



Psykologtidsskriftet

OVERSIKT

Mindfulnessbaserte intervensjoner for utøvere av partnervold – en oversikt

Ulrikke Galtung Døsvig Hoff¹, Regine Leidland² & Anita Lill Hansen³

¹Helse Bergen, Psykiatrisk klinikk

²Helse Bergen, LAR Øvregaten

³Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet

Publisert: 30.04.2025

UGDH og RL har bidratt like mye i arbeidet med denne artikkelen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

KONTAKT: ulrikkegdh@hotmail.com

Forskning har vist at tradisjonell behandling rettet mot utøvere av partnervold basert på Duluth-modellen og kognitiv atferdsterapi har begrenset langtidseffekt. De senere årene har behandling som i større grad adresserer variasjoner i utøverens individuelle karakteristikk, fått økt oppmerksomhet. Mindfulnessbaserte behandlinger er eksempler på slike tilnærminger. Tidligere oppsummert forskning av mindfulnessbaserte behandlinger har ikke vært systematisk og har ikke fokusert på langtidseffekt. Hensikten med litteraturgjennomgangen er derfor å undersøke langtidseffekten av mindfulnessbaserte behandlinger på utøvelse av partnervold sammenlignet med tradisjonell behandling. Et sekundært mål er å se på mindfulnessbaserte behandlingers effekt på andre relevante psykologiske variabler. Vi foretok et systematisk litteratursøk i databasene Web of Science, PsycINFO, Proquest og PubMed. Seks studier tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Vi fant støtte for at aksept- og forpliktelsesbaserte terapier (ACT, ACTV) hadde bedre langtidseffekt enn tradisjonell behandling når det gjelder reduksjon i utøvelse av partnervold. MBSR (mindfulness-based stress reduction) og MBB (mind-body bridging) ga også reduksjon i partnervold, men ikke i større grad enn tradisjonell behandling. Videre fant vi støtte for at mindfulnessbaserte behandlinger ga reduksjon i opplevelsesunngåelse og emosjonell dysregulering og førte til bedring i psykisk helse. Funnene må tolkes med forsiktighet grunnet svakheter ved primærstudiene.

Nøkkelord: mindfulnessbasert behandling, aksept- og forpliktelsesbasert terapi, partnervold, utøver, langtidseffekt, systematisk litteraturgjennomgang





Partner vold berører på globalt nivå millioner av mennesker hvert år (Sardinha, 2022; World Health Organization, 2021). Nasjonale tall viser at partner vold utgjør et alvorlig og økende problem, også i Norge (Dale et al., 2023; Thoresen & Hjemdal, 2014). For å redusere og forebygge partner vold er det nødvendig med kunnskap om hva som er effektiv behandling. Tradisjonell behandling for utøvere av partner vold baserer seg på Duluth-modellen og kognitiv atferdsterapi (KAT) (Babcock et al., 2004). Duluth-modellen ble utviklet på 1980-tallet som tvungen behandling for menn dømt for partner vold, siktet mot å redusere tilbakefall, også kalt *residivisme*. Modellen innebærer blant annet psykoedukasjon om antakelser om vold og patriarkalske holdninger for å fremme et likestilt syn på kjønnene (Pence & Paymar, 1993). I KAT tilskrives voldsutøvelse vansker med emosjonsregulering og kognitive forvrengninger, hvilket adresseres i behandlingen (Eckhardt et al., 2013). I Norge er to behandlingstilbud for utøvere av partner vold utbredt: Sinnemestring Brøsetmodellen (Haugan & Jarwson, 2005) og Alternativ til vold (ATV) (Askeland et al., 2012). Brøsetmodellen har KAT som teoretisk rammeverk, og mange ATV-behandlere benytter elementer fra KAT (Askeland et al., 2012; Haugan & Jarwson, 2005).

