaringer og grove seksuelle overgrep. En metodisk begrensning med denne undersøkelsen er at den ikke fanger opp de barna som ikke når det avsluttende året av videregående skole. I denne gruppen vet vi at det kan befinne seg mange ungdommer med vanskelige oppveksterfaringer, blant annet mange barn som er under omsorg av barnevernet.

Den mest omfattende prevalensstudien av barn som opplever vold i familien, som er gjennomført i Sverige, konkluderer med at 10 % av



alle svenske barn har opplevd vold i hjemmet, og at 5 % har opplevd dette ofte. Ca 1 % rapporteres å ha opplevd ekstreme former for vold, som for eksempel kan innebærer våpen, og som potensielt kunne hatt en dødelig utgang (SOU 2001:72).

Hvilke konsekvenser har vold for barns utvikling og fungering?

Avhengig av alder, utviklingsnivå, tilgang på beskyttelsesfaktorer eller eventuelle nærvær av andre belastninger, har barn som opplever vold i familien en økt risiko for å utvikle angst, depresjon, symptom på alvorlig traumatisering (for eksempel PTSD), samt lærevansker og atferdsvansker. Mange har også store problemer med å fungere sammen med andre (Wolfe et al., 2003a). Studier har

vist at voldsopplevelser i barndommen fører til økt risiko for å utvikle en rekke alvorlige fysiske lidelser senere i livet og markert økt dødelighet (Felitti et al., 1998, Edwards et al., 2005).

Mye tyder på at konsekvensene av vold blir større jo hyppigere den forekommer og jo mer alvorlig episodene er. Mest alvorlig ser det ut til å være når vold forekommer i kombinasjon med andre belastninger i familien, som rus, psykiske lidelser, omsorgssvikt, dårlig økonomi og sosiale vansker. De ulike belastningene ser ut til å forsterke hverandres skadevirkninger. Begrepet polyvictimization er en betegnelse på dette fenomenet (Finkelhor et al., 2007b). Samtidig kan barn oppleve alvorlige konsekvenser av noen få voldsepisoder. Etter en eller noen få alvorlige episoder, vet barnet hva den voksne kan være i stand til, og kan dermed bli gående i konstant frykt for at det skal skje igjen. Et blikk, hevet stemme eller en håndbevegelse kan være nok til å vekke redselen. Når den voksne i tillegg har stadige aggresjonsutbrudd, holdes barnets frykt

ved like. Slike situasjoner gjør at barnet bruker mye av ressursene sine på å takle utrygghet og engstelse. Å være på vakt hele tiden stjeler mentale krefter som skulle vært brukt til konsentrasjon, utfoldelse og læring. Dette gjelder enten barnet er redd for å bli utsatt for volden selv, eller frykter at en av foreldrene eller søsken skal utsettes for den.

Det ser ut til å være en sterk sammenheng mellom vold og traumerelaterte vansker (Evans, 2008, Braarud & Raundalen, 2011). Barn som har opplevd vold kan være plaget av invaderende gjenopplevelser i form av skremmende mareritt og minner fra konkrete voldsepisoder, (skrik og lyd av slag, bilde av det rasende ansiktet til voldsutøveren) som ødelegger søvn og konsentrasjon, de kan ha en varig høy aktivering slik at de skvetter

for den miste ting og er urolige og rastløse. Mange kan også være plaget av tankekjør om egen skyld og ansvar for det som skjedde.

Redselen barnet opplever under en voldsepisode og mellom voldsepisodene ser ut til å være en av de viktigste mekanismene for skade. Frykt og stressreaksjoner som barnet ikke får hjelp av omsorgspersonene sine til å mestre ser ut til å kunne gi varige skader på barnets hjerne og nervesystem (Teicher, 2000, Teicher et al., 2006, 2008, Blindheim 2011). At barnet er redd hele tiden og opplever å være i en kontinuerlig beredskapssituasjon, fører blant annet til varig overproduksjon av stresshormon som skader ulike nervestrukturer og forbindelsen mellom dem. Vold mot de minste barna ser ut til å ha særlig negative konsekvenser, spesielt kan dette gå ut over de hjernestrukturane som bidrar til å regulere ned stressresponsen og dermed til å kontrollere negative følelser. Hjernesentra som bidrar til sosial fungering er også sårbare for stress. Vold mot mor eller direkte mot barnet kan føre til en forstyrret tilknytning som får negative konsekvenser for annen videre utvikling (Blindheim 2011, Braarud & Raundalen, 2011, Torsteinson, 2011).

