



NÅR LIVET SLÅR FRA SIG

En eksplorativ undersøgelse af børn på
Krisecenter Odense

NÅR LIVET SLÅR FRA SIG

EN EKSPLOLATIV UNDERSØGELSE AF BØRN PÅ KRISECENTER ODENSE

MARIA VANG

LOTTE SKØTT

ANNE MARIE TROENSEGAARD

ASK ELKLIT

ODENSE 2015

VIDENSCENTER FOR PSYKOTRAUMATOLOGI,
INSTITUT FOR PSYKOLOGI
SYDDANSK UNIVERSITET

ISBN: 978-87-93192-55-3

EAN: 9788793192553

Tryk: Print and Sign, Syddansk Universitet

Videnscenter for Psykotraumatologis publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

www.psykotraume.dk.

Dette materiale er støttet økonomisk af Rådet for Offerfonden. Materialets udførelse, indhold og resultater er alene forfatterens ansvar. De vurderinger og synspunkter, der fremgår af materialet, er forfatterens egne og deles ikke nødvendigvis af Rådet for Offerfonden.

| RÅDET FOR OFFERFONDEN |

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. RESUMÉ	2
2. INDLEDNING	3
2.1. Omfang af vold i hjemmet.....	3
2.1.1. Vold mod børn og unge.....	5
2.1.2. Vold med børn som vidne.....	6
2.2 Voldens konsekvenser.....	6
2.2.1 Umiddelbare konsekvenser.....	7
2.2.2. Langvarige konsekvenser.....	10
2.3. Børn på krisecenter.....	14
2.4. Psykologisk behandling til børn fra voldsramte familier.....	15
2.4.1. Evaluering af psykologordningen.....	15
2.5. Opsamling og formål.....	18
3. METODEBESKRIVELSE	20
3.1. Datamateriale.....	20
3.2. Ethiske overvejelser.....	21
3.3 Analysemetode.....	21
3.4 Statistiske metoder.....	23
4. RESULTATER	23
4.1. Overordnet tema: Barnet.....	28
4.1.1 Hovedkategori 1: Grundlæggende problemer.....	28
4.1.2 Hovedkategori 2: Følelser.....	31
4.1.3 Hovedkategori 3: Mestringsstrategier.....	32
4.2. Overordnet tema: Forældre.....	35
4.2.1 Hovedkategori 1: Mødrenes karakteristika.....	35
4.2.2 Hovedkategori 2: Barnets forhold til mor.....	39

4.2.3 Hovedkategori 2: Fædrenes karakteristika	42
4.2.4 Hovedkategori 4: Barnets forhold til far.....	43
4.3 Overordnet tema: Skole/Institution	44
4.3.1 Hovedkategori 1: Institutionelle strukturer og støttetilbud.....	45
4.3.2 Hovedkategori 2: Børnenes daglige funktionsniveau i pasningstilbuddet.....	47
5. DISKUSSION	49
5.1 Tilknytning	49
5.2 Posttraumatisk stressreaktion (PTSD)	52
5.3 Mestringsstrategier	55
5.3.1 Følelsesmæssig frakobling og Modstand	57
5.3.2 Ansvarstildragelse/parentifikation	59
5.4 Opsamling.....	61
5.4.1 Metoderefleksion og begrænsninger	63
6. EFTERVÆRN	65
7. KONKLUSION	71
8. REFERENCER	73

1. RESUMÉ

Denne rapport er udarbejdet i samarbejde mellem Videnscenter for Psykotraumatologi og Krisecenter Odense, og bygger på en indholdsanalyse af journalmateriale fra 215 børn, som har besøgt Krisecenter Odense over en periode på knap 4 år. Alders- og kønsfordelingen er repræsentativ for alders- og kønsfordelingen blandt alle landets krisecentre.

Rapporten er en eksplorativ kortlægning af børnenes trivsel, mestringsstrategier og forhold til deres omsorgsgivere, samt en belysning af de psykologiske mekanismer bag følgevirkningerne af at være udsat for vold i hjemmet. Formålet er at belyse, hvilke strategier børnene udvikler til at overleve en opvækst i et voldeligt hjem, og hvordan volden påvirker barnet og barnets forhold til forældrene.

Det estimeres, at 33.000 børn årligt er vidne til vold i hjemmet. Børn, som er vidner til vold mellem deres forældre, udviser samme sværhedsgrad af symptomer som børn, der er ofre for fysisk børnemishandling. Udover at være i øget risiko for svær social, akademisk, sundhedsmæssig og psykologisk mistrivsel på både kort og lang sigt, er børnene også i forøget risiko for andre former for børnemishandling (eks. fysisk vold, omsorgssvigt).

Ca. 2.000 børn kommer hvert år med deres mor på krisecenter og har dermed ret til mellem 4 og 10 psykologsamtaler. Halvdelen af disse børn opholder sig i en uge eller kortere tid på krisecenteret, og disse børn modtager kun i sjældne tilfælde den hjælp, de er berettiget til. Dertil kommer, at der kun er udarbejdet en handleplan for en tiendedel af børnene, når de fraflytter krisecenteret igen. Der er derfor ingen garanti for opfølgning på børnenes.

Undersøgelsen viste, at børnene på Krisecenter Odense har massive vanskeligheder på flere områder, herunder relationen til forældre og jævnaldrende, psykologiske problemer og problemer i skolen. Omfanget af børnenes vanskeligheder er meget stort: 73 % af børnene har en forstyrret tilknytning, 55 % af børnene følte sig usikre på sig selv eller deres livssituation, og 17,2 % af børnene er så påvirkede af deres situation, at deres udvikling allerede er forstyrret. Ligeledes er mødre i massiv mistrivsel når de ankommer på krisecenteret.

Hvis børnene skal støttes i at afhjælpe deres problemer, er det nødvendigt at de sociale myndigheder føler sig forpligtede til at understøtte familien, og at der etableres et længerevarende behandlingsforløb for både mor og barn.

2. INDLEDNING

Alle børn har ret til en tryk og omsorgsfuld opvækst. I Danmark har man som indehaver af forældremyndighed pligt til at beskytte sit barn mod mishandling og anden krænkede behandling¹. Alligevel bliver mange børn i dag udsat for børnemishandling af deres forældre.

Der findes forskellige former for børnemishandling, herunder fysisk vold, psykisk vold, materiel vold, seksuelt overgreb og omsorgssvigt (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon & Arias, 2008), og de forskellige former for vold kan optræde sammen eller enkeltvis.

Der er tale om fysisk vold, når en omsorgsperson med overlæg bruger magt mod et barn, der resulterer i fysisk skade eller risiko for fysisk skade. Der er tale om psykisk vold, når en omsorgsperson tilkendegiver over for et barn at han/hun er værdiløs, fuld af fejl, uønsket, kun kan bruges til at opfylde andre menneskers behov eller truer barnet. Seksuelt overgreb defineres som en fuldbyrdet eller forsøgt seksuel handling, seksuel kontakt med eller udnyttelse af et barn. Omsorgssvigt defineres som en omsorgspersons manglende opfyldelse af barnets fysiske, emotionelle, medicinske og uddannelsesmæssige behov (ibid.).

Der har i de senere år været konsensus om, at det, at være vidne til vold mellem sine forældre, er en form for psykologisk vold og et af de værste traumer et barn kan opleve (Bowlby, 1980; Holt, Buckley & Whelan, 2008; Kitzmann, Gaylord, Holt & Kenny, 2003; McIntosh, 2003). Børn, som er vidne til vold, er derfor også ofre for vold, og når volden foregår i hjemmet, har den væsentlig større konsekvenser end vold uden for familiesystemet (Margolin & Gordis, 2000).

Når der i rapporten tales om vold med børn som vidne, tænkes der på vold (fysisk, psykisk eller seksuelt) udøvet af en forælder eller stedforælder, hvor barnet har set eller overhørt volden eller dens følger (f.eks. blå mærker eller smadrede møbler).

2.1. Omfang af vold i hjemmet

Når der opstår vold i hjemmet, er volden sjældent en enkeltstående begivenhed. Vold opstår pga. spændinger og konflikter mellem forældrene. Disse spændinger vil ofte vise sig som verbale udfald

¹ jf. Forældreansvarsloven §2, stk. 3

og provokerende adfærd. Volden fortsætter ofte over tid og bliver en del af et fjendtligt familiemiljø, hvor barnet ikke kan gøre fra eller til (Howell & Graham-Bermann, 2011; Kitzmann et al., 2003).

Det egentlige omfang af vold i hjemmet er vanskeligt at kortlægge, da en voldsform sjældent optræder alene, og fordi det for mange børn er forbundet med skam og skyld at fortælle om vold i hjemmet. Særligt sidstnævnte kan være medforklarende for varierende svarprocenter i befolkningsundersøgelser (63-98 %, Christoffersen, Armour, Lasgaard, Andersen & Elklit, 2013; Helweg-Larsen, Schütt & Larsen, 2009). Hvis svarprocenten er lav, stiger risikoen for underrapportering og dermed for en undervurdering af omfanget af vold i hjemmet.

Internationale studier af børn, som er vidner til vold i hjemmet, viser, at børn som er vidne til vold, er i større risiko for også at blive udsat for andre former for børnemishandling (Bedi & Goddard, 2007; Goddard & Bedi, 2010; Holt, Buckley & Whelan, 2008; Kitzmann et al., 2003): 1) fysisk børnemishandling forekommer sammen med 2) psykisk vold og 3) omsorgssvigt (Armour, Elklit & Christoffersen, 2014). Børn som er vidner til vold i hjemmet har en 15 gange større risiko for at være ofre for fysisk mishandling og omsorgssvigt end børn fra ikke-voldelige hjem (Holt et al., 2008). Et dansk kohortestudie viste tilsvarende, at 70 % af børn, som er udsat for fysisk mishandling, også var udsat for psykologisk mishandling (Christoffersen & DePanfilis, 2009).

En nyere og repræsentativ undersøgelse af danske 8. klasses elever viser, at børnene i gennemsnit har været udsat for 2,5 potentielt traumatiserende hændelser, men at spredningen af de mest risikofyldte hændelser (eks. fysisk og seksuel børnemishandling og omsorgssvigt) er meget lille (Shevlin & Elklit, 2007). Det vil sige, at børn, som er ofre for én form for mishandling, har større risiko for at være ofre for en anden form for mishandling.

Sammenhængen mellem børnemishandling (psykologisk, fysisk eller seksuel vold og omsorgssvigt) og senere problemer kan beskrives som et dosis-respons-forhold: Jo flere former for mishandling, jo sværere overgrebene er, jo længere tid, mishandlingen varer og jo tidligere den starter, desto højere er risikoen for at barnet udvikler alvorlige følger (Holt et al., 2008; Hughes, Parkinson & Vargo, 1989; McIntosh, 2003).

I det følgende redegøres for danske undersøgelser af forekomsten af vold mod børn og unge, og vold i hjemmet.

2.1.1. Vold mod børn og unge

Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) gennemførte i 2010 en stor undersøgelse af vold mod børn og unge i Danmark. Første del af undersøgelsen udgøres af en kortlægning af omfanget af fysisk, psykologisk og seksuel vold mod unge i Danmark på baggrund af (1) nationale registre for alle børn født 1994-2006; (2) en repræsentativ stikprøve af 900 kommunale børnesager; og (3) en repræsentativ stikprøve med 2980 24 årige, der blev interviewet om deres barndom (Christoffersen, 2010). Anden del af undersøgelsen udgøres af et selvrapporteringsstudie blandt 1042 danske 8.-klasseselever (Korzen, Fisker & Oldrup, 2010).

Christoffersen (2010) rapporterer omfanget af forskellige former for børnemishandling, herunder fysisk mishandling, psykisk mishandling, seksuelt overgreb og omsorgssvigt. Resultaterne fra interviewundersøgelsen viser, at omkring en tredjedel (32 %) af 24 årige har oplevet én eller flere forskellige former for mishandling. Den hyppigst forekommende form for mishandling i denne gruppe er psykologisk mishandling. En gennemgang af de 900 kommunale børnesager viser, at der vil være mistanke om en eller flere af de forskellige former for mishandling for omkring 4,5 % af en årgang. Ifølge Landspatientregistret er mindre end 0,5 % af en årgang blevet registreret som offer for en eller flere af de forskellige former for mishandling inden deres 14. leveår.

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen blandt danske 8. klasser estimerer SFI, at en femtedel af eleverne har været udsat for vold fra deres forældre inden for det sidste år (Korzen, Fisker & Oldrup, 2010). Ca. 40 % af disse unge har været udsat for fysisk vold én gang, og ud af de samtlige adspurgte har 12 % enten været udsat for flere former for vold eller været udsat for vold flere gange. Undersøgelsen viste desuden, at blandt de unge, der har været udsat for vold i 5. klasse, har 80 % også været udsat for vold inden for det sidste år, når de udspørges i 8. klasse. Det betyder, at langt de fleste børn, som bliver udsat for fysisk vold, ikke kun bliver ofre én gang, men har 80 % risiko for at blive udsat for kontinuerlig fysisk vold. Fysisk vold defineres i undersøgelsen som konkrete voldshændelser i et kontinuum gående fra mindre grov vold (at blive skubbet og rusket eller revet i håret) til grov vold (fx at blive slået med en knyttet hånd, slået med ting eller sparket).

Udover ovennævnte undersøgelser forsøgte Statens Institut for Folkesundhed at kortlægge omfanget af både fysisk, seksuel og psykologisk/verbal vold i en landsdækkende undersøgelse blandt 3.521 9.-klasses elever (Helweg-Larsen, Schütt & Larsen, 2009). 2 % af drengene og 7,8 % af pigerne havde haft uønsket seksuel kontakt eller erfaring med en voksen (dvs. mindst 5 år ældre

end svarpersonen) inden de fyldte 15 år (ibid.). Af disse unge rapporterede 24 % af drengene og 14 % af pigerne, at den voksne var et familiemedlem. Ca. en tredjedel af drengene og knap halvdelen af pigerne (henholdsvis 30,7 % af drengene og 40,2 % af pigerne) havde været udsat for en form for vold i hjemmet. Størstedelen af de unge rapporterer psykologisk vold ("når den voksne slår med stemmen", f.eks. skældud, hån, trusler eller at deres forældre har smidt med ting). 2,6 % af drengene og 5,5 % af pigerne rapporterer "mildere" fysisk vold (fx at blive skubbet, rystet, trukket i håret eller slået med en flad hånd), og færrest unge har været udsat for grov fysisk vold (fx at blive slået med knytnæve eller genstand, sparket eller truet med våben), hvilket rapporteres af henholdsvis 1,4 % af drengene og 2,3 % af pigerne.

2.1.2. Vold med børn som vidne

Ca. 33.000 kvinder udsættes årligt for fysisk vold af deres partner, og det estimeres at ca. halvdelen af disse kvinder har to eller flere hjemmeboende børn (Barlach & Stenager, 2014; Helweg-Larsen, 2012). De tidligere nævnte SFI (Korzen, Fisker & Oldrup, 2010) og SIF rapporter (Helweg-Larsen, Schütt & Larsen, 2009) forsøgte også at kortlægge antallet af børn og unge, der årligt er vidne til vold mellem deres forældre. SFI undersøgelsen viser, at 2,5 % af unge i 8.klasse rapporterer, at have været vidne til, at deres mor er blevet udsat for fysisk vold og/eller trusler inden for det sidste år. SIF undersøgelsen fandt, at 11 % af børn (5 % af drengene og 6 % af pigerne) i 9.-klasse har oplevet grov fysisk vold mod deres mor i løbet af det forgående år. Helweg-Larsen, Schütt & Larsen (2009) skønner, at ca. 33.000 børn i Danmark er vidne til vold mod deres mor om året.

2.2 Voldens konsekvenser

Det har både umiddelbare og langvarige konsekvenser for et barn at opleve vold i hjemmet, herunder at være vidne til vold mellem sine forældre. Disse konsekvenser er rigt belyst gennem nationale og internationale undersøgelser: En international metaanalyse viste i 2003, at mindst 63 % af børn, som er vidner til vold i hjemmet, klarer sig dårligere end børn fra hjem uden vold (Kitzmann et al., 2003). Derudover udviser børn, som er vidne til vold, samme symptomer og samme niveau af mistriksel, som børn der er ofre for fysisk vold: Børn, som er vidner til vold i hjemmet, udviser ligeså ofte adfærdsmæssige og sociale problemer som børn, der er ofre for fysisk

børnemishandling, og der findes ingen forskel mellem børnenes grad af internalisering² og eksternalisering³ (Jaffe, Wolfe, Wilson & Zak, 1986; Kitzmann et al., 2003).

Til trods for at følgerne er mangeartede, efterlader ovenstående ingen tvivl om, at vold mellem forældre er en alvorlig, omend nonspecifik risikofaktor for umiddelbare og langsigtede problematikker for børnene i familien (Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith & Jaffe, 2003), og heller ingen tvivl om, at disse problematikker kan sidestilles med følgerne af at være offer for fysisk børnemishandling.

2.2.1 Umiddelbare konsekvenser

En udbredt misforståelse om børn, hvis forældre er voldelige, er, at børn ikke oplever volden eller ikke ved, at den foregår, men dette er nærmere reglen end undtagelsen (Mullender, Hague, Imam, Kelly, Malos & Regan, 2003). For spædbørn hviler denne misforståelse blandt andet på en antagelse om, at børnene ikke forstår, hvad der foregår omkring dem. Dette er imidlertid ikke tilfældet. Barnets sensoriske kompetence er udviklet ved fødslen: Berøringssans udvikles i 3. mdr. efter undfangelse, smagssansen udvikles i 15. fosteruge, lugtesansen er fuldt udviklet fra fødslen, hørelsen er udviklet fra 20. fosteruge, og synssansen udvikles sidst i den 5. måned af graviditeten (se Brodén, 1991 for uddybning). Barnet har altså allerede ved fødslen den fulde sensoriske kapacitet der kræves for at opfatte voldelig adfærd, og et internationalt studie har vist, at spædbørn udviser forstyrrelser i adfærd og tilknytning til en voldsudsat mor allerede fra de er 6 uger gamle (Zeanah, Danis, Hirshberg, Benoit, Miller & Heller, 1999).

Ved 9 måneders-alderen, før barnet er i stand til at verbalisere sine oplevelser, er barnet kognitivt og neurologisk modent til at danne og lagre erindringer i langtidshukommelsen (Bauer, 1997). Der er således ikke støtte til antagelsen om, at børn i voldelige hjem ikke opfatter, hvad der foregår. Børn fra voldelige hjem er i langt de fleste tilfælde bevidste om deres familieforhold og belastede af dem (Mullender et al., 2003).

² Fællesbetegnelse for symptomer på indre psykologisk mistriivsel, eks. depressive og angstelige symptomer.

³ Fællesbetegnelse for udadreagerende adfærd som symptom på psykologisk mistriivsel, eks. voldelig, normbrydende og aggressiv adfærd.

Internationale studier har fundet, at børn, som er vidne til vold i hjemmet udviser en overhyppighed af sociale, følelsesmæssige, adfærdsmæssige og kognitive vanskeligheder. Blandt disse er lavere selvtillid, forhøjede niveauer af internalisering og eksternalisering og dårligere sociale færdigheder rapporteret som de hyppigste i den internationale litteratur (Howell, 2011; Kitzmann et al., 2003; Wolfe et al., 2003). Mullender et al. (2003) finder ligeledes at børn, som er vidner til vold i hjemmet ofte har hovedpine og problemer med at koncentrere sig i skolen.

Vanskelighederne er ligeledes belyst i en dansk kontekst: En repræsentativ dansk undersøgelse viser, at børn, der har været udsat for fysisk vold, psykisk vold eller omsorgssvigt har næsten tre gange større risiko for at udvise koncentrationsbesvær, impulsivitet og adfærdsmæssige problemer end øvrige børn, der har en børnesag (Christoffersen, 2010). Endvidere har børn, der har været udsat for fysisk vold 1,8 gange større risiko for sociale og følelsesmæssige problemer, imens børn, der har været udsat for psykologisk mishandling eller omsorgssvigt, har næsten tre gange større risiko for disse problemer (ibid.). Hertil kommer, at børn som er udsat for vold har større samtidig forekomst af sundhedsmæssig risikoadfærd i form af tobak- og cannabis-rygning, og hyppigere indtagelse af alkohol (Helweg-Larsen, Schütt & Larsen, 2009).

At være barn og vidne til vold mellem sine forældre er i forbundet med en intens følelse af hjælpeløshed og selvbebrejdelse (Grych & Fincham, 1990; Howell, 2011; Kerig, 1998; Mossige & Stefansen, 2007). Man har i lang tid interesseret sig for, hvorvidt piger og drenge reagerer forskelligt på vold i hjemmet, men resultaterne er blandede: Nogle studier viser, at piger har større tendens til at reagere med selvbebrejdelse end drenge (Kerig, 1998; Miller, Howell & Graham-Bermann, 2014), imens andre viser det modsatte (Dadds, Atkinson, Turner, Blum's & Lendich, 1999; Richmond & Stocker 2007). Miller et al. (2014) fandt i et longitudinelt studie af 4-6 årige børn, at piger havde størst tendens til at selvbebrejdelse, men at både piger og drengens tendens til selvbebrejdelse steg uafhængigt af, hvor mange voldsepisoder der havde fundet sted i familien i løbet af undersøgelsens 1-årige forløb. Både piger og drenge bebrejdede altså sig selv i stigende grad for volden, også uanset at volden aftog i løbet af undersøgelsesperioden.

Internalisering og eksternalisering er hyppigt undersøgte symptomer hos voldsudsatte børn. Internalisering defineres som en reaktion, hvor barnet absorberer problemerne som en del af psyken, og retter dermed reaktionen indad, hvorimod eksternalisering betegner, at barnet retter

indre spændinger ud ad på en normbrydende facon og til skade for sig selv, andre eller genstande i omgivelserne.

Internalisering er præget af social isolation, og indebærer ængstelighed og tristhed (Howell, 2011; Jaffe et al., 1986). Børn, som internaliserer en voldelig opvækst, oplever livet som stressende og ensomt, og er i risiko for at danne et selv billede af, at de ikke er værdige til respekt og kærlighed, hvilket har negative konsekvenser for selvværd og selvtillid (Howell, 2011).

Eksternalisering defineres som udadreagerende adfærd og adfærdsproblemer som f.eks. ulydighed, slåskampe, ødelæggelse af ting, selvskade og/eller respektløs opførsel over for andre; alt sammen adfærd, der bryder de sociale normer (Jaffe et al., 1986). Barnet er emotionelt overvældet og vredt eller aggressivt, og vender disse følelser udad i stedet for indad, som ved internalisering (Howell & Graham-Bermann, 2011).