En metaanalyse av 22 studier fant liten effekt av Duluth-modellen og KAT, med 5 % lavere residivisme sammenlignet med kontrollgruppen som ikke fikk behandling (Babcock et al., 2004). Nyere studier støtter funnene (Cheng et al., 2019; Travers et al., 2021). Flere har argumentert for at den begrensede effekten av Duluth-modellen og KAT kan skyldes at de i for liten grad tilpasses individuelle karakteristikk og risikofaktorer (Butters et al., 2021; Travers et al., 2021). Eksempler på risikofaktorer for utøvelse av partner vold er emosjonell dysregulering, angst, PTSD (*post-traumatic stress disorder*), depresjon og rusavhengighet (Breet et al., 2019; Maloney et al., 2023; McMurrin, 2017; Yu et al., 2019). Risikofaktorene er også funnet i norske utvalg (Askeland et al., 2012; Askeland & Heir, 2014). Duluth-modellen adresserer ikke risikofaktorer og benytter en manual med samme intensitet og varighet uavhengig av individuelle behov (Maiuro & Eberle, 2008). KAT har kun en viss grad av tilpasning (Travers et al., 2021). Det er altså behov for tilnærminger som kan tilpasses utøverens individuelle utfordringer. I lys av dette har mindfulnessbaserte behandlinger fått økt oppmerksomhet (Travers et al., 2021).

Aksept- og forpliktelsesterapi (*Accept and commitment therapy*; ACT) er en mindfulnessbasert behandling som har vist effekt på risikofaktorer for partner vold som emosjonell dysregulering, angst og depresjon (Beygi et al., 2023; Norouzi et al., 2017). ACT kombinerer mindfulnesssteknikker med verdiorientert atferdsendring for å styrke psykologisk fleksibilitet

og redusere opplevelsesunngåelse (Hayes et al., 2012). Psykologisk fleksibilitet innebærer å forholde seg fleksibelt til tanker og følelser og handle i samsvar med verdier (Hayes et al., 1999). Opplevelsesunngåelse er en tendens til å unngå ubehagelige indre opplevelser gjennom uhensiktsmessige handlinger (Hayes et al., 1996). Et ACT-basert behandlingsprogram utviklet for utøvere dømt til behandling for partnervold er *Achieving Change Through Value-based behavior* (ACTV) (Zarling et al., 2019).

Andre eksempler er *Mindfulness-based stress reduction* (MBSR) og *Mind-Body Bridging* (MBB). MBSR fokuserer på å utvikle evnen til å legge merke til og å akseptere indre opplevelser (Kabat-Zinn, 1996). Forskning har vist at MBSR kan redusere symptomer på PTSD, angst og depresjon (de Vibe et al., 2017; Polusny et al., 2015). MBB kombinerer elementer fra KAT, dialektisk atferdsterapi og MBSR (Block & Block, 2007). Aggresjon tolkes som et resultat av indre overaktivering og aggressive handlinger kan dempe aktiveringen (Block & Block, 2007). Mindfulnesssteknikker kan bidra til å redusere aktiveringen, hvilket kan føre til bedre emosjonsregulering og da økt impuls kontroll (Tollefson et al., 2009).

Når det gjelder oppsummert forskning på effekten av mindfulnessbaserte behandlinger på utøvelse av partnervold, finnes det én litteraturgjennomgang (Mitchell & Wupperman, 2022). Den er ikke systematisk og fokuserer ikke på langtidseffekter. Langtidseffekt er viktig fordi korte oppfølgingsperioder ikke godt nok fanger opp tilbakefall (Richards et al., 2014). Litteraturgjennomgangen inkluderte også studier med varierende metodologisk kvalitet. Eksempelvis manglet to studier kontrollgruppe (Tollefson et al., 2009; Wupperman et al., 2012). Vårt mål har derfor vært å gjøre en systematisk litteraturgjennomgang med studier som sammenligner langtidseffekten av mindfulnessbaserte behandlinger med tradisjonell behandling på utøvelse av partnervold. Et sekundært mål er å se på mindfulnessbaserte behandlings effekt på relevante psykologiske variabler - enten faktorer som gir økt sannsynlighet for utøvelse av partnervold, eller antatte endringsmekanismer i behandlingen.