Noen barn som opplever vold i familien utsettes ikke bare for en enkeltstående traumatisk hendelse, men for gjentatte traumatiske episoder som preger hele tilværelsen (Braarud & Raundalen, 2011). Mange av barna vi har vært i kontakt med forteller at den verste konsekvensen av vold er at hjemmet blir ødelagt som et trygt sted å være. Det verste er, sier noen av disse barna, at du aldri kan være trygg hjemme hos deg selv, hjemme der alle andre er trygge. Det er en økende erkjennelse av at dette fører til en annen og mer alvorlig form for traumatisering, enn enkeltstående traumatiske episoder. En betegnelse for dette er kompleks traumatisering (Blindheim 2011).

Kompleks traumatisering gir seg utslag i funksjonstap på en rekke områder, både kognitivt, følelsemessig, relasjonelt og forhold til egen identitet (Ford & Curtosis, 2009, Braarud &

Raundalen, 2011). For en del av disse barna fører dette til dissosiering: Manglende integrering av minner, tanker og opplevelse. Dissosiering kan få store konsekvenser for utvikling og fungering (Silberg, 2009, Bildheim, 2011). Undersøkelser viser at 35 – 45 % av barn som har levd med vold i familien har symptom som kvalifiserer til behandling (Onyskiew 2003).

Fanger hjelpeapparatet opp disse barna?

Gjennom prosjektet Barn som lever med vold i familien, har vi møtt mange barn som har vært direkte utsatt for vold eller som har vært vitne til alvorlig vold mellom foreldrene. Det har vært slående hvor få av disse barna som på eget initiativ har fortalt noen om volden mens den pågikk. Når vi har spurt barna om årsakene til dette, har flere vært tydelige på at de ikke har opplevd det som et alternativ å skulle fortelle. De har ikke hatt noen forestilling om at noen uten for familien kunne hjelpe dem. Politiet har virket skremmende, barnevernet har de bare hatt uklare inntrykk av. De har vært redde for ikke å bli trodd, og for å være årsaken til at foreldrene skulle få problemer. Noen har erfart at å fortelle om vold i familien har ført til mer vold og flere problemer hjemme. I disse tilfellene har de voksne blitt informert om hva barnet har fortalt uten en vurdering av om barnet ville trenge ekstra beskyttelse når dette skjedde. Noen barn forteller ikke fordi det å fortelle er å gi slipp på håpet om at alt en gang skal bli bra. Du vil jo så gjerne ha slike foreldre som de andre har, sier 15 åringen, du vil jo så gjerne ha like snille foreldre.

Vold er et tabu både i samfunnet og innad i den enkelte familie (Leira, 1990). Dette medfører at sterke og skremmende opplevelser blir fortiet og benektet. Barnet får ikke hjelp til å sette ord

på og takle sine erfaringer, men overlates til seg selv for å håndtere smerten og redselen så godt de kan. Ubehaget med å ta opp spørsmål knyttet til vold og mishandling gjør at voksne lar være å ta opp sine bekymringer for barn de møter i nærmiljø eller jobb.

