



Alinemodellen

Sped- og småbarn som har levd med vold og omsorgssvikt, trenger både utredning og utviklingsstøttende omsorg.

A legge til rette for en trygg barndom er en av de viktigste investeringene en nasjon kan gjøre, ifølge nobelprisvinner i økonomi James J. Heckman (2000). Å forebygge, stoppe og behandle effektene av omsorgssvikt og vold sparer barn for lidelse og sikrer at de kan vokse opp til sunne og friske individer. Alinemodellen vektlegger utredning og hjelp i tidlig levealder, slik at barnet får en utviklingsmessig «stødig» plattform å bygge det videre livet på.

Modellen er en relasjonsbasert tilnærming til små barn som har opplevd vold og omsorgssvikt, og av den grunn har behov for ekstra sensitiv og utviklingsstøttende omsorg. Vi ønsker i denne artikkelen å formidle hvordan sped- og småbarn som utsettes for belastninger i familien, i kombinasjon med manglende reguleringsstøtte, viser hvordan de har det – og hvordan det vi kaller *behandlingsomsorg*, kan være til hjelp.

DE MINSTE ER MEST UTSATT

Omsorgssvikt og mishandling er både mer omfattende og mer alvorlig i tidlig barndom enn senere (Wu et al., 2004). Dersom barnet har særskilte behov, øker sjansen for skade-

lig omsorgsutøvelse ytterligere. Utvidede omsorgsbehov kan henge sammen med genetisk sårbarhet, dårlige fosterlivsbetingelser, prematuritet eller mangelfull utviklingsstøtte etter fødsel. Det kan være barn som er rus- eller stressekspontert i fosterlivet, og som dermed strever mer med regulering enn andre nyfødte. Foreldrene til disse barna har i mange tilfeller egne utfordringer som gjør dem sårbare som omsorgspersoner. Det kan lett oppstå negative samspillssirkler som øker sannsynligheten for både vold og annen omsorgssvikt (Sjøvold & Furuholmen, 2015). Vi må forstå og støtte foreldre som har det vanskelig, samtidig som vi har barnets behov i fokus.

TEKST

Kristin G. Furuholmen og Mette Sund Sjøvold, psykologspesialister ved Aline poliklinikk

ILLUSTRASJON

Marie Payan



Behandlingsomsorg

- Gis gjennom den daglige omsorgen.
- Tar utgangspunkt i barnets faktiske utviklingsalder på ulike utviklingsområder.
- Innebærer gjennomtenkt og tilpasset reguleringsstøtte.
- Hjelper barnet til å holde seg innenfor sitt toleransevindu og forsiktig utvide vinduet i en takt som barnet tåler.

Et lite barn er totalt avhengig av en utviklingsstøttende relasjon for å få beskyttelse, stimulering og reguleringshjelp. Mangel på dette vil føre til skjevutvikling og kan gi symptomer forenelig med utviklingstraume, slik van der Kolk et al. (2009) og Nordanger, Albæk & Johansen (2011) beskriver det. For et lite barn kan *både* sterke sansemessige opplevelser og mangel på reguleringshjelp og følelsesmessig inntoning være skremmende (Sjøvold & Furuholmen, 2015). Barnet opplever det svært utrygt å bli holdt og håndtert på en brysk eller lite støttende måte, høre sinte stemmer, skrik, ukontrollert gråt eller knusing av gjenstander. Det er også skremmende for et lite barn at foreldre faller ut av kontakt, og at barnet blir møtt med taushet, eller et tomt og trist ansikt (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011). Alinemodellen bygger på kunnskap om hva som er skadelig, og hva som støtter barns tidlige utvikling, og legger til rette for at omsorgspersonene bedre kan ivareta barnet.

«For liten til å få det med seg»

For å kunne utrede og gi behandlingsomsorg til de minste barna som trenger det, må de identifiseres. Små barn som lever under traumatiserende livsbetingelser, er ikke lette å oppdage. De kan ikke selv målbare hvordan de har det, og det kan være fristende å tenke at de i liten grad er berørt av det som skjer i familien. Det er enklere å se og ta innover seg at eldre barn preges av omsorgssvikt.