Metode

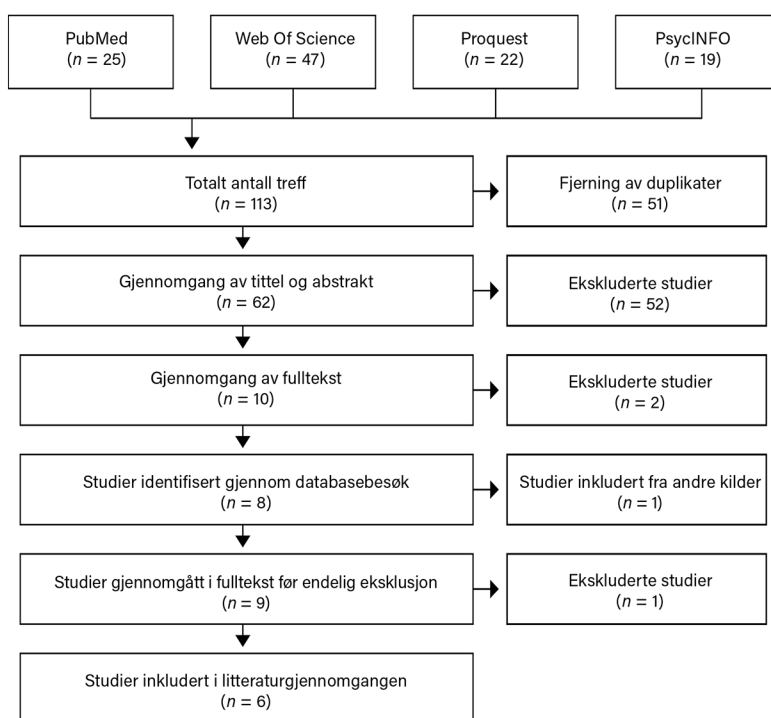
Vi gjorde systematiske søk i Web of Science, PsycINFO, Proquest og PubMed med søkeordene: (“intimate partner violen*” OR “domestic violen*” OR “partner aggression” OR “marital violen*”) AND (“acceptance and commitment therapy” OR “achieving change through value-

based behavior” OR “mindfulness based stress reduction” OR “dialectical behavior therapy” OR “mind-body bridging” OR “mindfulness-based”). Vi søkte etter og sjekket om sentrale forskere hadde publikasjoner på feltet som ikke hadde kommet med i søket, samt supplerende søk i Google Scholar. Inklusjonskriteriene for utvelgelse av studier var: 1) behandling av personer som har utøvd partnervold i form av fysisk, psykisk, seksuell vold, kontrollerende atferd og/eller personforfølgelse (*stalking*) 2) sammenligning av mindfulnessbaserte behandlinger med tradisjonell behandling (Duluth-modellen, KAT og/eller støtteterapi), 3) minst seks måneders oppfølgingstid, 4) definert utfallsmål benyttet før, under og etter behandling, 5) deltakere over 18 år, 6) fagfellevurderte studier, 7) RCT (*randomized controlled trials*) eller kvasirandomiserte studier og 8) publisert på dansk, norsk, svensk eller engelsk.



Figur 1

Flytdiagram over søkeprosessen



Siste litteratursøk ble utført 3. desember 2023 og ga 113 treff. Etter fjerning av duplikater gjensto 62 studier. Titler og sammendrag ble vurdert av UGDH og RL uavhengig av hverandre. Ti artikler ble gjennomgått i fulltekst. Åtte ble inkludert. To var oppfølgingsstudier (Nesset et al., 2021; Zarling et al., 2020) og ble ikke regnet som egne studier.

Dataekstraksjonen ble gjennomført ved å fylle ut et skjema per primærstudie basert på Cochranes mal for dataekstraksjon. Funn ble sammenstilt i tabeller. For å vurdere studienes interne validitet brukte vi *Cochrane Risk of Bias Tool* (Higgins et al., 2011). Verktøyet estimerer risiko for systematiske skjevheter med syv biaskriterier, som lav, høy eller uklar risiko. UGDH og RL vurderte kriteriene. Vi analyserte resultatene og drøftet funnene med bruk av narrativ metode (Cochrane, 2020).



Resultater

Seks primærstudier oppfylte inklusjonskriteriene. Fire var RCT og to var kvasirandomiserte. De mindfulnessbaserte behandlingene som ble undersøkt, var ACT, ACTV, MBSR og MBB. Disse ble sammenlignet med tradisjonell behandling: Duluth-modellen, KAT, en kombinasjon og/eller støtteterapi.

Utfallsmålene som ble benyttet for å kartlegge utøvelse av partnervold, var: residivisme kartlagt ved hjelp av rettsprotokoller, *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS2; Straus et al., 1996) hvor skårer ble innhentet fra deltakere og/eller partner, og *Multidimensional Measure of Emotional Abuse* (MMEA; Murphy & Hoover, 1999). Utfallsmål på relevante psykologiske variabler var symptomer på angst og depresjon kartlagt med *Hopkins Symptom Checklist 25* (HSCL-25; Derogatis et al., 1974), emosjonell dysregulering kartlagt med *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004), opplevelsesunngåelse kartlagt med *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ; Bond et al., 2011), mindfulnesskomponenter kartlagt med *The Five Facet Mindfulness Questionnaire* (5-FMQ; Baer et al., 2006) og generell velvære kartlagt med *SF-36 Health Survey* (SF-36; Ware & Sherbourne, 1992).