Når barn blir spurt om hva som skal til for at de skal kunne fortelle andre om at de utsettes for vold, svarer mange av dem at de tror det hadde vært nødvendig å bli spurt konkret og direkte. Generelle spørsmål som ”Hvordan har du det?” eller ”Hvordan går det?” kan gi like generelle svar tilbake. Om vi ikke spør konkret om det vi er bekymret om, for eksempel om noen hjemme slår eller blir slått får vi ofte ikke vite det. Barn skjønner ikke hvilken informasjon vi er ute etter. I tillegg kan barnet ha store vansker med å sette ord på det de har opplevd. Det kan være svært vanskelig å finne ordene som beskriver opplevelser som aldri har blitt fortalt til noen før. Det er heller ikke likegyldig hvem som spør. Mennesker barnet har tillit til, og som det tror tåler å høre hva det har å fortelle, er lettere å fortelle til. Samtidig kan barn fortelle om voldsopplevelser til mennesker de ikke kjenner så godt, fordi de virker tillitsvekkende gjennom måten de spør og viser interesse på. Gjennom å spørre konkret kan vi gi inntrykk av å ha greie på nettopp det barnet sliter med.

Til tross for at vold og voldserfaringer er erkjente risikofaktorer når det gjelder nedsatt fungering og sykdom både hos barn og voksne, finnes det få hjelpeinstanser som systematisk kartlegger forekomst av vold når de skal utrede og planlegge hjelpetiltak for barn.



Dette kan føre til feildiagnostisering og feilbehandling (Margolin & Vickerman, 2007). Posttraumatiske symptom kan for eksempel tolkes som symptom på depresjon og angst, og bli behandlet som dette uten at den underliggende årsaken bli avdekket. Uro og konsentrasjonsvansker kan tolkes som ADHD og bli behandlet medikamentelt med sentralstimulerende medikament. Slik behandling kan i noen tilfeller foreverre posttraumatiske symptom (Bisson & Andrew, 2009).

Så langt ser det ikke ut til at behandlingsapparatet er gode til å fange opp barns voldsopplevelser. I en undersøkelse av pasienter i den norske barne- og ungdomspsykiatrien gjennomført av Nordlandssykehuset, ble det vist at vold som en bakgrunnsfaktor rutinemessig bare ble registrert i under 1 % av tilfellene, mens 33,9 % av barna som var pasienter oppgav å ha vært utsatt for vold når de ble spurt direkte (Reigstad et al. 2006) I Sverige konkluderte en undersøkelse med at bare et meget lite antall barn som hadde vært utsatt for vold, mottok behandling som var rettet mot vold og traumeerfaringer. Selv ikke der vold var nemt i henvisningen var det noen automatikk i at volden ble kartlagt for behandlingen startet opp (Lindell & Swedin, 2005). På den andre side er det en erfaring innen psykisk helsevern for barn og unge at det sjelden informeres om at barn har vært utsatt for vold i henvisningen, selv i tilfeller der henviser kjenner til at dette har skjedd (Øverland, Braarud & Voss, 2010). Det ser heller ikke ut til at barnevernet, helsestasjonene eller skolehelsetjenesten kartlegger rutinemessig om barn utsettes for vold (Heltne & Steinsvåg, 2011).

Det finnes i dag flere kjente og vel utprøvde metoder for å kartlegge vold både mot barn og mellom de voksne. Kartlegging må følges av systematisk vurdering av risiko for mer vold, og planlegging av hvordan barnet som utsettes for volden skal skjermes og beskyttes. Det er mulig å utarbeide systematiserte sjekklister både for kartlegging og sikkerhetsvurderinger (Heltne & Steinsvåg 2011).

Siden voldsopplevelser kan føre til



utvikling av mange ulike psykiske lidelser, er det viktig at behandlingsapparatet er observant på at vold kan være en årsaksfaktor også ved lidelser som vanligvis utredes og behandles uten at man setter dem i forbindelse med vold, som depresjon, angst og atferdsvansker. Fordi voldsopplevelser ofte forårsaker alvorlige traumesymptomer er det viktig at barn kartlegges spesifikt med hensyn til dette.

Hvilke behandlingsmetoder fungerer i forhold til skadevirkningene?