Kitzmann et al. (2003) rapporterer en forøget risiko for internalisering og eksternalisering hos børn, som er vidner til vold. Howell & Graham-Bermann rapporterer i et litteraturstudie fra 2011, at børn i førskolealderen, der er vidne til vold mellem deres forældre, er i lige så stor risiko for at reagere internaliserende (2,16 gange mere end førskolebørn, som ikke er vidner til vold mellem deres forældre) som eksternaliserende (2,38 gange mere end førskolebørn, som ikke er vidner til vold mellem deres forældre). Kitzmann et al. (2003) rapporterer ligeledes, at symptomer på internalisering og eksternalisering optræder lige ofte i undersøgelser af børn fra voldelige hjem, hvilket kan tyde på, at mange børn reagerer med begge former for adfærd, eller at der er individuelle forskelle i børnenes reaktionsmønstre.

De psykologiske og adfærdsmæssige konsekvenser der er beskrevet oven for, hænger sammen med neurobiologiske forandringer hos barnet, som faciliterer konsekvenserne for barnets udvikling og evne til selvregulering. Internationale studier har vist, at særligt opmærksomhed, barnets selvbiografiske hukommelse og barnets verbale hukommelse påvirkes af at vokse op i hjem med kontinuerlig vold mellem forældrene (se McIntosh, 2003 for uddybning).

At være vidne til vold i hjemmet kan altså have en lang række umiddelbare konsekvenser for barnet. Vanskelighedernes karakter varierer afhængigt af mange faktorer, f.eks. barnets alder, køn, opfattelse af volden, mestringsstrategier og tilgængelig støtte (Kitzmann et al., 2003), ligesom barnets reaktioner på volden i nogle tilfælde forandres over tid.

Barndommen er en tid med mange udviklingsmæssige milepæle, hvorfor volden kan forstyrre barnets udvikling af færdigheder, som er centrale for dets trivsel og evne til at begå sig her og nu, men også senere i livet.

Når et barn er i usikre omgivelser, kræver det mange af barnets ressourcer at tilpasse sig virkelighedens ydre krav. Det efterlader få ressourcer til at fokusere på den indre udvikling og løsning af udviklingsopgaver: Dennis, hvis mor bliver slået derhjemme, kan ikke koncentrere om at lære at læse, hvis det eneste han bekymrer sig om er, om mor stadig er i live, når han kommer hjem, ligesom hans søster Susan, der i teenageårene skal løsrive sig fra sine forældre, kan blive forhindret i at frigøre sig fra sin mor på grund af samme frygt. Men for Dennis betyder det, at han kommer bagefter i skolen og måske ikke lærer at læse. For Susan betyder det en tiltagende social isolation. Man kan derfor ikke udpege enkle, specifikke symptomer der afslører, at et barn lever i et voldeligt hjem.

Det ligger dog ud over enhver tvivl at vold i hjemmet har svære umiddelbare konsekvenser for et barn. Konsekvenserne er rigt belyst i både nationale og internationale studier, hvoraf mange af disse studier er kohortestudier, der beskæftiger sig med emnet på symptom- og gruppeniveau.

Ud over øget risiko for dårligere selvtillid, internalisering, eksternalisering, sociale-, adfærdsmæssige-, kognitive- og følelsesmæssige vanskeligheder, fungerer disse vanskeligheder ligeledes som vedligeholdende faktorer for hinanden, hvilket komplicerer barnets livssituation og behandling af voldens konsekvenser og kan være medvirkende til at barnet udvikler langvarige symptomer som følge af volden.

2.2.2. Langvarige konsekvenser

Ud over de umiddelbare konsekvenser af at være vidne til vold i hjemmet, har det også langvarige konsekvenser at vokse op i et voldeligt hjem. Disse konsekvenser er veletablerede i internationale studier og er siden årtusindskiftet også velundersøgte i dansk sammenhæng.

Psykologisk helbred

Børnemishandling er forbundet med mange psykiatriske symptomer og lidelser. Internationale undersøgelser har forbundet børnemishandling med øget risiko for særligt depression, angst og post-traumatisk stressyndrom (PTSD) og generelt forringet psykologisk funktion (Anda, Felitti, Bremner, Walker, Whitfield, Perry... & Giles, 2006; Armour, Shorter, Elhai, Elklit &

Christoffersen, 2013; Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003). En stor norsk undersøgelse af 18-21 årige viser tillige, at børn fra voldelige hjem har større risiko for at udvikle depressive symptomer, symptomer på angst og har større risiko for at dissociere⁴ (Mossige & Stefansen, 2007).

Danske 8. klasse-elever rapporterer mishandling som en af de subjektivt mest belastende hændelser, hvilket også kan ses i danske undersøgelser af forekomsten af PTSD: Børn, som er udsat for omsorgssvigt eller fysisk mishandling har en 6-8 gange forøget risiko for at udvikle PTSD (Shevlin & Elklit, 2007). Omsorgssvigt, fysisk og seksuel mishandling har de største sammenhænge med PTSD i en repræsentativ dansk undersøgelse af 20 forskellige potentielt traumatiserende hændelser som 8. klasses skoleelever havde været udsat for (Elklit, 2002). Den forøgede risiko for PTSD dokumenteredes ligeledes i SFI's registerundersøgelse af 24-årige danskere, hvor børnemishandling er forbundet med flere selvmordsovervejelser og en op til fem gange større sandsynlighed for posttraumatiske stressreaktioner (Christoffersen, 2010).

Internationale og danske undersøgelser viser, at børn, som vokser op under ugunstige forhold (childhood adversity) har større risiko for yderligere viktimisering senere i livet (Murphy et al., 2014), hvilket også kan være medvirkende til at udvikle eller vedligeholde de længerevarende konsekvenser af at være vidne til vold i hjemmet.

Fysisk helbred

Vi ved, at potentielt traumatiserende hændelser i barndommen (f.eks. fysisk, seksuel og psykisk vold samt omsorgssvigt) er forbundet med neurologiske, muskuloskeletale, respiratoriske, kardiovaskulære og gastrointestinale helbredsproblemer samt afvigende vægt (Beck, Palic, Andersen & Rønholt, 2014; Springer, 2009). En canadisk undersøgelse har kædet vold i hjemmet sammen med en hhv. 2 og 3 gange øget risiko for migræneanfald i den tidlige voksenalder for kvinder og mænd (Brennenstuhl & Fuller-Thompson, 2015). Studiet undersøgte også sammenhængen mellem migræne og seksuel og fysisk vold, samt det at være vidne til vold mellem sine forældre i barndommen: Risikoen for migræneanfald var størst, når barnet havde været udsat

⁴ Se afsnit 5.3.1 Følelsesmæssig frakobling.

for alle tre typer af vold, men isoleret udgjorde det, at være vidne til vold i hjemmet, den største risiko for at lide under senere migræneanfald.

Internationale undersøgelser har ligeledes vist, at mennesker, som er blevet udsat for psykologisk mishandling eller omsorgssvigt som børn, er mere tilbøjelige til at ryge cigaretter og cannabis, og til at forbruge alkohol end de, som ikke har levet under sådanne vilkår. (Moran, Vuchinich, Hall, 2004; Shin, Hong & Hazen, 2010). Tilsvarende resultater ses i en dansk registerundersøgelse, som fandt, at 24-årige danskere, som har levet med psykologisk mishandling eller omsorgssvigt som børn, har et dårligere fysisk helbred og mere helbredsmæssig risikoadfærd, som f.eks. forbrug af alkohol og stoffer (Beck et al. 2014).

Internationale undersøgelser har kædet børnemishandling sammen med en øget risiko for stofmisbrug (Millar & Stermac, 2000; Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles, & Anda, 2003). Ligeledes fandt et nationalt studie af 2980 24-årige danskere, at særligt mænd, som har været ofre for fysisk mishandling i barndommen, er i forøget risiko for at udvikle et samtidigt misbrug af flere typer euforiserende stoffer (Armour et al., 2014b). Hvis barnets sag havde været taget op i børn- og ungeforvaltningen, ses der derimod en forøget risiko for stofmisbrug for både mænd og kvinder i 24-års alderen (ibid.).

Internationale undersøgelser har fundet forbindelse mellem fysisk vold i barndommen og stofmisbrug (Moran et al., 2004; Widom, Marmorstein & White, 2006). Som 29-årige havde ofre for børnemishandling og omsorgssvigt 1,5 gange større risiko for misbrug af illegale stoffer (særligt marihuana) end de, som ikke havde samme barndomsoplevelser. Fysisk mishandling og omsorgssvigt i barndommen øger derudover kvinders risiko for at blive arresteret på grund af stoffer eller gadeorden (disorderly conduct) med 73 % i en gennemsnitlig alder af 32 år (Widom & Maxfield, 2001).

Sociale konsekvenser

Widom introducerede i 1989 begrebet "cycle of violence" i den første longitudinelle og systematiske undersøgelse af sammenhængen mellem børnemishandling og kriminalitet i en kohorte af 1575 amerikanere (gennemsnitsalder: 26 år), hvoraf halvdelen havde oplevet børnemishandling og den anden halvdel udgjordes af en demografisk matchet kontrolgruppe. Undersøgelsen viste at de, som havde været udsat for omsorgssvigt eller fysisk mishandling som børn, havde større risiko for at blive arresteret som unge og voksne, blev arresteret oftere, og havde

en større risiko for at blive arresteret for en voldelig forbrydelse end de, som kom fra ikke-voldelige hjem (Widom, 1992). Ligeledes begik denne gruppe næsten dobbelt så meget kriminalitet som gruppen fra ikke-voldelige hjem (ibid.).

En opfølgende undersøgelse af samme kohorte i 2001 viste, at omsorgssvigt og fysisk mishandling i barndommen øger risikoen for at blive arresteret for en voldelig forbrydelse med hhv. 59 % og 28 % for unge og voksne, og øger risikoen for at blive arresteret for en voldelig forbrydelse med 30 % (Widom & Maxfield, 2001). Denne undersøgelse er baseret på officielle registre over arrestationer, hvorfor der er risiko for underrepræsentation af voldelig og kriminel adfærd, som ikke har ført til anholdelse.

Ud over kriminalitet har man også fokuseret på sammenhængen mellem vold i hjemmet og andre former for antisocial adfærd, herunder udadreagerende adfærd, seksuel vold og interpersonel vold. Internationale studier har vist, at børn, som er vidne til vold i familien er i større risiko for at være i et voldeligt forhold med jævnaldrene, både som offer eller gerningsmand (Hamby & Grych, 2013).

Et norsk studie har via selvrapportering undersøgt udbredelsen af uadreagerende adfærd og fundet, at norske 18-21-årige rapporterer mere udadreagerende adfærd, hvis de har været vidne til vold i hjemmet (Mossige & Stefansen, 2007). Udover øget risiko for kriminalitet antisocial adfærd senere i livet, forbindes det, at have været vidne til vold mod sin mor, med tidligere seksuel debut og flere seksuelle partnere i det tidlige voksenliv i både norske og danske undersøgelser (Bramsen, Lasgaard, Koss, Elklit & Banner, 2014; Mossige & Stefansen, 2007). I Bramsen et al.s (2014) undersøgelse af danske 9. klasser er fysisk børnemishandling ligeledes forbundet med øget risiko for seksuel aggression over for jævnaldrende.

Akademiske konsekvenser

Det tidligere omtalte amerikanske kohortestudie (Widom, 1989; 1992; Widom & Maxfield, 2001) undersøgte ligeledes IQ og sproglige færdigheder hos 691 af deltagerne (gennemsnitsalder på måletidspunkt = 26 år) og fandt, at fysisk mishandling og omsorgssvigt i barndommen var signifikant forbundet med en lavere IQ-score og et signifikant dårligere resultat på den verbale prøve end den matchede kontrolgruppe (Perez & Widom, 1994).

Danske undersøgelser viser, at børn, som har været ofre for børnemishandling og omsorgssvigt, har en hyppigere forekomst af indlæringsvanskeligheder, koncentrationsvanskeligheder og generelle

problemer i skolesammenhænge (Christoffersen & DePanfilis, 2009), hvilket atter er kædet sammen med akademisk underpræstation.

Opsamling

Det er rigt dokumenteret at børn, som er vidne til vold i hjemmet er i forøget risiko for en bred vifte af akutte psykologiske, sundhedsmæssige, akademiske og sociale problemer, og at disse problemer kan spores ind i det tidlige voksenliv, hvor mange er flyttet hjemmefra og må formodes ikke længere at udsættes for volden. Der foreligger ingen longitudinelle studier af børnemishandlings konsekvenser i det senere voksenliv og alderdommen, og det er derfor ikke muligt at omtale konsekvenserne af børnemishandling i denne periode af ofrenes liv.

2.3. Børn på krisecenter

Kommunerne har efter servicelovens §109 pligt til at have krisecentre, der kan tilbyde midlertidig ophold, omsorg og støtte til voldsudsatte kvinder og deres børn. Der er i Danmark 42 krisecentre, hvoraf de fleste af organiseret i LOKK, Landsorganisationen af Kvindekrisecentre (Barlach & Stenager, 2014). Tal fra LOKKs Årsstatistik 2013 (ibid.) viser, at 1.976 børn er fraflyttet et krisecenter i 2013, og at 729 (40 %) af disse har haft et ophold på en uge eller længere. Bemærkelsesværdigt mange kvinder og børn (60 %) tager altså et kortvarigt ophold på et krisecenter i mindre end en uge.

Statistikken viser, at mere end halvdelen af børnene (58 %) i 2013 var mellem 0-6 år. Denne aldersgruppe har været den suverænt største blandt krisecentrenes børn siden 2005, og har i denne periode udgjort mellem 55 % og 62 % af børnene på krisecentrene. I 2013 var 31 % af børnene mellem 7-12 år, mens 11 % var mellem 13-17 år. Den procentvise aldersfordeling har været nogenlunde konstant siden 2005. Kønsfordelingen mellem børn på krisecenter er ligelig: Piger udgjorde 48 % af børnene, mens drenge udgjorde 52 % i 2013, en kønsfordeling som ligeledes har været karakteristisk for børn på krisecentre siden 2005.

Statistikken viser også, at en meget stor del af børnene (88 %) har oplevet psykisk vold mod deres mødre inden for det sidste år. 60 % har oplevet fysisk og/eller seksuelt vold mod moren og 59 % af børnene har selv været udsat for psykisk vold inden for det sidste år, hvilket er et udtryk for en stigning siden 2006, hvor tallet var 45 %. Andelen af børn, som har været udsat for fysisk vold er forblevet konstant siden 2005: Ca. en tredjedel af børnene (33 %) var ofre for fysisk vold rettet mod

dem selv i 2013. Slutteligt er der tale om en meget lille gruppe børn (1 %), der har været udsat for seksuelt overgreb. Det fremgår ikke direkte af rapporten hvor mange børn, der har oplevet flere former for vold mod mor eller mod dem selv. Tallene viser dog indirekte, at børn på krisecentre ofte oplever mere end en type af vold i hjemmet. Børn med ophold under en uge indgår ikke i statistikken.

2.4. Psykologisk behandling til børn fra voldsramte familier

I anerkendelse af, at det har svære umiddelbare og langvarige konsekvenser at være barn i en voldelig familie, har danske kommuner siden 2008 haft pligt til at tilbyde psykologbehandling til børn og unge fra 6-18 år, der tager ophold på et krisecenter sammen med deres mor⁵. I 2009 blev loven revideret, så retten til psykologbistand gælder alle børn fra 0-18 år. Børnene skal tilbydes mindst fire timer og op til ti timers psykologbehandling afhængigt af barnets behov, og behandlingen skal iværksættes under selve opholdet på krisecenteret eller i umiddelbar forlængelse heraf. Tilbuddet er lovpligtigt uanset hvor længe barnet opholder sig på krisecenteret, og psykologbehandlingen skal udføres af en autoriseret psykolog. I praksis tilbydes barnets mor psykologsamtaler til sine børn, hvis barnet er under 15 år. Hun skal have enten forældremyndighed eller delt fælles myndighed, for at kunne sige ja til tilbuddet (Barlach & Stenager, 2013), imens barnet selv kan acceptere tilbuddet om psykologsamtaler fra 15 år.

2.4.1. Evaluering af psykologordningen

Fra 2011-2012 evaluerede Ankestyrelsen kommunernes indsats for at tilbyde psykologbehandling til børn og unge på landets krisecentre (Ankestyrelsen, 2013). 94 kommuner deltog i evalueringen, som indeholder en både kvantitative og kvalitative data. Evalueringen viste, at alle adspurgte kommuner er opmærksomme på forpligtelsen til at tilbyde børn og unge psykologsamtaler.

Kvantitativ evaluering

En stor del af kommunerne har ikke registreret det præcise antal børn, der har taget ophold på et krisecenter (26 kommuner) og som har modtaget behandling (38 kommuner), men har skønnet et antal af børn på krisecenter og i behandling, hvorfor følgende tal skal læses med dette forbehold.

⁵ Serviceloven § 109, stk. 5

Evalueringen viser, at 825 børn modtog psykologhjælp på et krisecenter i 2011. Disse børn er fordelt på 79 af landets kommuner. I 13 kommuner har ingen børn modtaget hjælp, og 15 af landets kommuner har ikke registreret nogen børn i behandling.

Krisecentrene oplyser, at børn, som tager ophold i mindre end en uge (60 % af alle børnene, Barlach & Stenager, 2014), sjældent modtager psykologhjælp, og vurderer, at mellem halvdelen og trefjerdedele (20-30 % af alle børnene) af de øvrige børn modtager psykologhjælp. Samlet havde 56 kommuner både angivet antallet af børn, som tog ophold på et krisecenter i 2011, og antallet af børn, som modtog psykologhjælp. Sammenhold med LOKK's årsstatistik for 2011 estimeres det i evalueringen, at 56 % af alle børn, som tog ophold på krisecentrene i 2011, modtog psykologhjælp.

6

Udbuddet af psykologhjælp til børn og unge på krisecentre foregår i mange kommuner ad hoc, og få kommuner (17 %) har nedskrevne retningslinjer for, hvordan pligten til at tilbyde psykologhjælp skal omsættes i praksis, når et barn kommer på krisecenter. Ca. halvdelen af kommunerne rapporterer, at de har en uformel procedure for at tilbyde børnene psykologhjælp.

Ansvar for at iværksætte psykologhjælp ligger ikke det samme sted i alle kommuner: 40 % af kommunerne har selv ansvaret, i 40 % af kommunerne har krisecentrene ansvaret, og i 20 % af kommunerne har en tredje instans ansvaret eller også har kommunen ikke oplyst, hvor ansvaret ligger. Halvdelen af kommunerne oplyser, at de bliver informeret inden for den første uge, når et barn tager ophold på krisecenteret, imens 1/3 af kommunerne kun bliver informeret om, at der er flyttet et barn ind på et krisecenter, hvis der samtidig indleveres en underretning om barnets levevilkår. En tredjedel af kommunerne oplyser, at de følger op på tilbuddet om psykologhjælp til barnet.

⁶ Udregningerne fremgår ikke af evalueringen. I 2011 tog 1.958 børn ophold på Krisecenter. 1.588 har afleveret børneskema. 608 af disse er ikke udfyldt på baggrund af moderens ønske. 466 børn har ophold under en uge. 745 børn havde ophold over en uge og tilsagn til at udfylde børneskema. I alt medvirker 843 børn ikke i årsstatistikken. For uddybning, se LOKK's årsstatistik 2011 (Barlach & Stenager, 2012)

Halvdelen af kommunerne angiver, at samarbejdet mellem kommune og krisecenter fungerer godt, imens 22 % af kommunerne fortæller, at de har udfordringer i forbindelse med at tilbyde psykologhjælp til børn og unge på krisecentre. Blandt de primære udfordringer nævnes, at kommunerne ikke altid informeres om at et barn er flyttet ind på krisecenteret, og ligeledes anføres bureaukratiske forskelle og manglende delegationsaftaler mellem kommuner og krisecentre som en faktor, der besværer processen og koster penge, der ikke kommer børnene til gode.

Kvalitativ evaluering

Else Christensen og Anders Langhede stod for den kvalitative del af evalueringen, som er baseret på interviews med mødre, børn, psykologer og øvrige medarbejdere på landets krisecentre.

De fleste børn påbegynder psykologhjælpen 2-3 uger efter indflytning på krisecenteret. Alle krisecentre fortæller om tilbuddet, når en mor flytter ind med sine børn. Flere centre beskriver tilbuddet om hjælp som en proces, hvor medarbejderne fortæller om formålet med tilbuddet og minder om tilbuddet flere gange i løbet af opholdet, imens der ”falder lidt ro på” (Ankestyrelsen, 2013).

Når børnene bliver spurgt, lægger de vægt på at blive set og forstået af et voksent menneske, som ikke kender dem i forvejen, og som insisterer på at lytte til deres historie. Psykologerne beskriver ligeledes, at det er afgørende, at børnene får deres eget rum, hvor de bliver hørt og set.

Hjælpen tager udgangspunkt i en samtale med mor sammen med barnet, og tilrettelægges efter barnets behov. Psykologerne arbejder også inden for forskellige terapeutiske retninger, hvilket til sammen bevirker, at hjælpen kan være meget forskellig fra barn til barn.

Både psykologerne og krisecentrene har en oplevelse af, at der sker en positiv udvikling hos næsten alle børn i løbet af samtalerne, men at der også er nogle børn (antal ikke nærmere specificeret), som ikke har gavn af behandlingen. Der kan være flere årsager til, at visse børn ikke profiterer af psykologsamtalerne. Psykologerne angiver blandt andet at det ikke altid lykkes at skabe en positiv relation, at barnet ikke ønsker hjælp, og/eller at moderens tilstand kommer i vejen for en bedring hos barnet. F.eks. kan relationen mellem mor og barn være for skrøbelig til at kunne bære, at barnet forandrer sig igennem behandlingen, hvis ikke også moderen bliver tilbudt samtaler og støtte. Psykologerne understreger, at der er et stort behov for hjælp til mødre, så børnene kan få mere hjælp fra deres mødre. Derudover fortæller en psykolog følgende: ”Det afgørende er at give

børnene et eget rum. Terapeutisk tror jeg ikke, det rykker så meget på den lange bane, det er 10 samtaler ikke nok til”.