La oss ta et eksempel:

Barnevernsvakten kommer hjem til familien Berg sammen med politiet. Et søskenpar på åtte og ti år står forskremte i et hjørne av stua der glass er knust og bord veltet. Far, som har gått berserk i hjemmet, blir arrestert. Lillesøster Malin på tre måneder ligger i mors armer, tilsynelatende sovende. Mor hikster, gråter og klemmer henne inn til seg. De to eldste barna akutt plasseres i beredskapshjem, mens vesle Malin blir værende hos mor, med begrunnelse i at hun sover og ikke har fått med seg det som har skjedd.

Ikke sjelden akutt plasseres større barn i slike situasjoner, mens de minste forblir under foreldrenes omsorg. Dette til tross for at det er de yngste barna som er tettest på foreldrene og



Selv etter at både voldsutøvelse og mangelomsorg er dokumentert, er det lett å bagatellisere barnas vansker, eller legge det på en feil ved barnet

mest prisgitt deres tilstand og handlinger. De er også dårligere rustet enn eldre barn til å forstå og derigjennom bearbeide og integrere det som skjer (Sjøvold & Furuholmen, 2015; Øverlien, 2012).

I den kliniske vignetten over tar de som kommer det *for gitt* at barnet sover godt. Det er imidlertid mest sannsynlig at spedbarnet er overveldet av sterke sansemessige inntrykk og ikke har annet sted å flykte enn inn i seg selv. Malin lukker øynene og prøver å stenge de sterke inntrykkene ute. Å kjempe eller komme seg bort er ikke mulig for de minste barna.

Sped- og småbarn som lever med traumatiserende familiebetingelser, kan vise at de strever på måter vi gjenkjenner, for eksempel ved gråt, uro eller sosial tilbaketrekning, men kan like gjerne framstå upåfallende, ved å være våkne, stille, tilsynelatende fornøyde og lite krevende. Enkelte feiltolkes til å ha utviklingsavvik som ikke settes i sammenheng med omsorgssituasjonen. De minste har også mer globale måter å vise fram vansker på. De kan gråte når de er sultne, trøtte eller redde. Dette gjør det vanskelig for oss som skal utrede og hjelpe. I tillegg er vi engstelige for å ta feil og gjøre foreldre urett. Medfølelse med en voldsutsatt mor kan også virke inn: «Vi kan da ikke ta alle barna fra henne.» Den modning som skjer hos alle barn, innbefattet de som er utsatt for omsorgssvikt, kan også bidra til en optimisme det ikke alltid er dekning for: «Hun har jo utviklet seg siden sist, hun kommer med noen lyder og har begynt å strekke seg etter leker.» For å skille sped- og småbarn som er omsorgssviktet fra andre, samt finne ut hva disse små har behov for, kan bistand fra

fagpersoner med spesialkompetanse på tidlig omsorgssvikt være nyttig og noen ganger helt nødvendig.

ALINEMODELLEN

Alinemodellen kjennetegnes ved at tverrfaglig utredning og behandlingsomsorg går hånd i hånd. Sped- og småbarn utredes av et team bestående av barnevernspedagog og psykolog. De som er sammen med barnet på døgnbasis, er også med i teamet, enten det er beredskapsforeldre eller miljøpersonell. Helsesøster og lege bistår tett, slik at det er et sømløst forhold mellom helse- og barnevernfaglig hjelp. Systematiske undersøkelser av barn og samspill gjøres jevnlig. Det gir kunnskap om barnets utviklingsnivå, fungering og sosiale kapasitet her og nå, og er med i justering av den behandlingsomsorgen som gis.

Utredning

Kunnskap om normalutvikling og tidlig skjevutvikling er nødvendig for å avdekke omfang av skjevutvikling og for å vite hvilket utviklingsnivå behandlingsomsorgen skal ta utgangspunkt i. Det gjennomføres direkte utredning av barnet og relasjonen, ikke bare observasjon. Det innebærer bruk av standardiserte metoder som kan si noe om hvordan barnet fungerer, sammenlignet med det som er vanlig for alderen. Vi studerer det lille barnets reflekser, autonome responser, muskulatur, kontaktkapasitet, forventninger, følelsesuttrykk og utforsking av omverdenen. Utredning av de minste innebærer også undersøkelser av relasjonen til omsorgspersonene. Det er i denne relasjonen utvikling skjer. Mengdetrening med målgruppen er viktig. Vi lærer gjennom å erfare gang på gang hvordan de minste barna gir uttrykk for stress, og hvordan de håndterer traumatiserende hendelser, samt hvordan samspillet påvirkes av dette.