Det finnes i dag flere behandlingsmetoder som har vist seg effektive ved behandling av traumesymptomer etter vold. Det er spesielt behandlingsmetoder basert på prinsipper for kognitiv atferdsterapi som har vist seg å ha god effektivitet, både når det gjelder generelle traumesymptomer hos barn (Choen et al., 2000, Dyregrov & Yule 2006) og for symptomer som er forårsaket av vold spesielt (Kolko & Swenson, 2002). Behandlingsmetoden traumefokusert CBT (Choen et al., 2006b) er godt beskrevet og godt dokumentert, og er relativt lett å tilegne seg for terapeuter som er kjent med generelle prinsipper for kognitiv behandling. Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) gjennomfører for tiden en studie av implementering av metoden i flere poliklinikker for barn

og unges psykiske helse (Jensen, 2008). Det arrangeres også kurs i metoden i Norge.

Anbefalt behandling av voldsutsatte barn består blant annet av psykopedagogiske og kognitive intervensjoner der barnet får forklaring på symptomene det opplever, og hjelp til å få rettet opp misforståelser og misoppfatninger om hendelsesforløp og skyld, samt hjelp til å roe ned stress og annen affektregulering og hjelp til å dempe ubehagelige gjenopplevelser. Hjelp til å bedre sosial fungering er også en viktig del av behandlingen (Margolin & Vickerman, 2007). I traumefokusert CBT legges det i også vekt på å informere og veilede foreldrene eller andre omsorgspersoner. Ved Senter for Krisepsykologi pågår det i disse dager en behandlingsstudie av en nyutviklet manual for individualbehandling av barn med traumesymptom etter voldsopplevelser, bygget både på prinsippene for traumefokusert CBT og andre prinsipper for traumebehandling (Dyregrov, Raundalen og Braarud, 2009).

Selv om det alltid vil være en god hjelp å få kontroll over symptomer som sønnavnsker, økt aktivering, unngåelse og invaderende sanseintrykk, er det viktig å være oppmerksom på at mange barn som har vært utsatt for omfattende og langvarige traume vil ha behov for mer omfattende og langvarig behandling, for eksempel

bygget på prinsipper for behandling av dissosieringstilstander hos barn (Silberg, 2009, Blindheim 2011).

I prosjektet Barn som lever med vold i familien har vi erfaring for at barn kan ha godt utbytte av å delta i samtalegrupper med andre barn under kvalifisert ledelse. På bakgrunn av disse erfaringene er det utviklet en manual for samtalegrupper for barn som har opplevd vold i familien. Denne kan fungere som en inspirasjonskilde for fagfolk som ønsker å gi et gruppetilbud til voldsutsatte barn (www.atv-stiftelsen.no, www.krisepsyk.no).

Viktig med et samordnet hjelpeapparat

Det er viktig å understreke at behandling av voldsutsatte barn aldri bør skje isolert fra det øvrige hjelpeapparatet. Tiltak for voldsutsatte barn og deres familier må alltid være et samarbeid mellom behandlingsinstans/ øvrig helsetjeneste og barnevern, PPT, skole, barnehage og politi. Første steg i hjelpen til disse barna må alltid være å beskytte barnet og få slutt på volden samt å vurdere risiko og skade. Ingen behandlings- eller hjelpeinstans kan gjøre dette alene. Jo bedre et slikt samarbeid kan organiseres og samordnes, jo bedre vil hjelpen bli.

Fotnoter

1 Deler at denne artikkelen er omarbeidet materiale fra boken Barn som lever med vold i familien. Heltne, U. & Steinsvåg, P.Ø. (2011). Oslo: Universitetsforlaget

Referanser

Appel, A. E., & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology*, 12,4, 578-599.

Bisson, J. & Andrew, M. (2009). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review). *The Cochrane Collaboration* (Issue 2).

Blindheim, A. (2011) Hvordan traumatisering påvirker hjernen. I Heltne, U. M & Steinsvåg, P. Ø. (red). Barn som lever med vold i familien. Oslo: Universitetsforlaget.