Dette aspekt beskrives også af mødrene. Mødrene fortæller, at de oplever en bedre trivsel hos deres børn, at psykologhjælpen til børnene er en aflastning for dem, og at den hjælper til, at de kan tale med deres børn om volden. Men de beretter også om, at de selv har brug for hjælp og støtte til at håndtere og bearbejde volden og til at støtte deres børn. Mødrenes kontakt med psykologen er forskellig: Særligt ved spædbørn består hjælpen i at støtte og vejlede moderen i at hjælpe barnet. Ikke alle psykologer har haft denne slags forløb, på trods af at 0-6 årige børn udgør den største aldersgruppe på krisecentrene. Andre psykologer fortæller om gode erfaringer med den slags behandling.

Samlet vurderer både kommuner, børn, mødre og krisecentre at tilbuddet om psykologhjælp er en god ordning. Det betyder imidlertid ikke, at forløbet er problemfrit. Mødrene fortæller, at det er vigtigt at få tilbuddet om hjælp, når de er parate til at tage imod den og at de ikke presses til det. Psykologerne beskriver, at det kan være en barriere for behandlingen, hvis ikke barnets mor magter forandringerne hos barnet i takt med, at det udvikler sig i psykologbehandlingen. Ligeledes har alle psykologer oplevet et ustabil fremmøde eller pludseligt afbrudte forløb. Slutteligt beskriver krisecentrene ingen stor, samlet barriere, men den hyppigst beskrevne barriere er, at nogle kommuner har en opfattelse af, at de skal godkende hjælpen, før den kan iværksættes (Ankestyrelsen, 2013).

2.5. Opsamling og formål

Det estimeres, at 33.000 børn årligt er vidne til vold i hjemmet. Børn, som er vidner til vold mellem deres forældre udviser samme sværhedsgrad af symptomer som børn, der er ofre for fysisk børnemishandling. Udover at være i øget risiko for svær social, akademisk, sundhedsmæssig og psykologisk mistrivsel på både kort og lang sigt, er børnene også i forøget risiko for andre former for børnemishandling.

LOKK registrerede i 2013 1.976 børn på landets krisecentre, hvoraf 58 % var under 6 år (Barlach & Stenager, 2014). Alle børn som kommer på krisecenter med deres mor, har ret til at modtage psykologhjælp under opholdet eller i umiddelbar forlængelse heraf (Serviceloven § 109, stk.5). Ankestyrelsens evaluering af psykologhjælp til børn på landets krisecentre viser, at børn, som bor

på krisecenter i kortere tid end en uge, sjældent modtager psykologhjælp, imens op til $\frac{3}{4}$ af de øvrige børn modtager psykologhjælp.

Ud af 1.976 børn i 2013 har 729 haft et ophold på en uge eller længere (Barlach & Stenager, 2014). Ankestyrelsen anslår, at ca. 56 % af alle børn på krisecenter modtager psykologhjælp, men tager samtidig forbehold for dette tal, da det er baseret på skøn fra 26 (antallet af børn) og 38 (antallet af børn, som modtager psykologhjælp) ud af 56 kommuner.

Samlet betyder dette, at ud af de ca. 33.000 børn, der årligt anslås at være vidne til vold i hjemmet, blev ca. 2.000 børn (1.976) synlige på krisecentre i 2013. Ud fra Ankestyrelsens evaluering (2013) anslås det, at mellem 547 ($\frac{3}{4}$ af 729) og 1.107 (ca. 56 % af 1.976) ud af de 1.976 børn på landets krisecentre i år 2013 har modtaget psykologhjælp. Det betyder, at op til 31.000 børn i Danmark lever usynligt i et voldeligt hjem med risiko for alle de følger, denne opvækst indebærer. Det betyder også en risiko for, at op til 32.000 børn årligt ikke får den hjælp, de har brug for.

Internaliserende og eksternaliserende adfærd er de hyppigst rapporterede symptomer blandt børn, som er vidner til vold i hjemmet. Begge symptomgrupper er lige udbredte, men på grund af metodologiske valg i den eksisterende forskning, er det ikke muligt at undersøge, om det skyldes 1) at de samme børn reagerer med både eksternalisering og internalisering, eller 2) at der er individuelle forskelle som afgør, hvorvidt barnet er tilbøjeligt til at reagere internaliserende eller eksternaliserende på volden. Disse metodologiske valg indebærer blandt andet, at statistiske analyser ofte udføres på gruppeniveau i form af analyser af sammenhængen mellem de to symptomtyper, eller analyser af sammenhænge mellem symptomtyper og traumetyper. I begge tilfælde maskeres eventuelle individuelle forskelle i reaktionsmønster og grad af viktimisering.

Shevlin & Elklit (2007) har adresseret tendensen til at analysere sammenhængen mellem traumetyper og symptomer ved at undersøge fordelingen af potentielt traumatiserende hændelser hos danske børn. De fandt, at potentielt traumatiserende hændelser sjældent sker i isolation, og at mange af de særligt belastende hændelser (f.eks. omsorgssvigt, fysisk og seksuel mishandling) forekommer hos en meget lille gruppe af børn. Det betyder, at traumeforskning kan tage et meningsfuldt udgangspunkt i individer frem for traumetyper i forsøget på at kaste lys over, hvordan børn påvirkes af vold i hjemmet.

Formålet med denne rapport er netop dette. Psykolog Anne Marie Troensegaard fra Krisecenter Odense har stillet et stort og unikt datamateriale til rådighed, som beskriver børnene på krisecenteret. Dette muliggør en belysning af, hvordan børn påvirkes af en voldelig opvækst, desuagtet om de er offer og/eller vidne, og kan dermed bidrage med et unikt perspektiv på danske børns trivsel, når de vokser op under voldelige forhold. Datamaterialet er ligeledes analyseret ud fra en behandlingsorienteret vinkel i Troensegaard (2014).

Denne undersøgelse fokuserer på barnets trivsel i – og symptomer på en voldelig opvækst. Undersøgelsen indbefatter en eksplorativ kortlægning af børnenes trivsel, mestringsstrategier og forhold til deres omsorgsgivere, som følges op af en analyse af de psykologiske mekanismer bag følgerne af at være udsat for vold i hjemmet. Vi vil belyse hvilke strategier børnene udvikler til at overleve en opvækst i et voldeligt hjem, og hvordan volden påvirker barnet og former dets forhold til forældrene. Det er vores forhåbning at bidrage til, at voldsudsatte børn får den rette hjælp på den rette tid og i det rette omfang.

3. METODEBESKRIVELSE

3.1. Datamateriale

Datamaterialet i denne undersøgelse består af omfattende journalmateriale fra ca. 1.000 terapitimer med 215 voldsudsatte børn fra Krisecenter Odense. Materialet er stillet til rådighed af psykolog Anne Marie Troensegaard (se Troensegaard (2014) for beskrivelse af den indledende bearbejdning). Børnene har været på krisecenteret over en periode på knap 4 år, og er inkluderet uden hensyn til alder, køn og etnicitet. Alders- og kønsfordelingen af børnene er repræsentativt for alders- og kønsfordelingen på landets krisecentre (Barlach & Stenager, 2014). Samtalerne med de yngste børn har haft karakter af legeterapi, mens der hos de ældste har været ført terapeutiske samtaler (Troensegaard, 2014).

Børnene udgøres af hhv. 105 drenge og 110 piger. Aldersfordelingen er fra 1 til 17 år, og ca. halvdelen af børnene (47 %) er 6 år eller derunder. Godt en tredjedel (36 %) af børnene er mellem 7 og 12 år, og en sjettedel (17 %) er mellem 13 og 17 år. Børnene har i gennemsnit haft 4,7 samtaler med psykologen. Der er i journalmaterialet ikke noteret information om børnenes etniske baggrund. Eftersom børnene er taget på krisecentret sammen med deres mødre, har psykologen ligeledes været

i stand til at indsamle informationer om mødrenes tilstand. Psykologen har noteret så meget information om børnenes fædre og mødre som muligt.

Datamaterialet er journalnotater fra psykologens forløb med børnene, og er dermed ikke en systematisk dataindsamling, men et biprodukt af psykologens samtaler med børnene.

3.2. Ethiske overvejelser

Journalmaterialet er anonymiseret, og indeholder således ingen personspecifikke oplysninger. Da materialet allerede er indsamlet, medvirker børnene ikke aktivt i projektet, hvilket sikrer, at børnene ikke udsættes for en yderligere belastning. Desuden opbevares det indsamlede data sikkert af Videnscenter for Psykotraumatologi i henhold til Datatilsynets gældende regler.

3.3 Analysemetode

Data er behandlet gennem kvalitativ indholdsanalyse, der bruges til at analysere tekst med henblik på at udlede betydning og evt. indholdskategorier af en teksts indhold. (Hsieh & Shannon, 2005; Weber, 1990). Metoden kendetegnes ved at reducere en større tekstmængde til færre indholdskategorier gennem systematisk og tekstnær beskrivelse af tekstens fænomener (Krippendorff, 2004; Downe-Wamboldt, 1992; Sandelowski, 1995; Weber, 1990). Målet med kvalitativ indholdsanalyse er at opnå en bred og detaljerig beskrivelse af data, som giver ny indsigt i og forståelse af fænomenet, og som kan anvendes til at karakterisere den sammenhæng, som data er en del af (Krippendorff, 2004). Indholdsanalyse anvendes altså i denne undersøgelse til at karakterisere børnenes symptomer og mestringsstrategier i en bredere kontekst af familiemæssig vold og en specifik kontekst i form af deres ophold på krisecenteret.

Indholdsanalyse kan bruges induktivt, hvor man bevæger sig fra konkret datamateriale til generelle udsagn eller teori, eller deduktivt, hvor man tager udgangspunkt i generelle teori eller andre fund i analysen af det konkrete data (Burns & Grove, 2005; Chinn & Kramer, 1999; Elo & Kyngäs, 2008; Hsieh & Shannon, 2005). Den induktive tilgang anvendes typisk i tilfælde, hvor der ikke allerede findes studier, som beskæftiger sig med det fænomen man er interesseret i, eller i tilfælde hvor den nuværende viden er fragmenteret (Elo & Kyngäs, 2008).

I dette tilfælde har vi anvendt induktiv indholdsanalyse, fordi der så vidt vides ikke findes nogen undersøgelser af børnenes problemstillinger og mestringsstrategier baseret på informationer fra den psykolog, der varetager børnenes behandling, hvorfor dette datasæt har potentiale til at udvide

forståelsen af problemfeltet og af børnenes mestringsstrategier⁷. Studiet søger derfor at analysere journalmaterialet med henblik på at udlede fænomener, symptomer og strategier fra beskrivelserne af børnene.

Det skal derudover besluttes, om der fokuseres på datamaterialets manifeste eller latente indhold (Graneheim & Lundman, 2004; Elo & Kyngäs, 2008). En analyse af det manifeste indhold indebærer en beskrivelse af de synlige, åbenlyse komponenter i teksten, hvorimod en analyse af det latente indhold vedrører en tolkning af den underliggende mening af teksten (Downe-Wamboldt, 1992). I nærværende studie fokuseres på datamaterialets manifeste indhold, da råmaterialet (børnenes udsagn, opførsel og livssituation) i forvejen er bearbejdet af psykologen ved Krisecenter Odense, og idet formålet med studiet er at videreformidle karakteren og omfanget af børnenes symptomer og mestringsstrategier. Analyse af datas latente indhold indebærer i denne sammenhæng risiko for at gøre vold mod data igennem en fordrejning af symptomernes betydning. Den teoretiske fortolkning og analyse af symptomernes og mestringsstrategiernes betydning er foretaget efter indholdsanalysen (se afsnit 4. *Diskussion*), og holdes dermed så vidt muligt adskilt fra den indledende indholdsanalyse af data.

Som tidligere anført er der tale om journalmateriale fra terapitimer med 215 børn på Krisecenter Odense, og dette materiale udgør analyseenheden i nærværende studie. Journalmaterialet er opdelt i forskellige tekstdele, der relaterer sig til overordnede temaer omhandlende henholdsvis barnet, barnets forældre, og skole/institution. Som en del af forarbejdet til indholdsanalysen er hele journalmaterialet og efterfølgende de forskellige tekstdele gennemlæst flere gange for at forstå teksten i sin egen sammenhæng. Selve indholdsanalysen er gennemført på de enkelte tekstdele hver for sig efter følgende fremgangsmåde:

Først er de enkelte tekstdele kodet vha. åben kodning: Tekstdelene læses igennem, og ord og sætninger, der bruges til at beskrive børnene er løbende noteret. Når et nyt ord eller en ny sætning bruges til at beskrive et barn, bliver teksten noteret ordret. Hvis samme ord eller sætning bruges til

⁷ 4-6 åriges børns mestringsstrategier i en voldelig opvækst er tidligere belyst i Christensen (1988) ud fra en psykoanalytisk inspireret udviklingspsykologi.

at beskrive flere børn, markeres dette ved det tidligere notat med ”+1”. De afskrevne ord og sætninger er dernæst samlet i meningsenheder baseret på, hvor ofte de forekommer i teksten (antallet af ”+1” markeringer), og hvordan de minder om hinanden. Hver meningsenhed er efterfølgende navngivet med en kode, som på kort form udtrykker emnet i indholdet. I denne forbindelse var nogle meningsenheder repræsenteret af udsagn, som både kunne indikere trivsel og mistrivsel. Disse udsagn er grupperet i samme meningsenhed, men med hhv. positivt og negativt fortegn.

Dernæst er der foretaget en kategorisering af den kodede tekst. At fastlægge kategorier er kernefunktionen i kvalitativ indholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004), og der gælder følgende retningslinjer for kategoriseringen: Kategorier skal være gensidigt udelukkende, dvs. de må ikke indholdsmæssigt overlape hinanden, og alle ord eller udsagn fra teksten bør kategoriseres, så ingen information udelades (Krippendorff, 2004). I nærværende studie er koderne grupperet i underkategorier ud fra hvordan de er forbundet med hinanden. Underkategorier med sammenlignelige emner er efterfølgende grupperet i færre hovedkategorier, som beskriver forskellige problemstillinger hos børnene. Kategorierne er løbende drøftet og revideret af forfatterne.

3.4 Statistiske metoder

For at kunne beregne hyppigheden (frekvensen) af forekomsten af forskellige problemstillinger hos børnene, er der oprettet en variabel for hver identificeret underkategori i programmet SPSS version 22 (IBM Corp, 2013). Efter indholdsanalysen er der foretaget en gennemlæsning af journalmaterialet for hvert barn, hvor der løbende er registreret i SPSS, hvilke underkategorier barnet udviser symptomer eller strategier i overensstemmelse med, ligesom informationer om barnets forældre er noteret efter samme fremgangsmåde. Frekvenser er beregnet ved anvendelsen af deskriptiv statistik funktionen i SPSS, og rapporteres i følgende resultatafsnit.

4. RESULTATER

Journalmaterialet er analyseret vha. kvalitativ induktiv indholdsanalyse som forklaret i afsnit 3.3. Meningsenhederne i materialet er vurderet ud fra kernen i indholdet, og hver meningsenhed er navngivet med en kode (f.eks. ”tilknytning”). Der er foretaget en kategorisering af koderne som har resulteret i dannelsen af et antal underkategorier og hovedkategorier, der tilhører de tre overordnede

temaer i journalmaterialet. Der er fundet 3 hovedkategorier og 18 underkategorier for temaet *barnet*, 4 hovedkategorier og 20 underkategorier for temaet *forældre*, samt 2 hovedkategorier og 6 underkategorier for temaet *skole/institution*. Dataanalyseprocessens fund for de tre overordnede temaer fremstilles henholdsvis i tabel 1, 2 og 3.

Tabel 1. Hovedkategorier og underkategorier tilhørende temaet *barnet*

TEMA: BARNET		
Hovedkategorier		
Grundlæggende problemer	Følelser	Mestringsstrategier
Underkategorier		
<i>(1) Tilknytning</i>	<i>(7) Følelsesmæssig forvirring</i>	<i>(11) Modstand</i>
<i>(2) Usikkerhed</i>	<i>(8) Ængstelighed</i>	<i>(12) Parentifikation/ ansvarstiltragelse</i>
<i>(3) Forvirring</i>	<i>(9) Aggressiv/Vred</i>	<i>(13) Afreaktion</i>
<i>(4) Ustabilitet</i>	<i>(10) Følelsesmæssig dysfunktion</i>	<i>(14) Kontrollerende</i>
<i>(5) Udvikling</i>		<i>(15) Følelsesmæssig frakobling</i>
<i>(6) Manglende fokus</i>		<i>(16) Internalisering</i>
		<i>(17) Regression</i>
		<i>(18) Aktiv/Positiv</i>

Tabel 2. Hovedkategorier og underkategorier tilhørende temaet *forældre*

TEMA: FORÆLDRE			
Hovedkategorier			
Mødrenes karakteristika	Barnets forhold til mor	Fædrenes karakteristika	Barnets forhold til far
Underkategorier			
(1) <i>Usikker/Ustabil</i>	(10) <i>Afhængig/Nervøs</i>	(14) <i>Voldsudøver</i>	(17) <i>Uafklaret</i>
(2) <i>Psykiske problemer</i>	(11) <i>Støttende</i>	(15) <i>Sygdom/tilstand</i>	(18) <i>Savn</i>
(3) <i>Ansvar/ (U)selvstændighed</i>	(12) <i>Ambivalens</i>	(16) <i>Samvær</i>	(19) <i>Vred/Konflikter</i>
(4) <i>Omsorg</i>	(13) <i>Vred/Konflikter</i>		(20) <i>Angst</i>
(5) <i>Uforløst</i>			
(6) <i>Samtaler/ophold</i>			
(7) <i>Forhold til Voldsudøver</i>			
(8) <i>Ustruktureret</i>			
(9) <i>Misbrug/ Sociale problemer</i>			

Tabel 3. Hovedkategorier og underkategorier tilhørende temaet *skole/institution*

TEMA: SKOLE/INSTITUTION	
Hovedkategorier	
Institutionelle strukturer og støttetilbud	Børnenes daglige funktionsniveau i pasningstilbuddet
Underkategorier	
<i>(1) Tilbud</i>	<i>(5) Social trivsel</i>
<i>(2) Børne- og ungeforvaltningen</i>	<i>(6) Faglig trivsel</i>
<i>(3) Anbringelse/Aflastning</i>	
<i>(4) Skoleskift</i>	

I følgende afsnit præsenteres resultaterne af indholdsanalysen. Temaerne belyses gennem en detaljeret gennemgang af hoved- og underkategorierne, der udgør deres bestanddele. Eksempler på udsagn fra journalmaterialet er samlet i tabeller og bruges til at illustrere kategoriernes karakter.

4.1. Overordnet tema: Barnet

Den første tekstdel omhandler psykologens observationer af centrale temaer vedrørende barnets mestringsstrategier og mest fremtrædende symptomer. Disse fordeler sig på tre hovedkategorier, nemlig grundlæggende problemer i relation til barnets trivsel, dominerende følelser hos barnet og barnets mestringsstrategier.

4.1.1 Hovedkategori 1: Grundlæggende problemer

Det mest dominerende problem for børnene er forstyrret tilknytning, som udgør den negative dimension af underkategorien *Tilknytning*. Denne problematik er repræsenteret hos knap tre fjerdedele af børnene (73 %). Disse børn har problemer med tilknytning til omsorgspersoner (fx generelle tilknytningsproblemer, usikker/svingende tilknytning, relationsforvirring), og har problemer med at danne stabile sociale relationer. Underkategorien omfatter også en positiv dimension, som kaldes positiv tilknytning. Børn med positiv tilknytning har en udmærket og sikker tilknytning til omsorgspersoner og kan danne god kontakt til andre. Positiv tilknytning er beskrevet hos meget få børn (3 %). Ved to af børnene har psykologen specifikt bemærket, at de har en positiv tilknytning til deres søskende, men tilknytning til forældrene nævnes ikke i denne sammenhæng.

Et andet udbredt problem for børnene er usikkerhed. Hos over halvdelen af børnene (55 %) er usikkerhed et tema, og de repræsenteres i underkategorien *Usikkerhed*. Børnene betegnes eksempelvis som usikre generelt, usikre omkring egen situation, på fremtiden, over for nye ting, over for forældre, eller på, hvad man må sige hos psykologen. Nogle børn beskrives også med en manglende tro på sig selv.

27,4 % af børnenes omgivelser er præget af en udbredt ustabilitet og manglende struktur. Deres omsorgspersoner formår ikke at skabe kontinuitet, sammenhæng eller en rutinepræget hverdag, og nogle af børnene har flyttet mange gange inden for kort tid. Disse børn er beskrevet i den negative dimension af underkategorien (*U*)stabilitet. Ved 4 % af børnene har psykologen bemærket, at de oplever eller falder til ro ved struktur, kontinuitet og stabilitet. Disse børn falder inden for den positive dimension af samme underkategori.

En fjerdedel af børnene er med i underkategorien *Forvirring*. Psykologen beskriver at disse børn er generelt forvirrede over deres livssituation og hvem de kan stole på og henvende sig til. Deres realitetssans kan være påvirket.

En gruppe af børnene (17,2 %) er ikke er aldersvarende i deres udvikling eller udvikler sig dysfunktionelt. Disse børn tilhører således underkategorien *Udvikling*. Deres udviklingsmæssige problemer udtrykkes f.eks. gennem manglende refleksion på et alderssvarende niveau, gennem regression, eller ved at være trukket ind i sig selv.

Sluttelig udviser nogle børn (7.4 %) problemer med at fokusere i samtalerne om volden. De springer i historien, når de fortæller om deres oplevelser, eller leger usammenhængende lege med relation til deres oplevelser. *Manglende fokus* beskriver denne gruppe af børn.

Nedenstående tabel viser udsagn fra journalmaterialet, der illustrerer børnenes grundlæggende problemer.