Behandlingsomsorg

Behandlingsomsorg handler om systematisk og gjennomtenkt daglig omsorg med sikte på å behandle effektene av negative livserfaringer i det tidlige livet (Sjøvold & Furuholmen, 2015). Det baserer seg på utviklingspsykologisk og nevrobiologisk kunnskap i kombinasjon med klinisk erfaring og er i tråd med tankegangen i «traumebevisst omsorg» (Bath, 2008; Jørgensen & Stenkopf, 2013) samt Perry og Ham-

bricks «nevrosekvensielle modell» (2008). Når overlevelsereaksjoner er aktivert, er ikke barnet mulig å nå emosjonelt eller rasjonelt. Det må først roes og reguleres. I tidlig levealder er regulering *alltid* et utviklingsmessig tema, men når det lille barnet har opplevd sviktende omsorg, er det behov for ekstra tilpasset reguleringsstøtte. Dette er ofte utfordrende. Vi veileder omsorgspersonene i å få et bevisst forhold til «de tre R-ene»: å hjelpe barnet med å *regulere seg*, å *relatere seg* til barnet og samtidig *reflektere* over barnets behov og indre liv (RVTS, 2015). Bevissthet rundt denne tankegangen innarbeides i den daglige omsorgen for de behandlingstrengende sped- og småbarna.

Små barn trenger å bli møtt med omsorg som er *intuitiv* og samtidig *gjennomtenkt*. Omsorgspraksisen tilpasses barnets reelle utviklingsnivå og behov for trygghet. Samtidig vektlegges den genuine relasjonen mellom omsorgsgiver og barn. Omsorgspersonene støttes i sin mentalisering av barnet. Det handler om å tolke og forstå barnets ytre adferd og signaler som uttrykk for indre tilstander og behov, og handle i tråd med dette (Söderström, 2011). Ofte må barnet skjermes for sanseinntrykk i en periode for å roe ned stress-responssystemet. Noen ganger må en ty til det vi kaller *kontraintuitiv omsorg*, det vil si at vi gjør noe annet enn det som umiddelbart kjennes naturlig. For eksempel må vi i noen tilfeller avstå fra blikkontakt og berøring for å kunne få næring i et barn som har opplevd tvangsmating. Dette for å unngå vegring eller dissosiasjon. Omsorgen må så ledes på rett vei i takt med hva barnet tåler. Dette krever tett veiledning og støtte til de daglige omsorgsgiverne (Sjøvold & Furuholmen, 2015).

Hensikten med behandlingsomsorgen er å hjelpe barnet til å holde seg innenfor *toleransevinduet* sitt, det vil si området for optimal aktivering (Nordanger & Braarud, 2014), og gi hjelp til forsiktig å utvide dette vinduet i en takt som er tålbar. Det er via gjennomtenkt reguleringsstøtte og reparerende omsorgshandlinger over tid at barnets utvikling ledes på rett vei.

Vi vil i det følgende presentere to anonyme, kliniske eksempler på utviklingstraume i tidlig levealder, for å få fram hvordan barn kan framstå når vi møter dem, og hvordan vi kan tilrettelegge behandlingsomsorgen. Eksemplene representerer typiske barneskjebner. »

Aline

- Omfatter tilbudet til de minste barna i Aline¹ og Frydenberg barnevernsenter, underlagt Barne- og familieetaten i Oslo kommune.
- Virksomheten består av en familieavdeling for barn 0-2 år og deres foreldre, et beredskapshjemtilbud for barn opp til 4 år, en poliklinikk med psykologer som jobber i tverrfaglige team med familier og alenebarn, samt en helsestasjon.
- Senteret har utviklet en tverrfaglig modell for utredning og behandlingsomsorg rettet mot sped- og småbarn som har opplevd vold og omsorgssvikt.