Blindheim, A., (2011) Kronisk traumatiserte barn. I Heltne, U. M & Steinsvåg, P. Ø, (red). Barn som lever med vold i familien. Oslo: Universitetsforlaget.

Braarud, H. C., & Raundalen, M. (2011) Familievold og barns utvikling: Kunnskap fra forskning og praksis. I Heltne, U. & Steinsvåg,

P. Ø. (red). Barn som lever med vold i familien. Oslo: Universitetsforlaget.

Bunkholdt, V. & Sandbæk, M. (2008). Praktisk barnevernarbeid, 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Christensen, E., (1990). Børnekår. En undersøgelse om omsorgssvigt i relation til børn og unge i familier med hustrumishandling. *Nordisk Psykologi monograph* 31. København: Akademisk Forlag.

Christensen, E., (1999) Social arv i voldsramte familier. Arbejdsrapport 15. København: Socialforskningsinstituttet

Cohen, J. A., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2006a). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York: The Guilford Press.

Cohen, J. A., Berliner, L., & Mannarino, A. (2000). Treating traumatized children. A research review and synthesis. *Trauma, Violence & Abuse.*, 1,1, 29-46.

Dyregrov, A., Raundalen, M. & Braarud, H. C. (2009). Manual for traumerapi for voldsutsatte barn. Bergen, Senter for Krisepsykologi.

Dyregrov, A. and W. Yule (2006). A Review of PTSD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 4, 176-184.

Edwards V. J., Anda, R. F., Dube, S. R., Dong, M., Chapman, D. F., Felitti, V. J. (2005). The wide-ranging health consequences of adverse childhood experiences. In: Kendall-Tackett K. & Giacomoni, S., (eds). *Child Victimization: Maltreatment, Bullying, and Dating Violence Prevention and Intervention*. Kingston, NJ: Civic Research Institute; 2005, 8-1-8-12.

Eriksson, M., (red. 2007). Barn som opplever våld. *Nordisk forskning och praktik*. Stockholm: Gothia Forlag AB.

Eriksson, M., Källström Cater, Å.; Dahlkild Öhman, G., & Näsman, E., (red. 2010). Barns stemmer om vold. Å tolke og forstå. Oslo: Gyldendal Akademisk

Evans, S. E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 131-140.

Felitti, V.J., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, W., Koss, M., Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.

Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2007b). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26

Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. In: C. A. Courtois & J. D. Ford (eds.), *Treating complex traumatic stress disorders* (pp. 13-30). New York: The Guilford Press.

Heltne, U. & Steinsvåg, P. Ø. (2011). Avsluttende prosjektrapport. Barn som lever med vold i familien. Alternativ til Vold (www.atv-stiftelsen.no) og Senter for Krisepsykologi (www.krisepsyk.no).

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

Universitetsforlaget.

Heltne U & Steinsvåg, P. Ø., (2011) Kartlegging og planlegging av tiltak. Heltne, U. M & Steinsvåg, P. Ø., (red) Barn som lever med vold i familien. Oslo: Universitetsforlaget.

Heltne, U. & Steinsvåg P. Ø., (2011) Sikkerhetsarbeid, en integrert del av hjelpearbeidet. I Heltne, U. & Steinsvåg, P. Ø. (red) Barn som lever med vold i familien. Oslo: Universitetsforlaget.

Jensen, T. (2008-2013). Behandling av traumatiserte barn og unge. Pågående prosjekt NKVTS. www.nkvts.no

Kolko, D.J. & C. Swenson (2002). Assessing and treating physically abused children and their families: A cognitive-behavioral approach. Thousand Oaks: Sage.

Leira, H. (1990). Fra tabuiserte traume til anerkjennelse og erkjennelse. Del 1. Om arbeid med barn som har erfart vold i familien. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 27, 16-22.

Lindell, C. & C. G. Swedin (2005). Mental health services provided for physically abused children in Sweden. A 4-year follow-up of child and adolescent psychiatric charts. *Nordic Journal of Psychiatry* 59, 179-185.