Tabel 4. Udsagn der illustrerer børnenes grundlæggende problemer

Underkategori		Udsagn fra journalmaterialet	Antal børn
Tilknytning	Negativ dimension	"Usikker tilknytning", "Svingende tilknytning", "Problemer med tilknytning til mor (og far)"	73 % (n = 157)
	Positiv dimension	"Sikker tilknytning", "Tilknytning til flere søskende", "Indgår hurtig i nye relationer"	3,3 % (n = 7)
Usikkerhed		"Usikker over for fremtiden", "Usikker ved nye ting", "Usikker ift. forældrenes konflikter"	54,9 % (n = 119)
Ustabilitet	Negativ dimension	"Manglende struktur og stabilitet", "Savn af hverdagen", "Behov for det normale", "Mor har svært ved udlevering til far og svært ved at holde struktur", "Mor svært ved at lave struktur for børnene", "Flyttet 20 gange"	27,4 % (n = 46)
	Positiv dimension	"Stabilitet og sikkerhed giver ro og barnet kommer i positiv udvikling", "Mere ro efter udflytning og stabilitet", "Falder til ro, da der kommer struktur"	4,2 % (n = 9)
Forvirring		"Fordrejet virkelighedsopfattelse", "Realitetssans påvirket", "Meget usammenhængende og forvirret",	25,1 % (n = 54)
Udvikling		"Tilbage i sin udvikling", "Manglende refleksion på eget niveau", "Regredierer"	17,2 % (n = 37)
Manglende fokus		"Ustruktureret og springende i sin samtale men indgår i samtale forløbet", "Fortæller men usammenhængende, springer i tanke og handling", "Meget springende i sine historier"	7,4 % (n = 16)

Ikke alle børn er beskrevet og vurderet ud fra de samme kategorier. Det hænger sammen med at den pågældende psykolog har lavet beskrivelserne som arbejdsnoter, der afspejler hendes oplevelse, og hvad hun finder relevant i situationen. Eksempelvis er ikke alle børnene vurderet mht. tilknytning, men tilknytning er et af temaerne, som belyst gennem indholdsanalysen er relevant for ¾ af børnene. Andre forhold kan være fremtrædende, f.eks. regression eller en fordrejet

virkelighedsopfattelse, hvilket medvirker til, at tilknytningsdimensionen træder i baggrunden. Der er altså ikke tale om en systematisk beskrivelse af hvert eneste barn ud fra alle kategorier, da disse er dannet efter observationerne, men en udvælgelse af, hvad der fylder, træder frem og vurderes som vigtige observationer af en erfaren, autoriseret psykolog. Dette gør sig gældende for alle kategorierne i indholdsanalysen.

Det samlede billede af den første hovedkategori er, at børnene som gruppe betragtet har massive problemer i form af usikker tilknytning, samt store problemer i forhold til at kunne overskue deres livssituation. Usikkerheden er så stor at den i mange tilfælde påvirker deres virkelighedsopfattelse. En mindre gruppe af børnene er ligefrem gået tilbage i forhold til deres udviklingsniveau. Antallet af børn med sikker tilknytning og en positiv reaktion på strukturen inden for krisecenterets rammer er meget lille.

4.1.2 Hovedkategori 2: Følelser

Børn, som tager ophold på et krisecenter med deres mor, er ofte følelsesmæssigt påvirkede.

Indholdsanalysen identificerede tre typer af følelsesmæssige reaktioner hos børnene:

Følelsesmæssig forvirring, angst og/eller vrede/aggression.

Den meste udbredte reaktion blandt børnene er følelsesmæssig forvirring. Børn i denne underkategori (28,6 %) udviser ambivalente og splittede følelser. De har svært ved at rumme deres følelser og er forvirrede over, hvad der er rigtig eller forkert.

Knap en fjerdedel af børnene (24,4 %) indgår i underkategorien *Ængstelig*. Disse børn udviser angst og virker utrygge, mange i en sådan grad at de er bange for at være alene.

Lidt over en femtedel af børnene (22,1 %) er vrede/aggressive/destruktive over for andre og sig selv og opfører sig grænsesøgende. Underkategorien som disse børn tilhører kaldes *Aggressiv/Vred*.

Ca. en ottendedel af børnene (13 %) udviser symptomer, som tilhører underkategorien *følelsesmæssig dysfunktion*. Psykologen beskriver disse børns følelsesmæssige reaktioner som udtryk for så stor en belastning, at den har ledt til følelsesmæssig sammenbrud hos børnene. Dette kommer f.eks. til udtryk ved at barnet følelsesliv ikke er sammenhængende med/er ude af trit med den ydre verden. For nogle af børnene er belastningen så stor, at deres følelsesmæssige udvikling er forstyrret.

Der fremgår i nedenstående tabel udsagn fra journalmaterialet, der illustrerer børnenes følelsesmæssige reaktioner.

Tabel 5. Udsagn der illustrerer typen af børnenes følelsesmæssige reaktioner

Underkategori	Udsagn fra journalmaterialet	Antal børn
Følelsesmæssig forvirring	<i>"Ambivalens", "Meget modsatrettet følelser", "Hvad er rigtigt og forkert"</i>	28,6 % (n = 62)
Ængstelig	<i>"Voldsomt angst", "Meget angst dreng som er voldsomt påvirket", "Utryg"</i>	24,4 % (n = 52)
Aggressiv/Vred	<i>"Aggressivitet", "Vrede", "Selvdestruktiv"</i>	22,1 % (n = 47)
Følelsesmæssig dysfunktion	<i>"Følelsesmæssig dysfunktion", "Emotionel udvikling", "følelsesmæssige problemer"</i>	13 % (n = 28)

Børn reagerer altid følelsesmæssigt på en voldelig opvækst. Når de følelsesmæssige reaktioner oven for ikke er talmæssigt udtømmende for børnegruppen, er det som tidligere nævnt fordi børnene er beskrevet ud fra deres mest fremtrædende problematikker. Ser man på det samlede billede af børnenes følelsesmæssige reaktioner, er det svært at finde et. Følelsesmæssig forvirring er en anelse mere udbredt end vrede og ængstelighed, som er nogenlunde lige udbredte følelsesmæssige reaktioner blandt børnene på Krisecenter Odense. Variationen i børnenes følelsesmæssige reaktioner understreger udfordringen i at genkende et barn, som er vidne til vold i hjemmet: De følelsesmæssige reaktioner er mange og forskelligartede og ligeledes kendt fra børn, som lever under normale opvækstbetingelser. Dette gør det alt sammen sværere at opdage, at barnet har brug for en anden og større indsats end normal trøst og irettesættelse.

4.1.3 Hovedkategori 3: Mestringsstrategier

Ud over en beskrivelse af grundlæggende temaer hos børnene og børnenes følelser, har psykologen også observeret børnenes mestringsstrategier. Indholdsanalysen resulterede i otte mestringsstrategier. Følgende syv strategier betragtes som uhensigtsmæssige.

En stor andel børn (38 %) gør modstand mod at tale om og/eller mod at acceptere det skete og søger at undgå det gennem benægtelse, idyllisering, negligering, distancering eller anden modstand mod

det skete og samtaler om det skete. De kan desuden virke forsvarsprægede, som om de er på vagt. Underkategorien som indeholder disse strategier kaldes *Modstand*.

29 % af børnene bruger mestringsstrategier, som kan opsummeres i underkategorien *Parentifikation/Ansvarstildragelse*. Disse børn påtager sig den voksnes ansvar eller følelser, og kan være inddraget i de voksnes konflikter. Nogle af børnene forsøger at tilfredsstille begge forældre eller andre personer omkring dem (fx psykologen eller jævnaldrene).

16,3 % af børnene får afløb for deres følelser ved at afreagere på deres omgivelser gennem voldsomme vredesudbrud eller provokerende opførsel. Endvidere kan de have voldsomme konflikter med andre. Disse reaktioner tilhører underkategorien *Afreaktion*.

13 % af børnene mestrer deres situation ved at være udpræget *Kontrollerende*. Denne underkategori rummer styrende opførsel i samtalen eller over for andre, f.eks. mor eller jævnaldrene.

10 % af børnene håndterer deres livssituation ved at undlade at mærke deres følelser, og tilhører således underkategorien *Følelsesmæssig frakobling*. Psykologen beskriver disse børn med en flad kontakt, og beskriver, at de fortæller om deres voldsomme oplevelser uden at vise følelser.

En mindre gruppe børn benytter sig af to sidste uhensigtsmæssige mestringsstrategier, henholdsvis *Internalisering* og *Regression*. Børn i førstnævnte underkategori (8 %) beskrives med et dårligt selvværd eller et forstyrret selvbillede. Børn i sidstnævnte underkategori (7 %) trækker sig ind i sig selv og helt væk fra kontakten. Børn som anvender regressive mestringsstrategier indgår ligeledes under kategorien ”udvikling” under hovedkategori 1 (grundlæggende problemer).

Der er identificeret én slags mestringsstrategi, der betragtes som hensigtsmæssigt for barnets udvikling. Strategien kaldes derfor *Aktiv/Positiv*, og beskriver børn, der konfronterer virkeligheden ved at være åbne, imødekommende og villige til at fortælle om det skete. Knap en sjettedel af børnene (16 %) udviser adfærd, som tilhører denne underkategori.

Nedenstående tabel viser udsagn fra journalmaterialet, der belyser de forskellige mestringsstrategier, som børnene bruger i håndteringen af volden.

Tabel 6. Udsagn der belyser mestringsstrategier, som bruges af børnene i håndteringen af voldsepisoden

Underkategori	Udsagn fra journalmaterialet	Antal børn
Modstand	<i>"Undgående", "Benægtelse/glemme", "Idylliserer"</i>	37,7 % (n = 81)
Parentifikation/ Ansvarstildragelse	<i>"Tager voksent ansvar", "Inddraget i de voksnes problematikker", "Forsøger at tilfredsstille begge parter"</i>	28,4 % (n = 61)
Afreaktion	<i>"Udafreagerende", "Bruger selv vold når hun bliver vred", "Sociale problemer i børnehave, voldsom over for de andre"</i>	16,3 % (n = 35)
Kontrollerende	<i>"Stort behov for at styre", "Søger tryghed gennem styring, også i samtalerne", Kan være meget styrende, også over for mor og i børnehaven",</i>	13,5 % (n = 29)
Følelsesmæssig frakobling	<i>"Flad i kontakten", "Holder tanker og følelser på afstand", "God til at fortælle om det skete med uden følelsesmæssig involvering"</i>	10,2 % (n = 22)
Internalisering	<i>"Manglende selvværd", "Føler sig utilstrækkeligt", "Har store problemer med at føle sig god nok og i det hele taget hvem hun er"</i>	7,9 % (n = 17)
Regression	<i>"Regredierer efter et stykke tid i samtalen (krøller sig sammen)", "Trækker sig ind i sig selv", "Tilbageholden"</i>	6,5 % (n = 14)
Aktiv/positiv	<i>"Imødekommende og åben omkring sin situation", "Er i stand til at fortælle om det skete", "Vil gerne deltage"</i>	15,8 % (n = 34)

Det samlede billede af hovedkategori 4 viser, at børnene benytter sig af mange forskellige mestringsstrategier i deres forsøg på at overleve i et voldeligt familiemiljø. For ca. $\frac{3}{4}$ af børnene (74,5 %) har psykologen beskrevet en eller flere mestringsstrategier, og det bør her bemærkes at anvendelsen af en type mestringsstrategi ikke udelukker brugen af andre mestringsstrategier. Børnenes talrige forsøg på at tilpasse sig deres livssituation i en voldsramt familie understreger, at barnet ikke blot er et tavst vidne (Laing, 2000), som passivt ser til vold i familien, men derimod er særdeles aktiv i sit forsøg på at overleve og skabe mening i sin tilværelse. Børnene forsøger at regulere forholdet mellem deres (indre) tilstand og det ydre miljø ved hjælp af deres mestringsstrategier, og disse strategier kan være mere eller mindre konstruktive ift. barnets udvikling og samspil med andre, ligesom der er forskel på, hvorvidt strategierne er bevidste eller ubevidste (Cramer, 1998; Killén, 2012). Dette belyses nærmere i afsnit 5.3 *Mestringsstrategier*.

4.2. Overordnet tema: Forældre

Psykologen har i det omfang det er muligt noteret informationer om mødrenes tilstand. Ligeledes har psykologen gennem børnene eller mødre opnået forskellig information om voldsudøverne. Disse informationer er dog betragtelig færre end der indgår i beskrivelserne af børnene, da psykologens arbejde på krisecenteret centrerer sig om behandling af børnene.

4.2.1 Hovedkategori 1: Mødrenes karakteristika

Et meget udbredt problem blandt mødre er, at de er usikre/ustabile, og har et stort behov for vejledning i forbindelse med deres børn. En betydelig andel mødre (38 %) falder ind under underkategorien *Usikker/Ustabil*.

Det er også almindeligt, at mødre lider under psykologiske vanskeligheder. 35 % af mødre beskrives som psykisk sårbar/dårlig, eller signifikant påvirket af volden (f.eks. græder meget eller er apatisk). Mødre i disse tilstande tilhører underkategorien *Psykologiske problemer*.

Det kan være svært for mødre at følge det planlagte samtaleforløb. Psykologen har noteret ved 33 % af børnene, at de (eller deres mødre) ikke kommer til samtalerne, afbryder forløbet, eller at mødre har egen dagsorden med samtalerne. De pågældende mødre falder ind under den negative dimension af underkategorien *Samtaler/Ophold*. Ved en mindre andel børn (12 %) er det noteret, at deres mødre er i stand til at støtte op om samtalerne, forberede deres barn/børn og tage imod råd og vejledning. Disse mødre er med i den positive dimension af samme underkategorien.

Knap en fjerdedel af mødre (24 %) har svært ved at sætte grænser, tage ansvar og løse problemer alene, og evner muligvis ikke at gøre sig fri fra voldsudøveren. Disse mødre falder ind under den negative dimension af underkategorien *Ansvar/(U)selvstændighed*. Mødre tilhørende den positive dimension af denne underkategori forsøger at komme videre fra volden og tage ansvar for deres barns/børns liv. Dog er der tale om meget få mødre (7 %) i denne dimension.

Over en femtedel af mødre (21 %) falder ind under den negative dimension af underkategorien *Omsorg*. Disse mødre beskrives som ude af stand til at se deres børns behov eller lader deres egne behov tage over i relation til barnet. De evner ikke at støtte op omkring samtaleforløbet eller har ikke en god kontakt til deres børn. De fylder meget i behandlingsforløbet, og kan af og til være overinvolverede i deres børn. Mødre der tilhører underkategoriens positive dimension er i stand til

at støtte deres børn. De er engagerede og opmærksomme, og forsøger at beskytte deres børn mod det skete. Knap en fjerdedel af mødre (24 %) hører under denne dimension.

En anden udfordring som beskrives hos mødre er, at de ikke har bearbejdet volden. De er følgelig ambivalente, har svært ved at navigere i det skete, og er udfordrede på at tackle og forholde sig til det skete. De kan virke styrende og som om de har kontrol på det hele, uden det nødvendigvis stemmer overens med virkeligheden. Mødre med disse problemer er repræsenteret i underkategorien *Uforløst*. 18 % af mødre beskrives i denne underkategori.

Underkategorien *Forhold til voldsudøver* omfatter både en negativ og en positiv dimension. Mødre tilhørende den negative dimension har ikke afsluttet deres forhold til voldsudøveren, eller de er blevet reviktimiseret af en ny kæreste. Knap en sjettedel af mødre (15 %) hører under denne dimension. Mødre i den positive dimension har brudt med voldsudøveren. Der er imidlertid kun få mødre (7 %) i denne dimension.

Sluttelig har psykologen bemærket, at et fåtal af mødre (8 %) er misbrugere (typen af misbrug er ikke nærmere specificeret), eller lider under sociale problemer (fx trusler, forestående udvisning, flere belastede kærester). Denne underkategori kaldes *Misbrug/Sociale problemer*.

I nedenstående tabel ses udsagn fra journalmaterialet, der illustrerer mødrenes karakteristika.

Tabel 7. Udsagn der illustrerer mødrenes karakteristika

Underkategori	Udsagn fra journalmaterialet	Antal børn
Usikker/Ustabil	<i>"Mor er meget usikker på fremtiden", "Mor er i tvivl om hvad hun skal", "Meget usikker mor, som søger råd og vejledning og som er i tvivl om det rigtige i det som hun gør"</i>	37,7 % (n = 81)
Psykiske problemer	<i>"Mor psykisk syg, bliver indlagt", "Traumatiseret mor, der er så angst for både eksmand og kommunen og ikke har formået at passe drengen", "Mor græder meget, er meget på sit værelse og har svært ved at støtte kl. i samtalerne"</i>	35,3 % (n = 76)

Samtaler/Ophold	Negativ dimension	<i>"Mor får startet samtaleforløbet op – men kan ikke fuldføre det", "Samtalerne skulle fortsætte ved udflytning med dette sker ikke", "Ingen kontinuitet i samtalerne"</i>	33 % (n = 71)
	Positiv dimension	<i>"Mor formår ham til at komme til samtalerne", "Mor forsøger at overholde samtalerne", "Mor har forberedt datteren på samtalen"</i>	11,6 % (n = 25)
Ansvar/(U) Selvstændighed	Negativ dimension	<i>"Oplever en mor som kun kan se en løsning – hvis hun finder en mand at bo sammen med", "Hun har svært ved at løse det alene", "Kan ikke magte at flytte pt. og vælger at flytte tilbage"</i>	23,7 % (n = 51)
	Positiv dimension	<i>"Mor har levet med en voldelig mand, men forsøger at formå at skabe ny tilværelse mens hun er på KC", "Oplever en mor der tager ansvar og forsøger at skærme sit barn", "Var helt med på hvilket svigt der har været over for børnene".</i>	6,5 % (n = 14)
Omsorg	Negativ dimension	<i>"Omsorgsfuld og opmærksom mor, som er så præget af volden, at det går ud over hendes evne til at se barnets behov", "Mor er der med pigen, men det er meget svært da mor hele tiden overtager rummet med hendes bekymringer", "Har ingen ordentlig kontakt til mor"</i>	20,9 % (n = 45)
	Positiv dimension	<i>"Omsorgsfuld mor, der støtter op omkring samtalen og dens indhold", "Mor har givet omsorg og tilknytning og forsøgt at skærme ham mod det", "Mor er god til at tage imod råd og vejledning og derigennem støtte og berolige sit barn"</i>	24,2 % (n = 52)
Uforløst		<i>"Mor er meget opmærksom på sine børn, men kan ikke fastholde det og er svær at holde fast", "Mor har svært ved at navigere i det skete",</i>	18,1 % (n = 39)

Forhold til voldsudøver	Negativ dimension	<i>"Mors kæreste er voldelig mod mor, men hun opretholder samvær med ham", "Far har været voldsudøver – mor er lidt svag og har svært ved at grænsesætte sig overfor ham", "Ny kæreste voldelig".</i>	15,3 % (n = 33)
	Positiv dimension	<i>"Ser ikke far mere", "Mor i starten meget usikker og bange – fik det gradvis bedre og blev fri fra voldsmanden".</i>	6,5 % (n = 14)
Ustruktureret		<i>"Mor har svært ved udlevering til far og svært ved at holde struktur", "Har svært ved at lave struktur for dem", "Flyttet 20 gange"</i>	9,3 % (n = 20)
Misbrug/ Sociale problemer		<i>"Mor har haft det psykisk svært, og der har været misbrug", "Store sociale problemer", "Mor har haft en del kærester der selv var belastede – får ny kæreste på KC"</i>	8,4 % (n = 18)

Samlet tegner der sig et billede af mødre, som er ustabile, psykisk belastede, uselvstændige, udmattede og ude af stand til at drage omsorg for deres børn på grund af den vold, de har udholdt. Billedet er ikke ulig tidligere undersøgelser af den mentale sundhed hos kvindelige ofre for partnervold, der viser, at partnervold kan lede til depression, PTSD og angst (Golding, 1999).

Vold i hjemmet er ukontrollerbart for offeret, og det er derfor umuligt for kvinderne at forudsige effektiviteten af deres handlinger i forhold til at imødegå volden. Det skaber en grundlæggende usikkerhed i tilværelsen, som eroderer selvtillid og selvværd og hensætter offeret i en tilstand af tillært hjælpeløshed (Peterson & Seligman, 1983; Walker, 1979), som kan forklare at hhv. over 1/3 og ¼ af kvinderne virker usikre og uselvstændige. Mødrenes manglende selvstruktur kommer ligeledes til udtryk ved deres manglende evne til at følge et struktureret samtaleforløb og til at skabe struktur i tilværelsen i øvrigt. Det er bemærkelsesværdigt, at mindst en tredjedel af familierne ikke formår at følge samtaleforløbet hos psykologen, men udebliver fra eller afbryder den planlagte behandling til barnet.

På trods af at volden er ukontrollerbar for offeret, er voldelige parforhold ofte forbundet med skyld, skam og forvirring for offeret, som ender med at blive i tvivl om sin egen dømmekraft. Disse

dynamikker kan forklare den uforløste tilstand, som karakteriserer næsten en femtedel af mødre. Selvom den voldelige partner for udenforstående kan virke gennemført ond, er det ofte anderledes set med offerets øjne: Perioder, hvor voldsudøveren ikke er voldelig eller søger tilgivelse, giver mødre håb om forbedring, og medvirker til at nedbryde deres modstandskraft, hvilket atter kan være medvirkende til at forklare, at næsten en sjettedel af mødre fortsat har et forhold til voldsudøveren. Dertil hører også, at voldsudøveren i op til 70 % af tilfældene også er far til kvindens barn (Kronborg, 2005).

Et fåtal af kvinderne har formået at bryde med voldsudøveren og tager ansvar for at skabe en ny tilværelse imens de er på krisecenteret, ligesom psykologen bemærker at ca. en tiendedel af mødre formår at overholde samtaleforløbene på krisecentrene. En fjerdedel af mødre udviser omsorg for deres børn og formår at omsætte psykologens støtte og vejledning i forhold til sit barn.

4.2.2 Hovedkategori 2: Barnets forhold til mor

Vold mellem forældre har uundgåelig indflydelse på barnets forhold til både sin mor og sin far. Indholdsanalysen identificerede fire forskellige relationstyper mellem mor og barn. Atter bemærkes, at der ikke er tale om en systematisk og udtømmende screening af alle mor-barn-relationer, men en karakteristik på baggrund af psykologens observationer.

Den hyppigst beskrevne relation er *Afhængig/Nervøs*. Knap en sjettedel (16 %) af børnenes relation til deres mor tilhører denne underkategori. Disse børn er nervøse for, at der vil ske noget slemt med deres mødre, og de bekymrer sig efterfølgende meget om dem. De kan således have et stort behov for at være sammen med deres mødre hele tiden.

Den næst hyppigst forekommende relation er underkategorien *Støtte*, som omfatter både en positiv og en negativ dimension. Børn i den negative dimension (14 %) bliver ikke støttet af deres mødre. Derimod beskriver psykologen børn i den positive dimension (9 %) som godt støttede af deres mødre.

De to sidste relationstyper er henholdsvis underkategorierne *Vred/Konflikter* og *Ambivalens*. Børn i førstnævnte underkategori (6 %) er vrede på deres mødre og har i nogle tilfælde voldsomme konflikter med dem. Børn i sidstnævnt underkategori (3 %) har splittede følelser (had/kærlighed) for deres mødre.

Nedenstående tabel viser udsagn fra journalmaterialet, der illustrerer de forskellige typer af relationer, der er fundet mellem børnene og deres mødre.

Tabel 8. Udsagn der illustrerer relationer mellem børnene og deres mødre.