Fem studier ble gjennomført i USA og én i Norge. De hadde enten frivillig eller tvungen deltakelse. Oppfølgingstid varierte fra seks måneder til fem år. Antall behandlingssesjoner i intervensjonsbetingelsen varierte mellom 10 og 24. Kontrollbetingelsen hadde mellom 12 til 24 sesjoner. Frafallsraten var mellom 9,1 % og 58,5 % i intervensjonsbetingelsene, og mellom 23,9 % og 56,3 % i kontrollbetingelsene. En oversikt over studienes karakteristikk er gitt i tabell 1.

Tabell 1

Studiekarakteristikk ved de inkluderte studiene



Studie	Land	Utvalg	Alderssnitt og aldersspenn	Studie- og design	Intervensjon	Kontroll	Måletidspunkt	Utfallsmål	Antall sesjoner/ uker
Zarling et al. (2015)	USA	101 (68% kvinner)	31.45 år (16–67 år)	RCT-studiea	ACTb	Tradisjonell behandling	Pre, post og ved tre og seks måneder	MMEAc CTS2d AAQe DERSf	Intervensjon: 12 sesjoner Kontroll: 12 sesjoner
Zarling & Russell (2022)	USA	338 menn	33.83 år (18–66 år)	RCT-studiea	ACTb	Tradisjonell behandling	Opptil ett år etter endt behandling Oppstart, endt behandling og ett år	Residivisme (fra rettsprotokoller) CTS2d, CBSg, SBCh	Intervensjon: 24 sesjoner Kontroll: 24 sesjoner
Zarling et al. (2019) Zarling et al. (2020)	USA	3474 menn	33.45 år (18–72 år)	Kvasi-randomisert studie	ACTVi	Tradisjonell behandling	Opptil 12 måneder etter endt behandling Utvidet fra ett til fem år	Residivisme (fra rettsprotokoller) Residivisme (fra rettsprotokoller)	Intervensjon: 24 sesjoner Kontroll: 24 sesjoner
Lawrence et al. (2021)	USA	725 menn	34.9 år Aldersspenn ikke oppgitt	Kvasi-randomisert studie	ACTVi	Tradisjonell behandling	Opptil fem år etter endt behandling	Residivisme (fra rettsprotokoller)	Intervensjon: 24 sesjoner Kontroll: Minst 18 uker
Nesset et al. (2020) Nesset et al. (2021)	Norge	125 menn	36.84 år (18–66 år)	RCT-studiea	MBSRj	CBG Tk	Pre-, post og ved tre, seks, ni og 12 måneders oppfølging	CTS2d HSCL-25l DERSe	Intervensjon: Opptil 8 uker (samlet 10 sesjoner) Kontroll: Minst 18 uker
Tollefson & Phillips (2015)	USA	90 menn	33.5 år (19–64 år)	RCT-studiea	MBBm	Tradisjonell behandling	Ett til fem år med gjennomsnitt på tre år	Frafall og residivisme (fra rettsprotokoller) 5-FMQn SF-36o	Intervensjon: 16 sesjoner Kontroll: 20 sesjoner

Merknad. aRandomisert kontrollert studie. bAccept and commitment therapy, cMultidimensional Measure of Emotional Abuse, dRevised Conflict Tactics Scale, eAcceptance and Action Questionnaire, fDifficulties in Emotion Regulation Scale, gskala for kontrollerende atferd, hskala for personforfølgelse, i Achieving Change Through Value-based behavior, jMindfulness-based stress reduction, kCognitive behavioural group therapy, Hopkins Symptom Checklist 25, mMind body bridging, nThe Five Facet Mindfulness Questionnaire, oSF-36 Health Survey