Margolin, G. & K. A. Vickerman (2007). "Posttraumatic Stress in Children and Adolescents Exposed to Family Violence: I. Overview and Issues." *Professional Psychology: Research and Practice* 38, 613-619.

Mossige, S. & Stefansen, K. (red 2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrporteringsstudie blant elever i videregående skole. Oslo: NOVA, rapport 20/07.

Onyskiew, J. E. (2003). Domestic Violence and Children's adjustment: A Review of Research. In R. Geffner, R. S. Igelman & J. Zellner (Eds.), *The Effect of Intimate Partner Violence on Children* (pp. 11 - 47). New York: The Hawort Maltreatment & Trauma Press.

Reigstad, B., Jørgensen, K., & Wichstrom, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 1, 58-66.

Silberg, J. L. & Dallam, S. (2009). Dissociation in Children and Adolescents: At the Crossroads. In: Dell, P. & O'Neil, J.A., *Dissociation and Dissociative Disorders. DSM V and Beyond*. London: Routledge

Solberg, A. (2004). Hvordan forholder barna seg til vold i hjemmet? *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 81,3, 3-9

SOU 2001: 72. Barnmisshandel - Att förebygga och åtgärda. Slutbetänkande från Kommittén mot barnmisshandel. Stockholm: Socialdepartementet

Teicher, M. H. (2008). Plenumspresentasjon, First Biannual conference, European Society for Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment Trauma and Dissociation, Amsterdam.

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Dumont, N. L., Ito, Y., Glod, C. A., Vaituzis, C., Gledd, J. N. (2000). Childhood neglect attenuates development of the corpus callosum. *Soc. Neuroscience Abstr.* 26, 549.

Teicher, M. H., Samson, J.A., Polcari, A., Mc Greenery, C.E. (2006). Sticks, Stones, and

- Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment. *Am J Psychiatry* 163, 6, 993-1000
- Torsteinson, S. (2011). Små barn utsatt for familievold. Fokus på diagnoser, psykobiologi og tilknytningspsykologi. I Heltne, U. & Steinsvåg, P. Ø. (red) Barn som lever med vold i familien. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vickerman, K. A. and G. Margolin (2007). Posttraumatic Stress in Children and Adolescent Exposed to Family Violence: II. "Treatment." *Professional Psychology: Research and Practice* 38, 620-628.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003a). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 3, 171-187.
- Øverland, K.E., Braarud, H. C., & Voss, C. (2010). Individualterapeutisk arbeid med barn som er utsett for vold i familien. *Norges Barnevern*, 87, 212-224.
- Øverlien, C. (2010). Children Exposed to Domestic Violence: Conclusions from the Literature and Challenges Ahead. *Journal of Social Work*, 10, 1, 80-97.
- Øverlien, C. & Hydén, M. (2007). Att tvingas lyssna. Hur barn bevittnar pappas våld mot mamma. *Barn*, 25,1, 9-25.
- Øverlien, C. & Hydén, M. (2009). Children's actions when experiencing domestic violence. *Childhood. A Journal of Global Child Research* 16,4, 479-496.

Foto A:

<http://www.flickr.com/photos/vauvau/3466024918/>

Foto B:

<http://morguefile.com/archive/display/724943>

Foto C:

<http://www.sxc.hu/photo/379470>



Unni Marie Heltne er spesialist i klinisk psykologi og arbeider ved Senter for Krisepsykologi i Bergen. I de siste årene har hun sammen med psykolog Per Øystein Steinsvåg ved Alternativ til Vold i Oslo, ledet prosjektet Barn som lever med vold i familien på oppdrag fra Barne- likestillings- og integreringsdepartementet. Dette prosjektet er et samarbeid mellom Senter for Krisepsykologi og Alternativ til Vold.

Riktig bok - til riktig tid
- til riktig pris!

+ alt du trenger av studiemateriell og rekvisita.

 sit tapir fagbokhandel

Tlf. 73 59 84 00 • www.sit-tapir.no

Handle på Internett: www.gnist.no