Underkategori		Udsagn fra journalmaterialet	Antal børn
Afhængig/Nervøs		<i>"Nervøs for mor og bekymrer sig om hende", "Vil gerne være sammen med sin mor hele tiden", "Bange for at miste mor"</i>	15,8 % (n = 34)
Støtte	Negativ dimension	<i>"Føler sig usikker på mors kærlighed", "Føler sig alene og ofte svigtet af mor", "Får kl. kastet ind i rummet, mor går og han accepterer det og begynder og lege"</i>	13,5 % (n = 29)
	Positiv dimension	<i>"Inddrager mor, hvor det er relevant, føler sig tryk ved mor", "God relation til sin mor", "Åben og udforskende med mor i rummet"</i>	9,3 % (n = 20)
Vred/Konflikter		<i>"Har voldsomme konflikter med mor", "Vred på mor", "Mor havde voldsomme konflikter med ham hjemme", "Bliver voldsom over for mor"</i>	5,6 % (n = 12)
Ambivalens		<i>"Splittet i forhold til mor", "Ambivalent i forhold til mor", "Skifter konstant had/kærlighed til mor"</i>	2,8 % (n = 6)

For at kunne udtale sig om relationen mellem mor og barn, må psykologen have et vist antal samtaler med barnet/moderen eller anden lejlighed til at observere samspelet imellem mor og barn. Ustabilt fremmøde til psykologsamtalerne er et udbredt problem, hvilket er medforklarende for det relativt lave antal bemærkninger om kvaliteten af mor-barn-relationen. Der kan dog udledes en klar overvægt af konfliktfyldte mor-barn-relationer i forhold til godt den tiendedel af børnene, som kan bruge deres mor som støtte på en måde, der indikerer en form for sikker tilknytning. De mest udbredte relationstyper er afhængig/nervøs, hvor barnet udviser separationsængstelig adfærd over for sin mor, og den negative dimension af kategorien ”støtte”, hvor barnet er usikker på mors støtte og kærlighed, og/eller føler sig afvist og svigtet af hende. Psykologen har derudover beskrevet udtalt ambivalens og vrede- og konfliktfyldte relationer hos et fåtal af børnene. I en tiendedel af mor-barn-relationerne formår mødrene at være en støtte for barnet på trods af deres egne problematikker. Disse relationsformer behandles nærmere i afsnit 5.1 om tilknytning.

4.2.3 Hovedkategori 2: Fædrenes karakteristika

Indholdsanalysen resulterede i tre underkategorier, der beskriver fædrenes karakteristika. Den første underkategori kaldes *Voldsudøver*, og omfatter biologiske fædre, som psykologen med sikkerhed ved er voldsudøveren. En fjerdedel af børnene har en far i denne underkategori.

11 % af børnene har en biologisk far, der er ustabil pga. psykisk sygdom og/eller misbrug. Disse fædre tilhører den anden underkategori *Sygdom/Tilstand*.

Den tredje underkategori kaldes *Samvær*, og omfatter både en negativ og en positiv dimension. Biologiske fædre, der falder ind under den negative dimension har enten ingen kontakt eller ingen stabil kontakt med deres barn/børn. I modsætning hertil har fædrene i den positive dimension et stabilt samvær med deres barn/børn. Andelen af børn, der har en far i henholdsvis den negative og positive dimension er 5 og 6 %.

Der fremgår i nedenstående tabel udsagn fra journalmaterialet, der belyser fædrenes karakteristika.

Tabel 9. Udsagn der belyser fædrenes karakteristika

Underkategori		Udsagn fra journalmaterialet	Antal børn
Voldsudøver		<i>"Det er biologisk far der er voldsudøver", "Biologisk far voldelig mod mor og kl.", "Flytter hjem til far som er voldsudøver"</i>	25,6 % (n = 55)
Sygdom/Tilstand		<i>"Far har alkohol problemer", "Er angst for manden som er psykisk syg", "Far er voldsudøver, misbrug og psykisk sygdom"</i>	10,7 % (n = 23)
Samvær	Negativ dimension	<i>"Der er ikke stabilt samvær med far", "Ser ikke far mere", "Samvær med far er ikke helt aftalt"</i>	4,7 % (n = 10)
	Positiv dimension	<i>"Hun flytter hjem til far og har samvær med mor", "Han opretholder et samvær med børnene som virker ok når de er hos ham", "Har forhold og er på samvær med far"</i>	5,6 % (n = 12)

I denne undersøgelse foreligger kun sparsom information om fædrene. Den positive og negative dimension under kategorien "samvær" er ikke udtryk for en bedømmelse af samværets gavnlighed

for barnet, men bestemt af, hvorvidt samværet er til stede (positiv) eller ej (negativ). Hvorvidt samvær mellem barnet og dets voldsudøvende far er positivt eller negativt for barnets udvikling og livskvalitet vil altid være en individuel vurdering, som afhænger af flere faktorer.

4.2.4 Hovedkategori 4: Barnets forhold til far

Oplysninger om børnenes relation til deres fædre er ligeledes sparsomme. Der er fundet 4 forskellige typer af relationer, som børnene har med deres fædre.

Den hyppigste forekommende relation er underkategorien *Uafklaret*. Børn i denne underkategori (8,8 %) er forvirret med hensyn til deres følelser for deres fædre, og/eller ved ikke hvad der kommer til at ske med deres far.

Den næst hyppigst forekommende relation er underkategorien *Savner* (7,4 %). Psykologen har bemærket om børn i denne underkategori at de savner deres fædre.

De to sidste relationer er henholdsvis underkategorierne *Vred/Konflikter* og *Angst*. Børn i førstnævnt underkategori (3,3 %) er vrede på deres fædre og har evt. voldsomme konflikter med dem. Børn i sidstnævnte underkategori (3,3 %) er bange for deres fædre eller for, hvad de kan finde på at gøre.

I tabel 10 på næste side ses udsagn fra journalmaterialet, der belyser relationer mellem børnene og deres fædre.

Tabel 10. Udsagn der belyser relationer mellem børnene og deres fædre.

Underkategori	Udsagn fra journalmaterialet	Antal børn
Uafklaret	<i>"Har svært ved at finde ud af, hvad han skal mene om far", "Er uafklaret i forhold til hvad der skal ske med far", "Far er skiftevis god-ond"</i>	8,8 % (n = 19)
Savner	<i>"Savner far", "Føler sig utryk ved far men savner ham", "P er meget berørt over at far er ked af det og savner ham"</i>	7,4 % (n = 16)
Vred/Konflikter	<i>"Oplever mange konflikter med far under samtaleforløbet", "Er meget vred på sin far", "Vred på far"</i>	3,3 % (n = 7)
Angst	<i>"Angst for far", "Fortæller om angst for at far skal komme og tage dem og gøre mor ondt", "Bange for at far kommer og slår dem ihjel"</i>	3,3 % (n = 7)

Psykologen har som tidligere nævnt ikke forestået en systematisk indsamling af information om faderen, men har noteret information som den fremkom i løbet af samtaleforløbene, hvorfor der heller ikke foreligger udtømmende informationer om fædrenes karakteristika.

Ud af gruppen som helhed er ¼ af de biologiske fædre også med sikkerhed voldsudøverne.

Psykologen har kendskab til psykisk sygdom eller misbrug hos en tiendedel af fædrene, men egentlige forekomst er formentlig højere: I et internationalt studie af mandlige voldsudøver, som deltog i en intervention mod vold i familien, var halvdelen af mændene også misbrugere (Gondolf, 1999). Slutteligt foreligger der få informationer omkring børnenes samværsituation med fædrene, ligesom oplysningerne om børnenes relation til faderen er sparsomme. Alle relationer som er nævnt i datamaterialet er dog af en belastende karakter for børnene. Børnenes relation til faderen kan indeholde værdifulde informationer i forhold til at forstå mekanismer bag børnenes udvikling og trivsel, men nærværende resultater er utilstrækkelige som baggrund for at drage konklusioner. Fremtidige forskningsprojekter opfordres til systematisk at medtænke faderen i dataindsamlingen.

4.3 Overordnet tema: Skole/Institution

Slutteligt har psykologen indsamlet informationer om børnenes funktion og trivsel i deres institutionstilbud. Følgende afsnit beskriver indholdsanalysens resultater inden for dette område.

4.3.1 Hovedkategori 1: Institutionelle strukturer og støttetilbud

Der foreligger information om institutionstilbud for ca. 2/3 af børnene. 40 % af børnene går i skole, 18 % går i børnehave/dagpleje, og 5 % hjælpes af specialtilbud (specialklasse/-skole eller obsklasse). Underkategorien *Tilbud* indeholder oplysninger om børnenes institutioner.

Knap en sjettedel af børnene (15 %) har oplevet en eller flere skoleskift i forløbet op til opholdet på krisecenteret. Disse børn er repræsenteret i underkategorien *Skoleskift*.

Det er noteret ved ca. en fjerdedel af børnene (24 %), at børne- og ungeforvaltningen er inddraget i deres sag. Børnene er således med i underkategorien *Børne- og ungeforvaltningen*.

Den sidste underkategori kaldes *Anbragt/aflastning*, og indeholder børn der er midlertidig anbragt eller har en aflastningsfamilie. Der er tale om en meget lille gruppe børn (2 %), der er beskrevet som værende en del af underkategori.

Der fremgår i tabel 11 udsagn fra journalmaterialet, der illustrerer institutionelle strukturer, som børnene indgår i, og støtte tilbud igangsat af kommunen.

Tabel 11. Udsagn der illustrerer institutionelle strukturer, som børnene indgår i, og støttetilbud igangsæt af kommunen.

Underkategori		Udsagn fra journalmaterialet	Antal børn
Tilbud	Skole	"Går i skole", "Fortsætter i sin gamle skole", "Går i KC skole"	17,7 % (n = 38)
	Børnehave/dagpleje	"Er i dagpleje", "Følger børnehaven", "Kommer i børnehaven"	40,5 % (n = 87)
	Specialtilbud	"Går i specialtilbud", "Går i specielskole", "Flyttes til obsklasse"	5,1 % (n = 11)
Skoleskift		"Skal skifte skole pga. volden – savner sin gamle skole", "Mange skoleskift", "Gået i 9 forskellige skoler"	14,9 % (n = 32)
Børne- og ungeforvaltningen		"Børn og unge inddraget", "Børn og unge bliver kontaktet undervejs", "Børn og unge bliver tilknyttet for råd og vejledning"	24,2 % (n = 52)
Anbragt/aflastning		"Bliver midlertidig anbragt", "Aflastningsfamilie", "Han bliver anbragt mens mor er på KC"	1,9 % (n = 4)

Det samlede billede af denne hovedkategori viser, at mange af børnene lever en ustabil hverdag. Ca. en sjettedel af børnene i skolealderen følger fortsat undervisningen, imens knap halvdelen af børnehavebørnene har et stabilt fremmøde i børnehaven. Resten af børnenes situation er ukendt. Kommunens børne- og unge forvaltning er inddraget i 24 % af sagerne, hvilket indikerer at børnenes mistrivsel er opdaget og håndteres for en fjerdedel af gruppen, men for de resterende $\frac{3}{4}$ er besøget på krisecenteret potentielt første gang, de er synlige for systemet.

4.3.2 Hovedkategori 2: Børnenes daglige funktionsniveau i pasningstilbuddet

Børnenes trivsel i pasningstilbuddet er ligeledes omtalt i materialet. En stor andel børn (33 %) er beskrevet med et problemfyldt, konfliktpræget eller på anden måde belastet socialt samspil med jævnaldrene og/eller voksne. De bliver mobbet og har ingen/få nære relationer. De kan være usikre på sig selv og have svært ved at sige fra, og de kan forekomme tilbagetrukne, kapitulerende og skintilpassede. Endvidere kan børnene være beskrevet ualderssvarende ift. deres institutionelle tilbud. Disse børn falder ind under den negative dimension af underkategorien *Trivsel*. En mindre gruppe børn (10 %) har god kontakt med andre og gode relationer med jævnaldrene. De finder frirum i skolen, har fritidsinteresser, eller gør sig tanker om fremtiden. Disse børn tilhører således underkategoriens positive dimension.

Børnenes faglige præstation i institutionstilbuddet er ligeledes beskrevet. 20 % af børnene har problemer med at følge det faglige indhold i skolen, med at koncentrere sig og/eller pjækker/har mange sygedage. De kan også have andre kognitive vanskeligheder som hukommelsesproblemer, koncentrationsbesvær eller problemer med at rumme deres tanker. Endvidere kan de mangle kognitiv stimulering. Disse børn tilhører den negative dimension af underkategorien *Fagligt*. Børn i den positive dimension af underkategorien fungerer udmærket i skolen. Dog er det kun et fåtal børn (8 %), der er beskrevet under denne positive dimension.

Nedenstående tabel viser udsagn fra journalmaterialet, der belyser børnenes daglige funktion i pasningstilbuddet.

Tabel 12. Udsagn der belyser børnenes daglige funktion i pasningstilbuddet

Underkategori		Udsagn fra journalmaterialet	Antal børn
Social trivsel	Negativ dimension	<i>"Er blevet mobbet på sin gamle skole", "Har ingen sociale kontakter", "Har sociale konflikter med andre i skolen", "Mange brugte relationer bag sig", "Socialt tilbagetrukket"</i>	33 % (n = 71)
	Positiv dimension	<i>"Fungerer i egen skole og har tanker om friheden og arbejde", "Har venner og fungerer OK", "God til at skabe relationer"</i>	10,7 % (n = 23)
Faglig trivsel	Negativ dimension	<i>"Har det fagligt svært", "Svær ved at fuldføre skolen – stort behov for ro, hjælp og opbakning til dette", "Svært ved at komme i skolen, pjækker, "Hukommelsesproblemer"</i>	20 % (n = 43)
	Positiv dimension	<i>"Kan koncentrere sig og virker til at være fagligt ok", "Fungerer godt i skolen", "Fagligt kører det OK".</i>	7,9 % (n = 17)

Det samlede billede af den sidste hovedkategori er, at børnene som helhed trives dårligt både fagligt og socialt. Manglen på kontakt til jævnaldrene og yderligere udfordringer i form af akademiske krav kan medvirke til at marginalisere børnene. Positive relationer til jævnaldrene og akademisk succes kan derimod være en beskyttende faktor for en tiendedel af børnenes trivsel og udvikling.

5. DISKUSSION

Undersøgelsens resultater er fremkommet på baggrund af en indholdsanalyse af journaludskrifter fra 215 børn, der til sammen har haft over 1.000 timers samtale med psykologen på Krisecenter Odense over en fireårig periode.

Indholdsanalysen viste, at børnene på Krisecenter Odense har massive vanskeligheder på flere områder, herunder relationen til forældre og jævnaldrene, psykologiske problemer og problemer i skolen.

Vold i hjemmet er længerevarende og potentielt traumatiserende, og det ligger ud over enhver tvivl at voldens konsekvenser strækker sig ud over relationen mellem far og mor, og kan have stor betydning for kvaliteten af barnets relation til forældrene og for barnets udvikling. Konsekvenserne af at være vidne til vold i hjemmet kan dermed både være direkte forårsaget af den traumatiske oplevelse det er, at være vidne til vold i hjemmet, eller de kan være indirekte forårsaget gennem forstyrrelser i omsorgsgiver-barn relationen, som bevirker, at barnet ikke modtager tilstrækkelig omsorg og beskyttelse eller tilstrækkelig hjælp til at udvikle sig, til at skabe mening i de traumatiske oplevelser og til at mestre sine livsvilkår.

Forskellige forskningstraditioner har belyst effekten af den direkte (traumeteori) og indirekte effekt (tilknytningsteori) af en voldelig opvækst, og har fundet alvorlige konsekvenser af begge typer af påvirkning (Sroufe & Rutter, 1984; Van der Kolk, 2003). For at forstå børns udvikling i og mestring af en voldelig opvækst er det derfor bydende nødvendigt at kombinere en tilknytningsteoretisk forståelse af relationen mellem barn og omsorgsgiver med en traumeteoretisk forståelse af betydningen af at være vidne til vold i hjemmet (Killén, 2012).

5.1 Tilknytning

I første hovedkategori så vi, at børnene på Krisecenter Odense har massive vanskeligheder med usikker tilknytning og en stor usikkerhed i forhold til at overskue og navigere i deres livssituation. Analysen af mødrenes karakteristika viste en klar overvægt af usikre og ustabile mødre med psykiske problemer, som var udfordrede i forhold til at se deres børns behov og drage omsorg for dem, hvilket afspejledes i mor-barn relationerne, hvor kun en tiendedel af børnene havde en mor, som formåede give dem relevant støtte. I det følgende belyses konsekvenserne af disse tilstande ved hjælp af tilknytningsteori og –empiri.

Børn fødes biologisk disponerede for at knytte sig til sine forældre (Bowlby, 1969). Det gør de ved hjælp af en række medfødt tilknytningsadfærd (f.eks.: gråd, tendens til at søge forældrene med øjnene, smil), som skal sikre tilstrækkelig nærhed til forældrene, så barnet kan søge beskyttelse, trøst og omsorg hvis der opstår en situation, som skræmmer barnet eller truer dets fysiske, psykologiske eller følelsesmæssige integritet.

En tryk tilknytning svarer til et psykologisk immunforsvar over for senere belastninger (Lyons-Ruth, Connel, Grunebaum & Botein, 1990), men er et sjældent syn i voldelige hjem. Forældre som lever et voldeligt samliv bringer uforvarende barnet i et uløseligt dilemma: De personer, som barnet skal søge trøst og beskyttelse hos, er på samme tid kilden til barnets frygt, eller er selv ligeså hjælpeløse som barnet. Det nærvær, som skulle være beroligende, bliver derved en ny kilde til frygt hos barnet. Barnet lever med en kronisk frygt for at der ikke vil blive draget omsorg for det, og dette er kilden til den udbredte usikkerhed som ses hos børnene. Den lader barnet ude af stand til at organisere sin tilknytningsadfærd, så den udløser tryghed og beskyttelse fra tilknytningspersonen. Den manglende organisering af tilknytningsadfærd og dermed manglende evne til at regulere sig selv, kaldes disorganiseret eller ængstelig tilknytning⁸, og er en af tre former for usikker tilknytning (Killén, 2012).

Barnets tidligste tilknytning til forældrene danner baggrund for barnets repræsentationer af sig selv og andre, og dermed også en grundlæggende tillid eller mistillid til omgivelserne, som vejleder barnets forhold og forventninger til verden og andre mennesker. Ængsteligt tilknyttede børn lærer, at verden er et usikkert sted at opholde sig, og at de ikke er værdige til kærlighed og respekt. De lærer at have mistillid til andre, og de lærer at forvente aggression og fjendtlighed fra andre mennesker, og opfatter tegn på dette, selvom andre ikke er aggressive eller fjendtlige over for dem (et eksempel på fordrejet virkelighedsopfattelse). Killén (2012) beskriver, at børnene bliver dårlige til at regulere deres følelsesliv, som er domineret af vrede, depression, frygtsomhed og angst. Tilknytningen til forældrene dannes primært i løbet af barnets to første leveår, men videreudvikles gennem hele livet. Et barn, som er disorganiseret tilknyttet i to-årsalderen, vil i seks-årsalderen

⁸ Begrebet ”disorganiseret tilknytning” er primært anvendt på det børnepsykologiske område, men erstattes i stigende grad af ængstelig tilknytning.

typisk have udviklet en kontrollerende social strategi, som er straffende eller omsorgsfuld, eller fortsat disorganiseret, hvilket ses ved en vekslen imellem disse positioner (Killén, 2012). Senere præsenteres 16-årige Simone (afsnit 5.3 Mestringsstrategier), som er et eksempel på et disorganiseret tilknyttet barn, som har udviklet en kontrollerende omsorgsfuld strategi over for sin familie. Troensegaard (2014) illustrerer en disorganiseret tilknytning hos et 10-årigt barn, som er skiftevis straffende og omsorgsfuld over for sin mor.

I analysen af mor-barn-relationerne sås flest afhængige/nervøse relationer, hvor barnet udviser separationsængstelig adfærd over for sin mor, og relationer, som faldt inden for den negative dimension af kategorien ”støtte”, hvor barnet er usikker på mors støtte og kærlighed, og/eller føler sig afvist og svigtet af hende. Disse relationstyper minder om en hhv. ambivalent og undgående tilknytningsstil: Den ambivalente tilknytningsstil er kendetegnet ved at barnet er optaget af at bevare kontakt og nærhed til omsorgspersonen, og ses typisk i mor-barn-dyader hvor moderen er uforudsigeligt tilgængelig (Killén, 2012) – dvs. somme tider tilgængelig, andre gange ikke.

Den undgående tilknytning er kendetegnet ved at barnet undgår at opsøge sin mor i truende situationer, men kan være på vagt over for moderen og udvise større interesse for fremmede end over for sin mor. Man vil typisk se den undgående tilknytningsstil i mor-barn dyader hvor mor er forudsigeligt utilgængelig (Killén, 2012): Barnet har erfaret at mor er utilgængelig, og regner ikke med hende som støtte, men forsøger at klare sig selv.

Indholdsanalysen tillader ikke en fuldgyldig karakteristik af alle børnenes tilknytningsstile, men giver udgangspunkt for en spekulation over mor-barn-relationernes generelle tilstand: Analysen af mødrenes karakteristika viste en klar overvægt af usikre og ustabile mødre med psykiske problemer, som var udfordrede i forhold til at se deres børns behov og at drage omsorg for dem. Børns tilknytning afhænger af flere forskellige faktorer, men forældrenes evne til at drage omsorg for barnet og imødekomme dets behov har altid størst betydning for, hvilken tilknytningsstil barnet udvikler. Hvis forældrene er sensitive, tilgængelige og forudsigelige, vil barnet udvikle en tryk tilknytning og et tillidsfuldt forhold til sine omgivelser. Hvis forældrene giver inkonsistent omsorg, virker truende over for barnet, er insensitive, følelsesmæssigt utilgængelige, ude af stand til at opfylde barnets behov, og/eller opfører sig uforudsigeligt, vil barnet udvikle en utryk tilknytning og være dårligere rustet til at møde den ydre verden og håndtere sine indre spændinger, og dermed også i øget risiko for senere psykisk og fysisk mistrivsel (Meredith, Ownsworth & Strong, 2006).

Indholdsanalysen viser en klar overvægt af problemfyldte mor-barn-relationer og en klar overvægt af usikker tilknytning. Der er fundet en overrepræsentation af ængstelig og disorganiseret tilknytning hos børn af voldelige forældre, og børn med disse tilknytningsstile har den dårligste sociale, akademiske og psykologiske prognose (Killén, 2012).