.....

1. Med Aline menes det som tidligere het Aline spedbarnsenter.

Julie, fire måneder, utsatt for vold

Julie akutt plasseres i beredskapshjem på grunn av mistanke om at hun er utsatt for vold. En snartentkt helsearbeider har sendt barnet til undersøkelse fordi hun har funnet blåmerker. Hun har akkurat lest en artikkel om at blåmerker på spedbarn med stor sannsynlighet skyldes vold (Pierce, Kaczor, Aldridge, O'Flynn, & Lorenz, 2010). Sykehusundersøkelsen avslører ingen risteskader i hodet, men omfattende skader på kroppen som sannsynligvis er påført over tid. Ved ankomst i beredskapshjemmet framstår Julie upåfallende. Hun ligger rolig, har tilsynelatende god hodekontroll, og hun ser nøye på de som bøyer seg over henne. De første døgnene oppfattes hun som sosial og veltilpasset. Det eneste som ikke helt «stemmer», er at hun ikke gråter, ei heller når hun løftes eller bæres, noe som ut fra skadeomfanget burde være smertefullt. Ulik alder på skadene tilsier også at hun har hatt smerter over tid i sine fire første levemåneder.

Behandlingsomsorgen tilrettelegges med utgangspunkt i at jenta *har* vondt, men at dette sannsynligvis er ugyldiggjort gjennom manglende reguleringsstøtte. Hun behandles ekstra nennsomt og forsiktig, og alle posisjonsskift, bleie- og klesbytter foretas langsomt og forberedt. Etter noen dager med ekstra varsomhet trer et annet bilde av Julie fram. Mikroanalyse av film viser at jenta er stiv i kroppen. Hun følger menneskene rundt seg vaksomt og ser også på hendene deres. Hun uttrykker stadig mer forskrekkelse ved stell og bading. Hun må «holde seg fast» i beredskapsmors blikk for å kunne ligge på stellebordet, og hun skriker til dersom beredskapsmor ser vekk eller er litt for rask. Etter hvert som Julie får stadig flere erfaringer med at signalene hennes blir møtt og tatt hensyn til, gir hun stadig tydeligere uttrykk for ubehag. Hun skvetter til ved lyder. Etter hvert som hun blir kjent med «lydbildet» i beredskapshjemmet, ser en at det er særlig de *menneskeskapte* lydene, som host, nys, eller at noen roper, hun reagerer på. Hun reagerer ikke på vaskemaskinen, eller bilen som starter. Det kan se ut som kroppen hennes har erfart at noen lyder er mer alarmerende enn andre.

Behandlingsomsorgen tar utgangspunkt i at Julie har måttet undertrykke gråt for å få være i fred, *eller* at hun har sluttet å signalisere som følge av at ingen har hjulpet henne, *eller* at det å gråte har økt den fysiske smerten. Kanskje er det en kombinasjon av alt dette. Uavhengig av årsak har hun ikke vist fram smerte og ubehag. Et mål i behandlingsomsorgen er at Julie skal utvikle kapasitet til å *kjenne etter, gi uttrykk for* og *få forventninger om* at behovene hennes blir møtt. Hun skal få erfaring med nennsom håndtering og gode og vennlige ansikter. At hun etter hvert viser utrygghet og gråter, oppfattes som en positiv utvikling. Julie begynner å få en gryende forståelse av seg selv i møte med sensitive voksne, flere måneder forsinket. Hun ser etter hvert på beredskapsforeldrene med lysende øyne, smiler, gurgler og utforsker leker.

Ali, ett år, utsatt for vanskjøtsel

Ali plasseres i beredskapshjem fordi mor er alvorlig psykisk syk. Han blir hentet ut fra en leilighet preget av kaos. Når barnevernsvakten ankommer, sitter mor og stirrer tomt rett fram, mens sønnen rigger frenetisk opp og ned i en vippestol. Gutten er mager, blek og puster anstrengt mens han stirrer framfor seg.

Den første tiden i beredskapshjemmet er Ali helt taus. Han er stiv i kroppen, glassaktig i blikket, og han er preget av dehydrering. Han fortsetter å rugge på seg med selvstimulerende bevegelser og relaterer seg ikke til noen. I starten mistenkes gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, men det viser

seg ikke å stemme. Gutten våkner langsomt til under god behandlingsomsorg. Undersøkelser de neste månedene, blant annet med BSID-III², ASQ:SE³ og systematisk videoanalyse av samspill, viser at guttens utvikling langsomt går i riktig retning, både når det gjelder kontakt og kommunikasjon.

Den manglende omsorgen som gutten har opplevd, er like skremmende og skadelig som vold og overgrep. Mor har vært mentalt «borte» mange ganger hver dag og har heller ikke alltid gitt nødvendig omsorg som mat og stell. Selv i gode perioder har det nok vært mange mentale mikroseparasjoner.

Beredskapsmores kapasitet til foreldre-mentaliserings settes på prøve. Hun må lete etter guttens få og svake signaler og besvare dem i tråd med hans behov. Hun holder ham fast og forsiktig, og berører og beveger ham langsomt og forberedt. Hun svarer på de svake lydene og etter hvert kan han i korte øyeblikk møte blikket hennes. Familien må i en lang periode unngå å treffe andre. Han tas ikke med i butikker eller i selskap. Nye mennesker må forholde seg avventende, ikke ta initiativ til kontakt eller røre ham. Dagen har en fast rytme, og Ali får lov til å ligge inntil beredskapsmor, som synger rolig og vugger ham. Bevegelsene hans går fra å være stakkato og selvstimulerende til å bli mykere. Blikket vender seg gradvis utover mot mennesker og omgivelser. Langsomt kan han begynne å kjenne på sult og tørst og tilkjenne behov gjennom sutring og gråt. Han begynner forsiktig å pludre og kan leke litt med beredskapsmor gjennom enkel turtaking med variasjoner.

Behandlingsomsorgen tar utgangspunkt i at guttens utvikling i begynnelsen av plasseringen er på nyfødtstadiet, og at han mangler erfaring med den tidlige kroppslige reguleringen. For å komme videre er det der hjelpen må begynne. Å behandle et barn som nyfødt når alder og størrelse tilsvarer ett år, er utfordrende og krever at omsorgspersonene får støtte og hjelp. Utredningsarbeidet og behandlingsomsorgen overlappes både til de som skal finne egnet fosterhjem, og de som skal veilede fosterforeldrene.

.....

2. BSID III er en utviklingsundersøkelse for barn under 3,5 år.
3. ASQ:SE er et kartleggings skjema for sosio-emosjonell fungering de første fem leveår.



Veiledning til omsorgsgivere bør være en rett barnet har, både i det tidlige livet og senere i utviklingsmessig vanskelige perioder

Lett å mistolke

Som det framkommer av historien til Julie og Ali, kan vold og omsorgssvikt i tidlig levealder lett mistolkes. Julie kan oppfattes som «upåfallende», og Ali som «funksjonshemmet». Selv etter at både voldsutøvelse og vanskjøtsel er dokumentert, er det ikke uvanlig at barnas vansker bagatelliseres. Kanskje er det for vondt for oss å ta inn hva små barn kan utsettes for. Det er lett å undervurdere den sviktende omsorgens effekt og omfanget og tidsperspektivet på den tilrettelagte omsorgen disse barna faktisk trenger.

RETT TIL VEILEDNING OG OPPFØLGING

Det er behov for systematisk oppfølging av barn som er omsorgssviktet og traumatisert i den preverbale utviklingsperioden. De husker lite eller ingenting, men kroppen reagerer. Omsorgspersonene må gang på gang hjelpe dem til å forstå at det farlige er over, det er hjernen som alarmeres, og kroppen som reagerer for sikkerhets skyld. Barnets reaksjoner og behov for stadig gjentatte positive omsorgserfaringer kan sette tålmodigheten på prøve. Å klare å se bakenfor den ytre atferden til det redde, lille barnet krever at noen ser den velmenende, men ofte så slitne omsorgspersonen (Jørgensen & Steinkopf, 2013).