Lyons-Ruth & Spielman (2004) fandt, at forældre, som er fjendtlige og/eller hjælpeløse, har større risiko for at have usikkert tilknyttede børn, og dette kan være en medforklarende faktor for den øgede forekomst af disorganiseret og ængstelig tilknytning blandt børn, som vokser op i voldelige hjem: Børnene har både en fjendtlig omsorgsgiver (voldsudøveren, som i 25 % af tilfældene i denne analyse er den biologiske far), og en hjælpeløs omsorgsgiver.

5.2 Posttraumatisk stressreaktion (PTSD)

Truslen om at miste en omsorgsgiver er et af de største traumer et barn kan opleve (Bowlby, 1980), og i hjem, hvor barnet er vidne til vold, er dette ofte en kontinuerlig trussel. Et traume er et følelsesmæssigt chok, der forårsager en betydelig og varig skade på individets udvikling (Putnam, 1985; 1993). I tråd med denne definition har klinisk forskning i mange år haft en tese om, at mange sindslidelser kunne have sin egentlige oprindelse i chok og traumer fra den tidlige barndom (Diseth, 2005).

Når børn oplever traumer, ledsages det ofte af kraftige følelsesmæssige reaktioner.

Indholdsanalysen viste, at børnene på Krisecenter Odense var under stor følelsesmæssig belastning: en tredjedel var følelsesmæssigt forvirrede, imens knap en fjerdedel var udpræget ængstelige og lidt over en femtedel udviste meget vrede. Nogle børn synes imidlertid slet ikke at reagere følelsesmæssigt på deres traumatiske oplevelser, hvilket vi så hos en tiendedel af børnene, som bruger følelsesmæssig frakobling til at overleve barndommens traumer. Følelsesmæssig dysfunktion, som eksempelvis inkongruente følelsesudtryk, følelsesmæssig ustabilitet, umodenhed og underudvikling kan ligeså være traumesymptomer hos børn, der har haft en voldelig opvækst.

Emotionelle problemer, følelsesmæssig forvirring, ængstelighed, vrede og følelseløshed er alle almindelige reaktioner hos børn som er traumatiserede, men følelserne kan give sig adfærdsmæssigt til udtryk på mange forskellige måder.

Efter et traume er barnet i øget risiko for at udvikle posttraumatiske symptomer så som forøget vagtsomhed, som karakteriseres af hyperarousal (overaktivitet i kroppens alarmberedskabssystem)

og hyperarvågenhed over for trusler om nye hændelser, undgåelse af følelser og ting/steder, der minder om traumet, og genoplevelse af den traumatiske begivenhed, f.eks. i form af flashbacks eller i mareridt. Tidligere studier har fundet stor udbredelse af posttraumatiske symptomer hos børn, som er vidner til vold i hjemmet. Mertin & Mohr (2002) påviste, at 20 % af 56 børn, som har været vidne til vold i hjemmet, lever op til kriterierne for posttraumatisk stress syndrom (PTSD).

Post-traumatisk stress-syndrom kan være svært at identificere hos børn, da børn har tendens til at reagere med nonspecifikke symptomer som agiteret og uorganiseret adfærd, frem for ”klassiske” symptomer på posttraumatisk stress som rædsel og hjælpeløshed, som i højere grad ses hos voksne (Elklit & Gudmundsdóttir, 2009). Indholdsanalysen viste, at lidt over en sjettedel af børnene udviste udadreagerende adfærd. Udadreagerende adfærd er et eksempel på agiteret (og i nogle tilfælde også uorganiseret) adfærd, og kan ligeledes være et udtryk for barnets indre tilstand af forøget vagtsomhed, hvor kombinationen af hyperarousal og hyperarvågenhed over for trusler kan få barnet til at reagere aggressivt i situationer, hvor det oplever sig truet uden nødvendigvis at være det.

Når barnet tænker på volden, aktiveres den samme rædsel, som da volden foregik. Derfor har barnet brug for et psykisk sikkert rum for at kunne åbne op og bearbejde de følelser, som volden aktiverer. Undgåelsesadfærd over for påmindelser om traumet er et nøglesymptom ved posttraumatisk stress, og kan inkludere både indre (f.eks. benægtelse) og ydre strategier (f.eks. at undgå voldsudøveren). Psykologen bemærkede, at over en tredjedel af børnene udviste modstand imod at tale om volden, når hun havde dem til samtaler, hvilket gør modstand til den mest udbredte mestringsstrategi blandt børnene. Ud fra en traumeteoretisk forståelse er denne modstand en undgåelsesstrategi, som børnene bruger til selvbeskyttelse mod at genopleve minderne om den traumatiske hændelse.

Børnene, som levede op til kriterierne for PTSD i tidligere nævnte Mertin & Mohrs undersøgelse (2002), scorede ligeledes højere på psykologiske mål, som indikerer angst, depression og dissociation. Dissociative tilstande er normale og nødvendige i en begrænset udstrækning ved en akut belastning, fordi en vis frasortering af informationer fra omgivelserne er nødvendig for at kunne planlægge og navigere i situationen (Diseth, 2005).

Imidlertid bliver dissociation en maladaptiv tilstand, når chokket fra et traume medfører en fraspaltning af dele af bevidstheden (følelser, tanker, minder etc.), som det sker ved følelsesmæssig frakobling. Denne fraspaltede tilstand kan også ses som en disintegration af ”jeg’et” og ”mig’et” (Mead, 1934), hvor barnet helt åbenlyst kan foretage sig ting og bagefter påstå: ”det var ikke mig,

der gjorde det”. Et barn som lider under en dissociativ tilstand, har ikke en oplevelse af sig selv som en sammenhængende person med aktiv kontrol over sine tanker og sin adfærd (Bovbjerg & Kahler, 2007). Se afsnit 5.3.1 *Følelsesmæssig frakobling* for en yderligere uddybning af dissociation.

Efter et traume er menneskets første instinktive handling at forsøge at genvinde sikkerhed og kontrol. Børn er begrænsede af deres udviklingstrin i forhold til at udøve kontrol over omgivelserne, og er derfor overladt til forældrenes evne til at skabe ro og tryghed og at yde beskyttelse.

Indholdsanalysen viste imidlertid at mødrene udviste massive tegn på psykiske problemer og udpræget usikkerhed, hvilket kompromitterer deres evne til at yde børnene den relevante omsorg. Psykologen bemærker, at en fjerdedel af mødrene udviser omsorg for deres børns trivsel, men de resterende børns omsorgssituation er i bedste fald ukendt, i værste fald utilstrækkelig eller skadelig. Når barnet ikke kan forlade sig på at dets mor kan genskabe sikkerheden og kontrollen over den traumatiserende situation, er barnet hensat til at udvikle sine egne strategier.

Ansvarstildragelse/parentifikation, som vi så hos næsten en tredjedel af børnene, kan dermed ligeledes være et symptom på traumatisering, idet overdreven ansvarstildragelse er en måde hvorpå barnet kan bevare en form for kontrol i en usikker livssituation, f.eks. ved at pådrage sig ansvaret for, at forældrene ikke slås ved at blive i rummet, eller holde sig vågen om natten. Derudover udviste yderligere en del af børnene kontrollerende adfærd over for psykologen eller deres mødre eller søskende.

Når børn traumatiseres, er barnets alder medafgørende for graden af belastning. Barnets sårbarhed er størst i den tidlige barndom, hvor barnet ikke er i stand til at verbalisere sine oplevelser, og hvor det kun i ringe grad er i stand til at udøve kontrol over sine omgivelser (Bovbjerg & Kahler, 2007). Dette ses også i studier som viser, at børns trusselsvurdering er omvendt proportionel med deres alder: Jo yngre barnet er, desto mere truende vurderer barnet vold imellem forældrene (Jouriles, Spiller, Stephens, McDonald, & Swank, 2000). Jo yngre barnet er og des færre ressourcer det har, jo vigtigere er det at barnet har opmærksomme, omsorgsfulde og empatiske voksne, der kan yde ro, varme og beskyttelse (Levine & Kline, 2007), hvilket for mange mødre er en stor udfordring i en hverdag præget af vold, usikkerhed og deres egen psykologiske mistrivsel.

Tilknytningstraumer, hvor barnets forældre er årsagen til, at barnet traumatiseres, udgør den største risiko for senere psykologiske følger (Bovbjerg & Kahler, 2007; Killén, 2012). Fysiske overgreb i spædbarnsalderen og i barnets 3 første år er særligt skadelige for hjernens udvikling, og jo længere

tid overgrebene står på, desto mere alvorlige er de neurologiske forandringer. Man har fundet en mindre corpus callosum (hjernebjælke, som er den kommunikative bro mellem de to hjernehalvdele), mindre hjernevolumen, lavere intelligens og hyppigere dissociation blandt børn, som er ofre for denne type af traumer (Killén, 2012). I nogle tilfælde er traumatiseringen så svær, at børnene regredierer, dvs. går et eller flere udviklingstrin tilbage. Dette kan ses ved at barnet f.eks. mister evnen til at tale eller gå, eller begynder at omtale sig selv i babysprog. Indholdsanalysen viste, at knap en sjettedel af børnene er bagefter i deres udvikling, som udover at være en mulig indikator på traumatisering også kan være et udtryk for, at barnet vokser op i et ugunstigt miljø.

5.3 Mestringsstrategier

Ud over en karakteristik af børnenes symptomer og trivsel viste indholdsanalysen, at børnene benytter sig af flere forskellige mestringsstrategier, hvoraf de fleste kan være en trussel imod barnets udvikling. Et fåtal af børnene har (blandt andet) en positiv strategi til at håndtere volden: De konfronterer den og taler om den. Langt størstedelen af børnene er dog beskrevet med uhensigtsmæssige mestringsstrategier, f.eks. ansvarstildragelse og følelsesmæssig frakobling. Disse mestringsstrategier illustrerer meget kraftige mekanismer, som tilsidesætter barnets udvikling og øvrige daglige funktion (f.eks. socialt samvær, skolerelaterede aktiviteter etc.) for at sikre barnets overlevelse i en voldeligt familiemiljø.

Når volden varer ved over tid, eller når den akutte fare er overstået (f.eks. barnet er flyttet på krisecenter), er mestringsstrategierne uhensigtsmæssige, fordi de interfererer med barnets udvikling i en sådan grad, at der er stor risiko for, at de vil være medvirkende til udvikling af akut eller senere psykopatologi hos barnet, hvis barnet ikke hjælpes med at håndtere sin livssituation.

Nogle af de hyppigst undersøgte følger af at være vidne til vold i hjemmet er symptomer på internalisering og eksternalisering (se afsnittet ”umiddelbare konsekvenser”). Disse symptomer kan også betragtes som udtryk for barnets mestringsstrategier, som her er beskrevet under kategorierne ”internalisering” og ”afreaktion”: Når et barn vokser op med vold i hjemmet, er dets primære omsorgsgivere både kilden til omsorg og beskyttelse, men udgør også den trussel, som barnet har brug for beskyttelse mod. Barnets behov for omsorg afvises så at sige, fordi forældre, som barnet oplever som truende, ikke samtidig kan opfylde barnets behov for omsorg og beskyttelse. Den psykologiske afvisning indarbejdes i barnets psyke og udgør det følelsesmæssige aspekt af internaliseringen (lavt selvværd, depressive træk), imens social isolation kan være den mest

optimale måde at beskytte sig selv mod volden, hvilket kan betragtes som internaliseringens adfærdsmæssige udtryk.

Evnen til emotionsregulering kan være kompromitteret i et voldeligt hjem, fordi barnet ikke får tilstrækkelig støtte fra sine omsorgsgivere til at løse sine udviklingsopgaver (eksempelvis evnen til følelsesmæssig regulering og prosocial adfærd), og barnet kan således få større tendens til at eksternalisere sine følelsesmæssige frustrationer. Forældre er rollemodeller for normativ social adfærd, og når volden normaliseres i familiekulturen forøges risikoen for, at voldelighed indarbejdes i barnets repræsentationer af acceptable måder at løse konflikter og håndtere indre spændinger på (Kitzmann et al., 2003). Herigennem lærer barnet udadreagerende adfærd, og dermed øges risikoen for eksternalisering, og for at børnene selv udvikler eller opsøger voldelige relationer ("Cycle of violence", Widom, 1992).

Børns mestringsstrategier i voldelige hjem er tidligere undersøgt i international sammenhæng. Mullender et al. (2003) interviewede 45 børn fra 25 voldsudsatte familier om deres oplevelse af at være vidne til vold mod deres mor, og hvordan de håndterede volden. Børnene fortalte, at de forsøgte at hjælpe deres mor eller søskende, var på vagt over for nye voldsepisoder, at de tog steder hen, hvor de kunne føle sig sikre, når de havde brug for ro, og nogle børn talte med andre om volden, imens andre forsøgte at skjule den. At søge sikkerhed og at tale med andre om volden er konstruktive strategier i forhold til barnets udvikling, som dels trækker på beskyttende faktorer i miljøet (f.eks. en fortrolig voksen eller en god ven), og som opbygger en oplevelse af kompetence ift. håndtering af volden og ift. at kunne sætte ord på sine oplevelser. Øvrige beskyttende faktorer indebærer selvtillid, tilknytning til en omsorgsperson og social støtte fra familie og venner (Mullender et al., 2003).

15,8 % af børnene på Krisecenter Odense har en aktiv/positiv mestringsstrategi til at håndtere volden. 14 årige Josefine er en af dem:

Josefine er kommet til krisecenteret med en mor, som er meget bange og usikker. Hun har svært ved at være alene, men får det bedre i takt med at mor selv får det bedre, sætter grænser og gør sig fri af den voldelige far. Igennem hele forløbet har mor og datter været tætte på hinanden, og Josefine er åben og imødekommende over for psykologen og i stand til at fortælle sig historie. Hun følger skole og går til håndbold, og har en god hukommelse.

Josefine har en god tilknytning til sin mor, og er ressourcestærk ift. en god hukommelse, et kontinuerligt skoleforløb og håndbold som fritidsinteresse. Hun har et socialt netværk i form af skolekammerater og håndboldvenner, hvor hun kan søge social støtte, og mestrer sin livssituation konstruktivt ved at tale om sine oplevelser med psykologen. Som nævnt ovenfor er det dog langt fra tilfældet for alle børnene på krisecenteret: De beskyttende faktorer, så som positive sociale relationer og en tryk voksen, er ofte kompromitterede når den belastende hændelse udgøres af vold i hjemmet (Mullender et al., 2003), og når barnet bliver overvældet, er det dybt afhængigt af sin omsorgsgiver til at regulere sin indre tilstand. Hvis omsorgsgiveren ikke er tilgængelig eller ikke formår at beskytte eller hjælpe barnet, overvældes det af angst, og hensættes til at udvikle sine egne strategier for at beskytte sig selv, sin indre organisering. Nogle af disse strategier hos børnene på Krisecenter Odense er følelsesmæssig frakobling, modstand og ansvarstildragelse. Disse mestringsstrategier belyses nærmere i det følgende.

5.3.1 Følelsesmæssig frakobling og Modstand

Følelsesmæssig frakobling og modstand er to beslægtede strategier til at overleve følelsesmæssigt i et voldeligt hjem. 10,2 % af børnene benytter sig af følelsesmæssig frakobling. Lasse er et af dem:

Lasse er 5 år og har boet på krisecenteret gennem en længere periode. Han er vred og angst, og vil ikke snakke hos psykologen, men leger mange voldsomme lege i samtalerummet, f.eks. med biler, der går i stykker og bliver repareret igen. Hans mimik passer ikke til hans følelser. Lasse har en problematisk tilknytning til sin mor, og de lever et liv, der er præget af ustabilitet og usikkerhed. Lasses mor er meget usikker på fremtiden og på, hvordan hun skal håndtere Lasse. Hun er optaget af sine egne behov og problemer, og har svært ved at rumme Lasse.

For at overleve følelsesmæssigt i et hjem med kontinuerlig vold, har Lasse lukket sin bevidsthed af for sine følelser. Dette kommer til udtryk ved, at hans mimik ikke passer til hans følelser, når han leger hos psykologen: Legen med bilerne, som går i stykker, indeholder følelser som ked-af-dethed, frygt og vrede, men når disse er i spil, afspejles det hverken i Lasses mimik eller kropstonus.

For at forstå følelsesmæssig frakobling, må man huske, at omsorgssvigt og truslen om at miste en omsorgsgiver er et af de største traumer, et barn kan opleve. Lasses mor er optaget af sine egne behov og problemer, og kan ikke rumme eller håndtere Lasse. Et barn som ikke bliver rummet og trøstet af dets omsorgsgiver, når det er oprevet og overvældet, lærer at angst, vrede og ked-af-dethed er farlige og u håndterbare følelser, som skal undgås for at beskytte sig selv og for at bevare

nærhed til sin omsorgsgiver (og dermed for at overleve). Lasses problematiske tilknytning til sin mor indikerer, at Lasse også tidligere i sin barndom har erfaringer med inkonsistent og utilstrækkelig omsorg, hvilket gør det nødvendigt for ham i større eller mindre grad at udvikle strategier til selvberoligelse. Disse erfaringer deler Lasse formodentlig med hovedparten af børnene på Krisecenter Odense, som har en problemfyldt tilknytning til deres mor.

Følelsesmæssig frakobling er en form for dissociation: En psykofysiologisk proces, som tillader at hændelser eller information ikke integreres på vanlig vis, ved at ændre en persons tanker, følelser og adfærd (Killén, 2012; Putnam 1985; 1993). Dissociation kan forstås som et sammenbrud af sanseintegration, dvs. jeg'ets organiserende funktioner, som følge af følelsesmæssig overvældelse. Det er en kraftig forsvarsmekanisme, som tillader, at børn helt kan undgå at huske traumatiske oplevelser. På denne måde er det muligt for barnet at være relativt fri for symptomer og dermed at undgå at dukke op på forældres eller professionelles radarer på grund af tydelig mistrivsel. Det betyder også, at barnet kan genopleve oplevelsen i flash-backs ved mareridt, eller hvis barnet møder noget, som ubevidst minder det om traumet, og at barnet kan være vredt eller bange uden selv at forstå hvorfor, og uden at omgivelserne forstår hvorfor.

Dissociation er mere udbredt hos børn end hos voksne, og flere klinikere har dokumenteret dissociative symptomer hos børn, som er ofre for omsorgssvigt (Killén, 2012; Putnam, 1985,1993). Dissociation kan være et akut forsvar mod overvældende oplevelser, hvor barnet adskiller sin bevidsthed fra sine sansemæssige oplevelser (en ”ud-af-kroppen”-oplevelse) og undlader at danne erindringer om oplevelsen, men kan også udvikle sig til en dissociativ tilstand som følge af ekstrem eller længerevarende belastning. Et barn som befinder sig i en dissociativ tilstand vil forsøge at undgå påmindelser om traumet og reagere med følelseslammelse eller blokering eller ved at gå i trancelignende tilstand hvis undgåelsen mislykkes (Killén, 2012). En trancelignende tilstand er karakteriseret ved tom stirren og tab af kontakt med omgivelserne. Andre symptomer på dissociation er f.eks. forstyrrelser i selvopfattelsen, svingninger i stemning, adfærd og hukommelse, hørelses og synshallucinationer og imaginære ledsagere (Killén, 2012). Dissociative symptomer hænger sammen med traumatiske oplevelser, og udgør som tidligere nævnt også ofte en del af symptomatologien ved posttraumatiske efterreaktioner.

Som tidligere nævnt benytter en del af børnene sig ligesom Lasse af følelsesmæssig frakobling. Følelsesmæssig frakobling og andre dissociative reaktioner er ubevidste forsvarsmekanismer til at

sikre barnets følelsesmæssige/psykologiske overlevelse ved at forandre barnets perception af virkeligheden (Cramer, 1998). Ved følelsesmæssig frakobling registrerer barnet ikke sine følelser i bevidstheden. Mestringsstrategien ”modstand” beskriver mestringsstrategier, så som undgåelse, benægtelse, fortrængning, idyllisering og negligering, der tjener det samme formål som dissociation: at opretholde følelsesmæssig ligevægt ved at afskære bestemt information fra at trænge ind i bevidstheden. 4-årige Mark er et af de børn som benytter sig af en af disse modstandsstrategier:

Mark er 4 år og har boet hjemme hos sine forældre, imens hans biologiske far har slået hans mor. Han er imødekommende over for psykologen, men forsøger at undgå snak om det skete ved slet ikke at svare, når psykologen taler om hans far, eller ved at bruge leg til at undgå at snakke om følelser. Mark savner sin far. Han ved ikke hvad der skal ske i fremtiden, og mor har svært ved at bryde med far, så han kommer stadig meget i huset.

Modsat Lasses ubevidste følelsesmæssige frakobling, som helt forhindrede Lasse i at komme i kontakt med sine følelser, er Marks modstandsstrategi undgåelse i form af en aktiv afvisning af at indgå i samtaler om sin far og sine følelser for at undgå at vække overvældende følelser. Marks livssituation er præget af usikkerhed og ambivalens: Han ved ikke hvordan fremtiden ser ud, og om den indeholder hans far eller ej. Han ved, at hans far har slået hans mor, og at det er derfor Mark og hans mor er på krisecenter, men han savner også sin far. Marks ambivalens over for sin far repræsenterer et følelsesmæssigt dilemma, som mange børn fra voldsudsatte hjem befinder sig i: Barnet er følelsesmæssigt knyttet til sin far og savner ham, og samtidig er barnet bange for eller vred på faderen over volden. Ved at gøre modstand mod påmindelser om den svære følelsesmæssige situation som barnet befinder sig i, undgår det at vække det indre ubehag forbundet med en skræmmende og uløselig situation for barnet.

5.3.2 Ansvarstildragelse/parentifikation

Børn, som ikke kan regne med sine forældres omsorg, lærer at finde tryghed ved at udøve kontrol over omgivelserne. Denne form for adfærd kan se ud på mange forskellige måder (f.eks. afstraffende eller omsorgsgivende som tidligere nævnt), og det kan endda ligne, at barnet er veltilpasset, modent og ansvarsfuldt i en tidlig alder. Det kan lede én til at tro, at barnet kommer fra gode opvækstvilkår, selvom der i virkeligheden er tale om det modsatte. Disse børn er, hvad Ulrik Holmstrup kalder ”De voksne børn” i sin dokumentar af samme navn – børn, som må blive voksne

for hurtigt og selv bære ansvaret for omsorgen for sig selv og sin familie (Veirup & Holmstrup, 1991). Disse børn er også repræsenteret på Krisecenter Odense, hvor næsten en tredjedel (28,4 %) af børnene er ”voksne børn”. 16-årige Simone er et af børnene, som har lært sig denne mestringsstrategi til at overleve i et voldeligt hjem:

Simone kommer på krisecenter med sin mor og lillebror, som begge er blevet slået af moderens kæreste. Hun er imødekommende, men har svært ved det faglige i skolen og ved at koncentrere sig. Hun fortæller psykologen, at hun føler at hun skal trøste og ”være den store” over for både mor og lillebror. Simone er bange for at miste sin mor, og bliver utryg på grund af sin usikkerhed på, hvad hendes mor vil. Hendes mor er meget psykisk dårlig, usikker på sig selv, og er i et misbrug da familien kommer til krisecenteret.

Simones mor kan ikke leve op til sit forældreansvar for at beskytte sine børn, og Simone har lært, at den imødekommenhed og behovstilfredsstillelse hun kan vente fra sin mor er uden kontinuitet, hvis overhovedet. Den slags opvækst lærer Simone (og andre børn i samme situation), at den eneste sikre hjælp, de kan få, kommer fra dem selv. Dermed udvikles deres evne til selvhjælp og omsorg af nødvendighed, og denne evne ledsages ofte af anspændthed, hyperårvågenhed og mareridt (Thormann, 2009), og en til tider næsten tvangsmæssig sikkerhedsadfærd (f.eks. at tjekke at alle døre er låst, at far sover, at holde sig vågen og være til stede, så forældrene ikke slås).

Simones mor er både psykisk dårlig og misbruger, og har af den grund stærkt brug for hjælp i det daglige. Børn bliver ofte til voksne børn, idet de gennem deres dybe afhængighed af deres forældre påtager sig ansvaret for at hjælpe dem (ibid.). Denne ansvarstildragelse har den yderligere pris at barnet lærer, at dets vigtigste funktion er at passe på sin mor eller på sin familie (Killén, 2012). Hos Simone giver dette sig til udtryk ved en udpræget bekymringstendens i forhold til sin mor: Hun er bange for at miste hende, og spekulerer på, hvad hendes mor vil, og føler, at hun skal trøste sin mor.

Gennem ansvarstildragelse formår mange børn at holde forbløffende godt sammen på en familie, der ellers er ved at falde fra hinanden. Børnene ved måske godt, at det ansvar de løfter i virkeligheden er den voksnes, men loyaliteten over for deres forældre eller angsten for, hvad der kan ske hvis deres hemmelighed slipper ud, er så stærk, at de anstrenger sig til det yderste for at fremstå ubekymrede, med store konsekvenser for deres sociale og faglige udvikling: Børnene er overfladetilpassede, leger ”være glad”-legen (ibid.) og kan som Simone være imødekommende over for nye mennesker, men de deltager ikke med samme spontanitet i leg og samvær, og kan hurtigt

indfinde sig i en politibetjent- eller omsorgsgiver-rolle over for deres jævnaldrene i stedet for at være ligebyrdige deltagere i samværet (Thormann, 2009). De er ofte alvorlige, og føler sig hurtigt alene og anderledes, men vil ofte internalisere ensomheden og kan af denne grund være ekstra svære at få øje på. De voksne børn, som mestrer deres livssituation gennem ansvarstildragelse, har ofte en disorganiseret tilknytningsstil (Killén, 2012).

5.4 Opsamling

Forudsigelighed skaber tryghed, og tryghed er afgørende for at udvikle nye færdigheder og gøre nye opdagelser om verden (Harlow & Zimmermann, 1959). Forudsigelighed og tryghed er dermed katalysatorer for en sund udvikling hos barnet. Under normale omstændigheder er barnets forældre kilde til denne tryghed, men når forældrene i stedet er kilden til barnets angst og bekymringer i et voldeligt hjem, forstyrres barnets udvikling. Forstyrrelser i barnets udvikling kan give sig til udtryk på et væld af forskellige måder afhængigt af barnets personlighed og udviklingsniveau, og afhængigt af ressourcerne og risikofaktorerne i barnets omgivelser.

Denne analyse har beskæftiget sig med de umiddelbare konsekvenser af at være vidne til vold i hjemmet. Indholdet af analysen er i det store og hele i overensstemmelse med de vanskeligheder, som tidligere er dokumenteret i litteraturen (se afsnittet ”umiddelbare konsekvenser”), og er som sådan i sig selv ikke overraskende. Hvad der derimod maner til eftertanke og handling, er omfanget af børnenes vanskeligheder: 73 % af børnene har en forstyrret tilknytning, 55 % af børnene følte sig usikre på sig selv eller deres livssituation, og 17,2 % af børnene er så påvirkede af deres situation at deres udvikling allerede er forstyrret. Dertil kommer, at en betydelig del af børnene udviser emotionelle problemer eller er følelsesmæssigt forvirrede. Andre har sociale problemer og er ængstelige, eller er aggressive/vrede. En tredjedel af børnene trives socialt dårligt i deres institution, imens en femtedel er fagligt bagefter, og hos en del af børnene har psykologen noteret et eller flere skoleskift forud for barnets ophold på krisecenteret. Børnene viser altså symptomer på mistrivsel i alle livets arenaer, og moderen er ofte ude af stand til at hjælpe barnet på grund af sin egen svært belastede situation.

Når et barn er vidne til vold mellem sine forældre, indebærer volden en trussel om at miste en eller begge sine omsorgsgivere, hvilket er den mest alvorlige type af psykologisk vold, et barn kan udsættes for (Bowlby, 1980). Børn er dybt afhængige af deres omsorgsgivere til at sikre deres udvikling og overlevelse, og moderens evne til at gøre dette kompromitteres ofte, når hun er offer

for vold. Vold i hjemmet kombinerer dermed et uundgåeligt traume med en kortere- eller længerevarende periode, hvor barnet frarøves sensitiv omsorg fra sin mor og far, hvilket er afgørende for barnets evne til at klare sig igennem traumet (Killén, 2012; McIntosh, 2003; Zeanah et al., 1999). Risikoen for langvarige følger øges i en sådan konstellation.

Traumer fra omsorgspersoner kan bevirke vanskeligheder med at opbygge en personlighed med en åben og fleksibel tilgang til verden. Barnet beskytter sig selv ved at forvente det værste og handle derefter, hvilket hensætter det i en tilstand af konstant forøget vagtsomhed. Disse forventninger og denne form for selvbeskyttelse kan både kan komme til udtryk gennem eksternaliserende adfærd ("kamp") eller internaliserende adfærd ("flugt").

Vold i familien har større konsekvenser for barnets udvikling og er sværere at komme sig over end vold uden for familiens rammer (Margolin & Gordis, 2000). Familiemæssige relationer, der er så grænseoverskridende, at sædvanlige normer for mellemmenneskelig adfærd ikke længere eksisterer, er det farligste miljø overhovedet for et barn at vokse op i (Bovbjerg & Kahler, 2007): Det lader i værste fald barnet ude af stand til at mærke sig selv og udvikle sine egne grænser, og lader det ude af stand til at forstå og respektere andre. Dermed er kimen lagt for at barnet kan blive en del af voldsspiralen, hvor ofre for vold senere kan udvikle sig til at være voldsudøvere (Widom, 1992; Widom & Maxfield, 2001).

Ud over at cementere, at danske børn, som er vidne til vold i hjemmet, udviser massive symptomer på mistroivsel både i skolesammenhæng, sociale sammenhænge og i familien, kaster denne undersøgelse også lys over et andet vigtigt aspekt af tilværelsen som barn i en voldelig familie; nemlig børnenes mestringsstrategier.

Undersøgelsen stedfæster, at børn aktivt forsøger at overleve hverdagen i en voldelig familie med indtil flere forskellige mestringsstrategier, og børnenes mestringsstrategier er centrale i forståelsen af, hvordan umiddelbare- og langtidskonsekvenser udvikles som følge af vold i hjemmet: Når et barns følelser er så overvældende, at det er nødsaget til at afskære sine følelser fra sin bevidsthed (følelsesmæssig frakobling), hæmmer denne overlevelseshæmning samtidig barnets evne til at indgå i positive relationer til voksne og jævnaldrene. Dette kan føre til sociale problemer, fordi barnet ikke evner at skabe en følelsesmæssig forbindelse til andre, eller reagerer uforståeligt med vrede eller tilbagetrækning. Det afholder måske også barnet fra at opnå den beskyttelse, som en anden positiv relation til en voksen eller en ven uden for familien kan bidrage med.

Når børnene gør modstand imod at tale om volden og deres tanker og følelser i forbindelse med den eller deres forældre, beholder barnet alle dets svære følelser indeni, og styrker sin undgåelsesadfærd over for minder om de traumatiske hændelser. Det kan være en udmærket strategi til at undgå følelsesmæssigt ubehag, vrede, angst og ked-af-det-hed her og nu, men på den lange bane vedligeholder denne strategi barnets angst og øvrige følelsesmæssige problemer, hvilket øger risikoen for at udvikle en angsttilstand eller depression senere i livet. En stabil og tryk voksen er afgørende for, at barnet kan bearbejde sine følelser og mestre de traumer, som følger med en voldelig opvækst.

Forvirringen over sin egen livssituation sætter nogle børn ude af stand til at organisere effektive mestringsstrategier, hvilket ligeledes kan være medvirkende til børnenes faglige underpræstation: Det er uladsiggørligt at lave sine lektier, hvis der ikke er nogen faste rutiner for, hvornår man har fred til at sætte sig på værelset eller kan få hjælp af sine forældre, eller nogen rutiner for, hvornår man får noget at spise. Hvis barnet samtidig skal bekymre sig om, hvorvidt far slår mor, hvis det forlader rummet eller lægger sig til at sove, bliver lektier og legeaftaler uoverkommelige og meningsløse i sammenligning.

5.4.1 Metoderefleksion og begrænsninger

Indholdsanalysen er ikke en 1:1 repræsentation af virkeligheden, men et billede af virkeligheden, som den behandlende psykolog har opfattet det. Konklusionerne omkring børnenes tilstande skal læses med forbehold for, at psykologen ikke har foretaget en systematisk vurdering af børnene ud fra kategorierne i indholdsanalysen. Kategorierne er tværtimod udledt på baggrund af psykologens kliniske indtryk af de børn, som over en fireårig periode har besøgt Krisecenter Odense. Det kliniske indtryk er dannet under de begrænsninger, som dagligdagen på et krisecenter indebærer for psykologens arbejde: En på forhånd ukendt og varierende opholdsperiode for mor og barn, et varierende fremmøde til samtalerne med mange afbud og udeblivelser, en varierende samarbejdsvillighed og adgang til information fra moderen, og dermed et varierende kendskab til børnene. Derudover indebærer fire års arbejde med denne gruppe børn og sideløbende efteruddannelse en faglig udvikling, som har uundgåelig (og ønskværdig) indflydelse på psykologens fokus i løbet af perioden.

Det primære formål med indholdsanalysen er en karakteristik af børnenes strategier og vanskeligheder, og det sekundære formål er en udforskning af problemernes omfang. Til sammen

medvirker ovennævnte faktorer til, at indholdsanalysen udgør et ufuldstændigt billede af *omfanget* af børnenes vanskeligheder, hvorfor de procentvise angivelser af børnenes strategier og symptomer skal læses med dette in mente. Eksempelvis er konfliktfyldte relationer til faderen kun beskrevet hos et fåtal af børnene, imens et konfliktfyldt forhold mellem barnet og voldsudøveren/faderen tidligere er fundet udbredt i et langt større omfang end i denne undersøgelse. Det skyldes formentlig at moderen og barnet er psykologens eneste informationskilder, og at data er et biprodukt af psykologens terapisesessioner med børnene, hvorfor der ikke foreligger nogen systematisk screening af hverken børnene, mødrenes eller voldsudøvernes karakteristika.

En gennemført, systematisk og grundig undersøgelse af børn, der er udsat for vold i hjemmet, vil være en meget vigtig prioritering i fremtiden. Hvis vi endnu mere præcist kan beskrive børnenes psykologiske skade, får vi en viden, som kan bruges til planlægning af en effektiv behandlingsindsats, som ud over den psykologiske behandling af barnet nødvendigvis må omfatte både en psykologisk og en social indsats over for moderen (og voldsudøveren om muligt). Efter dataindsamlingen til denne rapport er Krisecenter Odense begyndt at have samtaler med kvinderne (4-8 samtaler). Psykologen beskriver, at dette giver langt større mulighed for at indgå i samarbejde om børnenes problematikker, og det opleves som en stor fremgang.

Krisecenter Odense har et godt behandlingstilbud til de voldsudsatte børn. Når man kender omfanget af børnenes problemer, kan man dog blive bekymret for, om denne indsats er tilstrækkelig. Når mor og barn efter 3 måneder forlader krisecenteret, er der ingen sikkerhed for nogen opfølgning. Her foreligger muligheden for et svigt fra samfundets side.

6. EFTERVÆRN

Der eksisterer flere undersøgelser og kortlægninger af erfaringer med efterværn i forbindelse med udslusning af kvinder og børn fra krisecentre landet over.

Erfaringer har vist, at efterværnet er en uvurderlig hjælp for både kvinder og børn: Efterværnet understøtter kvindernes nye livsførelse og mål, og har stor følelsesmæssig betydning. Kvinderne vægter at blive mødt med forståelse og anerkendelse og muligheden for specifikke handlingsanvisninger fra en personlig, professionel støtte, og beskriver, at dette er instrumentelt for at genopbygge trygge rammer for deres børn og for at bearbejde volden. Ligeledes er efterværnet en støtte til at finde styrken til at leve et selvstændigt liv gennem praktisk hjælp til bolig og kontakt med kommunen (Kronborg, 2005; Christensen, Lindstrøm & Mølholt, 2010)

De ovenfor citerede rapporter peger ligeledes på, at perioden efter fraflytning fra krisecenteret er en sårbar periode for særligt børnenes udvikling, og at der er behov for (og ønske om) massiv hjælp og støtte i op til et år efter fraflytning fra krisecenteret (Kronborg, 2005).

Kvinderne anser psykologsamtaler for at være en helt nødvendig hjælp, ligesom Ankestyrelsens evaluering (2013) af psykologhjælp til børn på krisecentre understreger, at der er et stort behov for hjælp til mødre, så børnene kan få mere hjælp fra dem, idet moderens tilstand, ud over at være svært belastende for hende, også kan komme i vejen for bedring hos barnet (Ankestyrelsen, 2013). Ligeledes vurderer Rambøll (2013) at der i tillæg til behovet for hjælp i kontakten til myndighederne eksisterer et behov for psykologhjælp eller lignende professionel støtte til, at kvinden kan håndtere de psykologiske følgevirkninger af volden hos sig selv og sine børn.

Christensen et al. (2010) kortlagde efterværnstilbuddene hos de 25 krisecentre, som havde et etableret efterværn. Efterværnsudbuddet varierer i takt med krisecenterets størrelse (jo større center, desto flere tilbud), og efterværnsindholdet varierer i takt med kvindens ønsker og behov. Både krisecentrene og kvinderne ønsker skræddersyede efterværn, fordi voldsramte kvinder har forskellige behov afhængig af deres aktuelle situation, f.eks. om de har børn eller ej.

Der rapporteres, at kvinderne i praksis inviteres til at tage kontakt under og efter opholdet, og dermed er kvindens ønsker, behov og kontaktinitiativer afgørende for, at efterværnet fungerer. Ansvar for at vide, at der er behov for hjælp, og dermed for efterværnets funktion, ligger dermed hos kvinden. Rambølls kortlægning af erfaringer med efterværn og behov for nye støttemuligheder

(2013) viste, at der ofte er tale om kortvarig støtte i krisecenterregi, imens der mangler opfølgende, reorienterende (i forbindelse med eksempelvis netværk) og behandlende indsatser.

Christensen et al. (2010) rapporterede, at krisecentrene involverer børn forskelligt i deres efterværn. 76 % (19 krisecentre, fremover "KC") samarbejder med barnets professionelle netværk, 68 % (17 KC) holder fællessamtaler med kvinden og hendes børn, imens 64 % (16 KC) inkluderer enesamtaler med børnene i efterværnet. I efterværnsarbejdet med børnene har krisecentrene primært fokus på den psykologiske støtte, støtte til at indgå i netværk og praktisk støtte (eks. ansøgning om kommunale tiltag), men der foreligger ingen faste aftaler eller procedurer vedr. efterværn til børn. Flere af krisecentrene noterer i spørgeskemaundersøgelsen, at børnene har brug for en stabil voksenkontakt, og et krisecenter fortæller, at de iværksætter efterværn til børn efter behov, men intet systematisk, da børneefterværn ikke er direkte formaliseret.

Når familien flytter fra krisecenter er det dermed meget forskelligt, hvilke tiltag der iværksættes. Efter fraflytning er fædrene ofte stadig en del af familiens liv (19 % flytter tilbage til voldsudøveren (Barlach & Stenager, 2010), 75 % har stadig samvær med børnene, og 70 % af voldsudøverne er biologisk far til barnet), og mødre kan være udfordrede i forhold til at beskytte sig selv og børnene, som ofte forsøger at beskytte både sig selv og deres mødre, hvis det er nødvendigt (Kronborg, 2005).

I 2007 afsatte regeringen satspuljemidler til at hjælpe kvinder og børn i voldsramte familier. Denne hjælp indebærer opsporing og behandling såvel som udslusning og efterværn når mor og barn forlader et af landets krisecentre. Der findes flere opfølgninger på udbyttet af disse satspuljemidler (eks. Rambøll, 2011a; Rambøll 2011b; Servicestyrelsen, 2011a; Servicestyrelsen, 2011b). Formålet med projektet var blandt andet at øge trivslen hos de kvinder og børn, som deltager i projektet, og reducere antallet af kvinder og børn, som lever i et voldeligt familieliv. Evalueringen viste, at børn (66 % af 73 børn) og kvinder (85 % af 41 kvinder) udviser en positiv

udvikling i deres trivsel. Færre børn påtager sig voksenansvar⁹, eller giver udtryk for, at volden er deres egen skyld¹⁰, men ca. en fjerdedel af børnene udviser stadig et forhøjet antal symptomer, imens 12 % af børnene ligger i grænseområdet. Det rapporteres, at mødrenes varetagelse af forælderrollen gennemgår en jævn, positiv udvikling i løbet af projektdeltagelsen: Flere kvinder (81 % af 117) evnede konsekvent grænsesætning¹¹ og 12 % flere (i alt 65 % af 117 mødre¹²) blev i høj eller meget høj grad i stand til at varetage den daglige omsorg for deres barn.

Rambøll vurderer, at målsætningerne om at øge trivsel hos de deltagende kvinder og børn samt at reducere antallet af kvinder og børn, som lever med vold i hjemmet, er opnået, men at der fortsat er behov for fokus på kvindernes tilknytning til uddannelse og beskæftigelse og på børnenes tilknytning til dagtilbud og skole for at nå målsætningen om en helhedsorienteret og løsningsorienteret indsats (Rambøll, 2011a). Ifølge projektmedarbejderne skal målet om at få flere af kvinderne i job og beskæftigelse snarere ses som et langsigtet mål, end som et mål, der kan realiseres i efterværnsperioden på 6 måneder.

I evalueringen af satspuljeindsatsen (Rambøll, 2011a) er der en række metodologiske forhold, som bør tildeles opmærksomhed i forbindelse med læsningen af konklusionerne:

Der indsamledes data 3 gange i løbet af deltagelsesperioden i projektet: Ved opstart, under deltagelsesperioden (kvartalsvis) og ved den sidste kontakt mellem projektmedarbejderne og deltagerne. Forholdet mellem måletidspunkterne er uklare i den udstrækning, at der ikke foreligger udspecificering af, hvorvidt sidste dataindsamling er foregået ved afslutning af efterværnsperioden (på op til 6 mdr.) eller ved fraflytning fra krisecenteret, eller på et tidspunkt herimellem, ligesom

⁹ Fald fra 19 % til 12 % af 84 børn, som medarbejderne vurderer i høj grad påtager sig et for stort voksenansvar. Ser man på svarmulighederne ”i høj grad” og ”i nogen grad” slået sammen, er tallene uændrede (58 % før, 56 % efter).

¹⁰ Stigning fra 50 % til 75 % ud af 84 børn, som medarbejderne vurderer i mindre grad eller slet ikke giver udtryk for at volden er deres skyld. I før-målingen svarede 44 % ”ved ikke” til dette spørgsmål.

¹¹ Målt ved spørgsmålet: ”I hvilken grad sætter moderen konsekvente, men ikke rigide, grænser for barnet?”

¹² Det varierende antal kvinder i undersøgelsen skyldes, at kun 41 kvinder udfyldte trivselsundersøgelsen både før og efter interventionen.

der på s. 12 beskrives et varierende antal kvartalsregistreringer, der antyder, at kvinderne og børnene har været i behandling i en varierende periode. I Rambøll (2011b) angives, at der følges op hver 13. uge efter kvinden og evt. børnene har forladt projektet. Opfølgningstidspunktet og opholds- og behandlingsvarigheden kan have betydning for vurderingen af udviklingen i deltagernes trivsel. Desuden fremgår det af rapporten, at målingerne under deltagelsesperioden anvendes til at justere indsatsen efter behov, ligesom indsatsen er forskellig fra krisecenter til krisecenter (der udvikledes 5 forskellige behandlingsmodeller i løbet af projektperioden, Rambøll, 2011a) hvilket reducerer resultaternes generaliserbarhed til de deltagende kommuner. Skræddersyede forløb foretrækkes dog af både kvinder og medarbejdere på krisecentrene (Christensen et al., 2010).

Dataindsamlingen er foregået via et evaluering- og monitoreringssystem udarbejdet specifikt til formålet i samarbejde med krisecentre og kommuner (Rambøll, 2011a). Dette system er suppleret med skemaerne Psychological General Well-Being Index (kvinderne, PGWBI), Kuno Beller (børn, 0-3 år) og Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, børn 4-17 år), som bruges til at undersøge deltagernes trivsel (Rambøll 2011a; 2011b).

Det fremgår af rapporten (Rambøll, 2011a), at projektkoordinatorerne på krisecentrene er ansvarlige for den løbende registrering af data, men at det afklares lokalt, hvem der i praksis skal stå for registreringen. PGWBI er et selvrapporteringsredskab, imens SDQ er et spørgeskema, som kan udfyldes af moderen eller en professionel med godt kendskab til barnet, og slutteligt af barnet selv, så snart det er fyldt 11 år.¹³ Deltagerantallet varierer fra 21 til 117 børn.