Dersom barn skal fortsette å bo hos biologiske foreldre som har utøvd vold, må en sikre seg at volden har opphørt. Disse foreldrene vil trenge ekstra støtte og hjelp over tid. Både foreldre og barn trenger reguleringsstøtte, relasjons- og refleksjonshjelp. De som blir fosterforeldre til traumatiserte småbarn, trenger mye av den samme oppfølgingen. Det er i tillegg viktig at myndighetene skaper gode nok betingelser for oppveksten til fosterbarn. Det innbefatter å



skape gode og tydelige rammer rundt samvær der det er mulig, men også at barnet får *slippe* å møte foreldre som utløser fryktreaksjoner og hemmer utviklingen deres. Både biologiske foreldre og fosterforeldre har nytte av at veiledning kommer i gang så tidlig som mulig, da barnets forventninger til hva en relasjon har å tilby, dannes raskt og bidrar til gode eller dårlige samspillsmønstre (Dozier & Rutter, 2008).

Det overaktiverte stress-responssystemet til de traumatiserte sped- og småbarna må over tid «overrisles» med god reguleringshjelp og

utviklingsstøttende samspill. Alle barn trenger trygghet og god omsorg – disse barna trenger det i enda større grad. Behandlingsomsorg er nødvendig for at traumatiserte småbarn skal vokse opp og bli «gagns mennesker», med god helse og kapasitet til å bidra i samfunnet. Det er mye som kan gjøres på dette området for å utvide *barnets rett til utredning* når man mistenker vold og omsorgssvikt. I tillegg bør man lovfeste *barnets rett til veiledning / oppfølging og behandling*. Dette er ikke godt nok ivaretatt i gjeldende lovverk. ✘

REFERANSER

- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming children and youth* 17, 17–21.
- Bayley, N. (2006). Bayley Scales of Infant Development. Administration manual (3. utg.). PsychCorp, Harcourt Assessment.
- Bayley, N. (2009). Bayley scales of infant development. Norsk manualsupplement (3. utg.). Pearson.
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner: Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dozier, M., & Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. I J. Cassidy & P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* 2. (s. 698–717). New York, NY: Guilford Press.
- Heckman, J. (2000). Policies to foster human capital. *Research in Economics*, 54(1), 3–56. Doi:10.1006/reec.1999.0225.
- Jørgensen, T.W., & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg. *Forsterthjemskon-takt*, 1, 10–17.
- Nordanger, D.Ø., Albæk M., & Johansen, V.A. (2011). Developmental trauma disorder: en løsning på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, 1086–1090.
- Nordanger, D. & Braarud, H. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 531–536.
- RVTS (2015): Kurs, Traumesensitivt barnevern 02.09.15. Undervisning inspirert av Bruce Perry 2004, ikke nærmere angitt.
- Sjøvold M.S. & Furuholmen K.G., (2015). *De minste barnas stemme. Utredning og hjelp til sped- og småbarn i risiko*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Squires, J., Bricker, D.D., & Twombly, E. (2003). *The ASQ-SE user's guide: For the ages & stages questionnaires, social-emotional* (4. utg.). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Pub. Co
- Söderström, K. (2011). Tidlig intervensjon overfor små barn i psykososial risiko. I S. Strand (red.), *Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge*, s. 158 175. Oslo: Kommuneforlaget.
- Perry, B.D., & Hambrick, E.P. (2008). The Neurosequential Model of Therapeutics. *Reclaiming Children and Youth*, 17, 38–43.
- Pierce, M.C., Kaczor, K., Aldridge, S., O'Flynn, J., & Lorenz, D. J., (2010). Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics*, 125, 67–74. doi:10.1542/peds.2008–3632.
- Van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, ... Teicher, M. (2009) (upublisert manuskript). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Tilgjengelig fra: http://www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf (Zugriff: 20.5. 2011).
- Wu, S.S., Ma, C., Carter, R.L., Ariet, M., Feaver, E.A., Resnick, M.B., & Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment: A population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 28(12), 1253–1264. doi:10.1016/j.chiabu.2004.07.005.
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet: barns strategier*. Oslo: Universitetsforlaget.