Det fremgår i Rambøll (2011a), at kvinderne udfylder et indflytningsskema, imens det fremgår et andet sted i rapporten, at medarbejderne besvarer spørgsmål om børnenes helbred, adfærd, symptomer, tilknytning, skolegang og sociale relationer. I evalueringen af kvindernes udbytte af indsatsen formuleres, at kvindernes helbred, selvværd, sociale liv etc. ”vurderes” at have undergået en positiv/negativ udvikling, hvilket kan indikere, at resultaterne er et udtryk for medarbejdernes

¹³ Kuno Beller er udfyldt så få gange, at afrapporteringen af disse resultater bortfalder.

vurdering frem for kvindens egen¹⁴. Dette (og eventuelle overvejelser i forbindelse med respondenter) fremgår dog ikke eksplicit i rapporten. Det er ligeledes uklart om mødrene eller medarbejderne besvarer SDQ-spørgeskemaet, og/eller om respondenter varierer fra krisecenter til krisecenter.

Krisecentrenes medarbejdergruppe består af personale med forskellig faglig baggrund (Christensen et al., 2010). Besvarelsen af undersøgelsens spørgsmål forudsætter relevant faglig viden og/eller en vis indsigt i barnets og moderens reaktions- og adfærdsmønstre¹⁵. Nærværende undersøgelse viser desuden, at et betragteligt antal af mødrene på Krisecenter Odense er optagede af deres egne problemer, nogen i en sådan grad at de ikke har et retvisende billede af børnenes tilstand eller ikke evner at se og tage vare på børnenes behov. Ligeledes må medarbejdernes grad af kendskab til børnene og deres faglige baggrund antages at variere og dermed at have betydning for besvarelsene. Der kan på denne baggrund være en skjult skævvridning forbundet med rapportens vurdering af børnenes trivsel.

Christensen et al. (2010) rapporterer som ovenfor nævnt, at medarbejdersammensætningen på de danske krisecentre er meget varierende, hvorfor nogle af ovennævnte metodeudfordringer er ”medfødte” vanskeligheder ved den valgte dataindsamlingsmetode. Imidlertid må konstateres, at grundlaget for evalueringen af mødrenes og børnenes trivsel i bedste fald er uigennemskueligt, og i værste fald utilstrækkeligt til at understøtte evalueringens konklusioner.

¹⁴ Ligeledes baseres evalueringen af kvindernes udvikling på spørgsmål af ordlyden: ”I hvilken grad har kvinden tillid til medarbejdere på kommunen eller andre steder i det offentlige system?”, og ”I hvilken grad vurderer du, at kvinden formår at skabe en struktureret hverdag for sig selv og barnet/børnene?”.

¹⁵ Eks. ”Er moderen i stand til at forstå barnets behov?”, ”Har moderen tilstrækkelig viden om barnets udvikling og behov generelt set?”, ”I hvilken grad vurderer du, at barnet har en tryk tilknytning til moderen/den primære omsorgsperson?”, ”Påtager barnet sig efter din vurdering et for stort voksenansvar i familien, set i forhold til sin alder (4-17 år)?”, ”I hvilken grad er barnet i stand til at give udtryk for sine følelser på en alderssvarende måde (4-17 år)?”, ”Vokser barnet op i en traditionel dansk familie?”.

Desuagtet de beskrevne metodologiske forhold, konkluderer Rambøll (2011a), at der ofte er tale om familier med sammensatte problemer og uforudsigelige problemmønstre, hvorfor behandlerne heller ikke forventer en fuld bedring hos barnet i løbet af behandlingsperioden, men erkender, at dette kræver en længerevarende behandlingsindsats, der som tidligere nævnt anbefales suppleret med hjælp og støtte til moderen (Ankestyrelsen, 2013; Christensen et al., 2010; Kronborg, 2005). Det er desuden uvist hvor længe en eventuel forbedring i børnenes og mødrenes trivsel varer efter udflytning fra krisecenteret.

En del af projektmålet med satspuljemidlerne var, at kommunerne skulle udarbejde §50 undersøgelse og en handleplan for de fremtidige indsatser for børnene ved afslutningen af opholdet. Slutrapporten (Rambøll, 2011a) viste, at 72 % af børnene ikke har en handleplan, imens ca. 9 % havde en handleplan ved udflytning. 55 % af børnene har ikke en §50 undersøgelse ved udflytning, imens 12 % havde en §50 undersøgelse ved udflytning og for 17 % af børnene var undersøgelsen under udarbejdelse.

For 82 % af børnene på krisecenteret er der ikke etableret støtte fra Socialforvaltningen når de ankommer på krisecenteret, hvilket betyder at en betragtelig del af børnene for første gang bliver synlige gennem deres besøg på krisecenteret.

7. KONKLUSION

Vi har i denne rapport beskæftiget os med de umiddelbare konsekvenser af at være vidne til vold i hjemmet blandt en af de sværest belastede grupper af børn: Børn, som flytter med deres mor på krisecenter. Disse børn er i stor risiko for at udvikle de langvarige konsekvenser, der er beskrevet tidligere i rapporten, og allerede på krisecenteret udviser børnene mange symptomer på traumatisering og mistrivsel i relation til deres mor, til deres skoleliv og til deres kammerater. Når mødre kommer på krisecenteret med deres børn, er de ligeledes i massiv psykologisk mistrivsel og ofte ude af stand til at drage omsorg for deres børn.

Ud af estimeret 33.000 børn, der hvert år er vidne til vold i hjemmet i Danmark, bliver kun 2.000 børn hvert år synlige på krisecentre landet over. Halvdelen af disse børn er under 6 år, hvilket er den mest sårbare aldersgruppe, og en tilsvarende andel af børnene har et ophold på krisecenteret som varer under en uge. Det ser ud til, at der kun i få tilfælde følges op på børnene efter deres ophold, på trods af, at det for størstedelen af børnene er første gang, de er synlige for systemet. Under en tiendedel af børnene har en handleplan når de flytter fra krisecenteret, og for kun ca. en tredjedel af børnene er en §50 undersøgelse færdiggjort eller under udarbejdning.

Alle børn, som kommer på krisecenter med deres mor, har ret til at modtage psykologhjælp under opholdet eller i umiddelbar forlængelse heraf, men børn, som har et ophold kortere end en uge, modtager sjældent den hjælp, de har krav på. Stabilitet er en nøgelfaktor for tryghed og bedring af børnenes tilstand, og derfor er kombinationen af det korte ophold på krisecenteret og den manglende psykologhjælp særlig kritisk.

Nærværende undersøgelse har etableret, at børn kæmper for at overleve og finde den bedste måde at tilpasse sig en voldelig opvækst. De benytter sig af varierende mestringsstrategier på et tidspunkt i deres liv, hvor de ofte ikke selv har kontrol over deres livssituation. Deres succes afhænger derfor af hjælp fra omgivelserne, men hvis deres omgivelser er ude af stand til at yde denne hjælp, og hvis børnene ikke i stedet tilbydes professionel hjælp til at mestre og bearbejde volden, er de i stor risiko for at påbegynde en udviklingsbane, som ender i langvarige konsekvenser som psykopatologi, somatiske lidelser og/eller sociale og akademiske problemer.

At kalde psykologisk, fysiologisk, akademisk og social mistrivsel for ”konsekvenser og følger” af at være vidne til vold i hjemmet er en lidt forsimplet måde at omtale en kompliceret forbindelse

mellem de voldelige episoder og det udviklingsmæssige forløb, som underspiller barnets eget aktive forsøg på at mestre sin livssituation. Barnets udvikling og tilpasning afhænger i høj grad af barnets mestringsstrategier og muligheder for hjælp og støtte fra sit nærmiljø. Nærværende undersøgelse viste, at næsten alle børnenes mestringsstrategier er maladaptive for deres udvikling.

Det er både meningsfuldt og bydende nødvendigt at støtte disse børn i en mestring af volden, som leder dem til en hensigtsmæssig tilpasning og som hjælper dem til at fortsætte normaludviklingen, hvis børnene skal undgå den forøgede risiko for mistriivsel nu og senere i livet.

De relativt få psykologsamtaler (4-10) på krisecentrene er nødvendige for at støtte barn og mor, og for at etablere en behandlingsmæssig kontakt. Hvis børnene skal støttes i at afhjælpe deres problemer, er det nødvendigt at de sociale myndigheder føler sig forpligtede til at understøtte familien, og at der etableres et længerevarende behandlingsforløb for både mor og barn.

Set i lyset af undersøgelsens resultater, er det bekymrende, at Regeringens nationale handlingsplan for indsatsen mod vold i familien og nære relationer (2014) ikke omtaler nogen eksplicite målsætninger vedr. indsatsen over for voldsudsatte børn og unge, da indsatsen for og opfølgningen på børn i voldelige familier efter ophold på krisecenter i sin nuværende form er utilstrækkelig på trods af gældende retningslinjer.

Nærværende undersøgelses største svaghed er, at den hviler på data, som ikke er en systematisk beskrivelse af børnene på Krisecenter Odense, og dermed kan den ikke kaste lys over det præcise omfang af børnenes mistriivsel. Det er afgørende for fremtidige indsatser på området, at der foretages systematiske beskrivelser af børnenes og mødrenes tilstand, når de kommer på krisecenter, samt at der forestås systematiske målinger af behandlingens og efterværnets effekt på kvindernes og børnenes trivsel, også efter indsatserne er ophørt og kvinderne og børnene er flyttet fra krisecenteret.

Et dansk projekt under Mødrehjælpen, Ud af voldens skygge I og II (Beck & Elklit, 2012; Eriksen, Hansen & Elklit, 2014) har vist en behandlingsmodel som kan fungere, og som har medvirket til signifikante forbedringer i de voldsramte kvinders symptomer og tilstand. Desværre er børnenes eget udbytte af forløbene ikke blevet undersøgt. Her ligger en væsentlig kommende forskningsopgave.

8. REFERENCER

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Ankestyrelsen (2013). *Evaluering af psykologhjælp til børn på krisecentre*. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI).
- Armour, C., Elklit, A., & Christoffersen, M. N. (2014a). A latent class analysis of childhood maltreatment: Identifying abuse typologies. *Journal of Loss and Trauma*, 19(1), 23-39.
- Armour, C., Shorter, G. W., Elhai, J. D., Elklit, A., & Christoffersen, M. N. (2014b). Polydrug use typologies and childhood maltreatment in a nationally representative survey of Danish young adults. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(1), 170-178.
- Barlach, L. & Stenager, K. (2010): *LOKK Årsstatistik 2009. Kvinder og børn på krisecentre*. København: Servicestyrelsen.
- Barlach, L. & Stenager, K. (2012). *LOKK Årsstatistik 2011. Kvinder og børn på krisecentre. Temaanalyse: Kvindernes og Børnenes sundhed og trivsel*. Odense: Socialstyrelsen.
- Barlach, L. & Stenager, K. (2013). *LOKK Årsstatistik 2012. Kvinder og børn på krisecentre. Tema: Psykologsamtaler til kvinder og børn*. Odense: Socialstyrelsen.
- Barlach, L. & Stenager, K. (2014). *LOKK Årsstatistik 2013. Kvinder og børn på krisecentre*. Odense: Socialstyrelsen.
- Bauer, P. J. (1997). Development of memory in early childhood. In N. Cowan (Ed.), *The development of memory in childhood*. Hove, East Sussex: Psychology Press.
- Bedi, G. & Goddard, C. (2007): Intimate Partner Violence: What are the Impacts on Children? *Australian Psychologist*, 42(1), 66-77.
- Beck, N. & Elklit, A. (2012). *Projekt Ud af voldens skygge. Evaluering af rådgivning og behandlingseffekt*. Odense: Syddansk Universitet.
- Beck, N., Palic, S., Rønholt, S., Andersen, T. E., Karsberg, S., & Elklit, A. (2014) Childhood Trauma, PTSD, and Physical Health at the Age of 24: Testing Health Risk Behaviors and Psychological Distress as Mediators. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(4), 400-413.

- Bogat, G. A., Levendosky, A.A., von Eye, A. & Davidson II, W.S. (2011) Effect of Intimate Partner Violence on the Attachment Relationship Between Mother and Child: Data From a Longitudinal Study Beginning During Pregnancy. In S.A. Graham-Bermann & A.A. Levendosky (Eds.), *How Intimate Partner Violence Affects Children. Developmental Research, Case Studies and Evidence-Based Interventions*. (pp. 19-47) Washington: American Psychiatric Association.
- Bovbjerg & Kahler (2007). *Det traumatiserede barn*. København: Frydenlund.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss I: Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss III: Loss: sadness and depression*. London: Hogarth Press.
- Bramsen, R. H., Lasgaard, M., Koss, M. P., Shevlin, M., Elklit, A., & Banner, J. (2013). Testing a multiple mediator model of the effect of childhood sexual abuse on adolescent sexual victimization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 47-54.
- Brennenstuhl, S., & Fuller-Thomson, E. (2015). The painful legacy of childhood violence: migraine headaches among adult survivors of adverse childhood experiences. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 55(7), 973-983.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization*. St Louis, MI: Elsevier Saunders.
- Carpenter, G. L., & Stacks, A. M. (2009). Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 31(8), 831-839.
- Chinn, P.L. & Kramer, M.K. (1999). *Theory and Nursing: A Systematic Approach*. St Louis, MI: Mosby-Year Book.
- Christensen, E. (1998). *Opvækst eller overlevelse? Psykisk forsvar mod vold og strategier for overlevelse hos 4-6 årige børn i familier med hustrumishandling*. København: SIKON.
- Christoffersen, M.N. (2010). *Børnemishandling i hjemmet*. Delrapport 1. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI), 10:30
- Christoffersen, M. N., Armour, C., Lasgaard, M., Andersen, T. E., & Elklit, A. (2013). The prevalence of four types of childhood maltreatment in Denmark. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 149-156.
- Christoffersen, M., & DePanfilis, D. (2009). Prevention of child abuse and neglect and improvements in child development. *Child Abuse Review*, 18, 24-40.

- Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference? *Journal of Personality*, 66(6), 919-946.
- Dadds, M. R., Atkinson, E., Turner, C., Blum's, G. J., & Lendich, B. (1999). Family conflict and child adjustment: Evidence for a cognitive-contextual model of intergenerational transmission. *Journal of Family Psychology*, 13, 194-208.
- Diseth, T. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(2), 79-91.
- Downe-Wamboldt B. (1992). Content analysis: method, applications and issues. *Health Care for Women International* 13, 313–321.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 174-181.
- Elklit, A., & Gudmundsdóttir, D. B. (2006). *Posttraumatisk stressforstyrrelse hos børn og unge*. Virum: Forlaget Skolepsykologi.
- Elo, S., Kyngäs, H., 2008. The Qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115.
- Eriksen, S. B., Hansen, N. B. & Elklit, A. (2014). *Ud af voldens skygge II. Evaluering af rådgivning- og behandlingseffekt*. Odense: Syddansk Universitet.
- Goddard, C. & Bedi, G. (2010): Intimate Partner Violence and Child Abuse: A Child-Centered Perspective. *Child Abuse Review*, 19 (1), 5-20
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.
- Gondolf, E. W. (1999). A Comparison of Four Batterer Intervention Systems Do Court Referral, Program Length, and Services Matter? *Journal of Interpersonal Violence*, 14(1), 41-61.

- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today* 24, 105-112.
- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: a cognitive-contextual framework. *Psychological bulletin*, 108(2), 267-290.
- Hamby, S., & Grych, J. (2013). *The Web of Violence. Exploring Connections among Different Forms of Interpersonal Violence*. Dordrecht, Netherlands: SpringerBriefs in Sociology.
- Harlow, H. F., & Zimmermann, R. R. (1959). Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 21, 421-432.
- Helweg-Larsen, K. (2012). *Vold i nære relationer. Omfanget, karakteren og udviklingen samt indsatsen mod partnervold blandt kvinder og mænd – 2010*. København: Statens Institut for Folkesundhed i samarbejde med Ministeriet for Ligestilling og Kirke.
- Helweg-Larsen, K., Schütt, N.M., & Larsen, H.B. (2009). *Unge trivsel År 2008: En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlig ungdom*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797-810.
- Howell, K. H. (2011). Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6), 562-569.
- Howell, K. H. & Graham-Bermann, S. A. (2011). The Multiple Impacts of Intimate Partner Violence on Preschool Children. In S.A. Graham-Bermann & A. A. Levendosky (Eds.), *How Intimate Partner Violence Affects Children. Developmental Research, Case Studies and Evidence-Based Interventions*. (pp. 87-109). Washington: American Psychiatric Association. doi:10-1037/12322-000.
- Hsieh, H.F. & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 15 (9), 1277-1288.
- Hughes, H. M., Parkinson, D., & Vargo, M. (1989). Witnessing spouse abuse and experiencing physical abuse: A "double whammy"? *Journal of Family Violence*, 4(2), 197-209.

- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S., & Zak, L. (1986). Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(1), 142-146.
- Jouriles, E. N., Spiller, L. C., Stephens, N., McDonald, R., & Swank, P. (2000). Variability in adjustment of children of battered women: The role of child appraisals of interparent conflict. *Cognitive Therapy and Research*, 24(2), 233-249.
- Kerig, P. K. (1998). Moderators and mediators of the effects of interparental conflict on children's adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3), 199-212.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352.
- Killén, K. (2012). *Omsorgssvigt*. 4. udg. København: Hans Reitzels Forlag.
- Korzen, S., Fisker, L. & Oldrup, H (2010). *Vold mod unge i Danmark – En spørgeskema undersøgelse blandt 8.-klassens elever*. Delrapport 2. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd: 10:32.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis. An Introduction to Its Methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Kronborg, P. (2005). *Man kan ikke blive stærk så hurtigt – erfaringer fra efterværn for børn og deres mødre på krisecenter*. Esbjerg: Boligfondens Krisecenter.
- Laing, L. (2000). *Children, young people and domestic violence*. Sydney: Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse, University of New South Wales.
- Leeb, R.T. Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Aria. I. (2008). *Childs Maltreatment Surveillance. Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements. Version 1.0*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Levine, P. & Kline, M. (2007) *Traumer set fra barnets øjne*. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Lyons-Ruth, K. & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical interventions. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 318-335
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H.U., & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediator of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61(1), 85-98.

- Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, *51*(1), 445-479.
- McIntosh, J. (2003). Children living with domestic violence: Research foundations for early intervention. *Journal of Family Studies*, *9*(2), 219-234.
- Mead, G.H. (1934). *Sindet, selvet og samfundet*. København: Akademisk Forlag.
- Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, *28*(3), 407-429.
- Mertin, P., & Mohr, P. B. (2002). Incidence and correlates of posttrauma symptoms in children from backgrounds of domestic violence. *Violence and Victims*, *17*(5), 555-567.
- Miller, L. E., Howell, K. H., & Graham-Bermann, S. A. (2014). Developmental changes in threat and self-blame for preschoolers exposed to intimate partner violence (IPV). *Journal of Interpersonal Violence*, *29*(9), 1535-1553. doi: 0886260513511533.
- Millar, G. M., & Stermac, L. (2000). Substance abuse and childhood maltreatment: Conceptualizing the recovery process. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *19*(2), 175-182.
- Moran, P. B., Vuchinich, S., & Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*, *28*(5), 565-574.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrappporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. NOVA Rapport 20/2007*. Oslo: Norsk institut for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Murphy, S., Shevlin, M., Armour, C., Elklit, A. & Christoffersen, M. N. (2014). Childhood adversity and PTSD experiences: Testing a multiple mediator model. *Traumatology*, *20*(3), 225-231.
- Mullender, A., Hague, G., Imam, U. F., Kelly, L., Malos, E., & Regan, L. (2003). *Children's perspectives on domestic violence*. London: SAGE Publications.
- Perez, C. M., & Widom, C. S. (1994). Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse & Neglect*, *18*(8), 617-633.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (1983). Learned Helplessness and Victimization. *Journal of Social Issues*, *39*(2), 103-116.
- Putnam, F.W. (1985). Dissociation as a response to extreme trauma. I: R. P. Kluft (ed.). *Childhood antecedents of multiple personality*, s. 65-97. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

- Putnam, F.W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse and Neglect*, 17, 39-45.
- Rambøll (2011a). *Støtte og behandling til kvinder og børn i voldsramte familier. Slutrapport*. Århus: Rambøll Management.
- Rambøll (2011b). *Danner – En bedre social arv. Slutrapport*. Århus: Rambøll Management.
- Rambøll (2013). *Kortlægning af erfaringer med efterværn og behov for nye støttemuligheder*. Århus: Rambøll Management.
- Regeringen (2014). *Indsats mod vold i familien og i nære relationer. National handlingsplan*. København: Ministeriet for Børn, Ligestilling Integration og Sociale Forhold.
- Richmond, M. K., & Stocker, C. M. (2007). Changes in children's appraisals of marital discord from childhood through adolescence. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 416-425.
- Sandelowski M. (1995) Qualitative analysis: What it is and how to begin? *Research in Nursing & Health* 18, 371–375.
- Servicestyrelsen (2011a). *Børn i familier med vold – behandlingsmodeller*. København: Servicestyrelsen.
- Servicestyrelsen (2011b). *Børn i familier med vold – teorierne bag behandlingsmodellerne*. København: Servicestyrelsen.
- Shevlin, M. & Elklit, A. (2007). A latent class analysis of adolescent adverse life events based on a Danish national youth probability sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(3), 218-224.
- Shin, S. H., Hong, H. G., & Hazen, A. L. (2010). Childhood sexual abuse and adolescent substance use: A latent class analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 109(1), 226-235.
- Springer, K. W. (2009). Childhood physical abuse and midlife physical health: Testing a multi-pathway life course model. *Social Science & Medicine*, 69(1), 138-146.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 55(1), 17-29.
- Thormann, I. (2009). *De voksne børn*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Troensegaard, A.M. (2014). Hvordan ses påvirkningen af konflikterne på barnet, når det kommer på krisecenter? *Matrix* 31(2), 80-104.
- Van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological trauma*. Arlington, VA: American Psychiatric Pub.
- Veirup, K. (Producer), & Holmstrup, U. (Tilrettelægger) (1991). *De voksne børn* [videomateriale]. DR video fakta. Søborg: Danmarks Radio, DR-Video.

- Walker, L. E. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper & Row.
- Weber, R. P. (1990). *Basic content analysis*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 171-187.
- Widom, C. S. (1992). *The Cycle of Violence (Research in Brief)*. Washington, DC: *National Institute of Justice*.
- Widom, C. S., Marmorstein, N. R., & White, H. R. (2006). Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 394-403.
- Widom, C. S., & Maxfield, M. G. (2001). An Update on the "Cycle of Violence." (Research in Brief). Washington, DC: *National Institute of Justice*.
- Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D., & Scott Heller, S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 77-86.

ISBN 13-cifret ISBN	Forældet: 10-cifret ISBN	EAN - stregkode
978-87-93192-55-3	87-93192-55-X	EAN 9788793192553