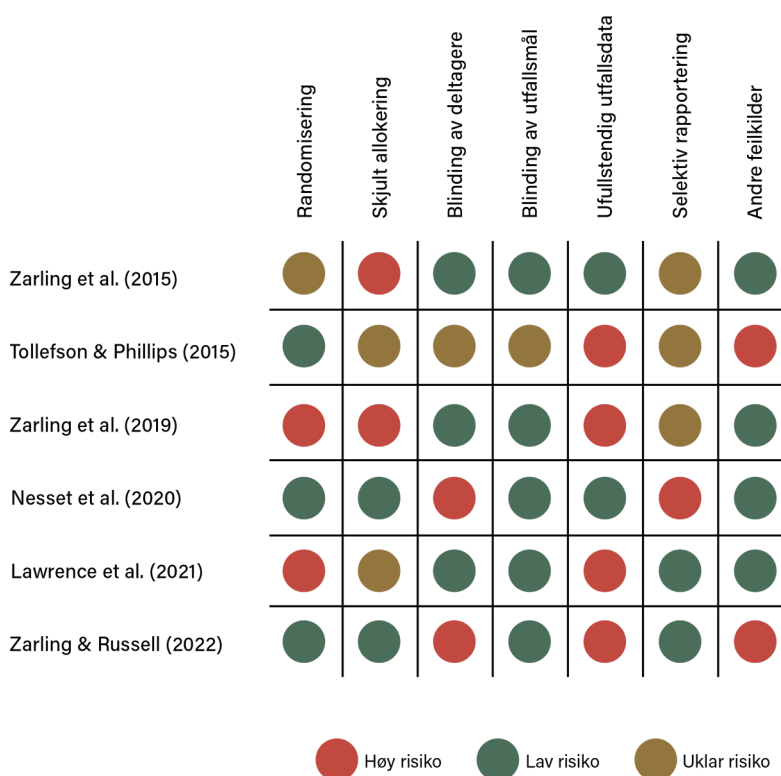
Vurdering av risiko for systematiske skjevheter



Figur 2 gir oversikt over vurderingene av risiko for systematiske skjevheter. Vi vurderte Tollefson og Phillips' (2015) studie som å ha høyest risiko for systematiske skjevheter og Nettet et al.s (2020) studie som å ha lavest risiko.

Figur 2

Fremstilling av risiko for systematiske skjevheter



Effekter

Zarling et al. (2015) undersøkte effekten av ACT sammenlignet med en støttegruppe på utøvelse av partner vold. Fysisk vold ble målt med CTS2 og psykisk vold med MMEA. Skårene ble innhentet fra deltakerne. Ved endt behandling fant studien liten til medium effekt ($d = 0.40$) i favør ACT for psykisk vold og liten effekt ($d = 0.36$) for fysisk vold. Ved seks måneders oppfølging fant studien stor effekt i favør ACT for psykisk vold ($d = 0.96$) og for fysisk vold ($d = 0.79$). Behandlingens effekt på opplevelsesunnngåelse ble undersøkt med AAQ og emosjonell dysregulering med DERS. I ACT-betingelsen ble det funnet statistisk signifikant reduksjon i opplevelsesunnngåelse og emosjonell

dysregulering ved endt behandling og seks måneders oppfølging. Kontrollbetingelsen viste statistisk signifikant reduksjon i emosjonell dysregulering ved seks måneders oppfølging.



Zarling og Russell (2022) undersøkte effekten av ACT sammenlignet med Duluth-modellen på utøvelse av partnervold. Partnervold ble målt med siktelsers innhentet fra rettsprotokoller og med skalaer for kontrollerende atferd (CBS), fysisk, psykisk og seksuell vold (CTS2) og personforfølgelse (SCB). Skårer på CBS, CTS2 og SCB ble innhentet fra nåværende/tidligere partner. Det ble innhentet siktelsers for partnervold, andre voldssiktelsers og ikke-voldelige siktelsers. Ved ett års oppfølging var det ingen statistisk signifikant forskjell mellom ACT og kontrollbetingelsen i antallet deltakere som mottok nye siktelsers for partnervold. Statistisk signifikant færre deltakere i ACT-betingelsen hadde fått voldelige og ikke-voldelige siktelsers sammenlignet med kontrollbetingelsen. Partnerne i ACT-betingelsen rapporterte statistisk signifikant lavere skår på kontrollerende atferd ($d = 0.66$) og personforfølgelse ($d = 0.71$) sammenlignet med kontrollbetingelsen. Totalskåren på CTS2 var også statistisk signifikant lavere i favør ACT ($d = 0.78$).

Zarling et al. (2019) undersøkte effekten av ACTV sammenlignet med Duluth-/KAT-modellen på utøvelse av partnervold med siktelsers innhentet fra rettsprotokoller. Siktelsene gjaldt for partnervold, andre voldshandlinger og kriminelle handlinger. Ved endt behandling mottok deltakerne i ACTV-betingelsen statistisk signifikant færre nye kriminelle og voldelige siktelsers sammenlignet med kontrollbetingelsen. Det var ingen forskjell mellom betingelsene i antall siktelsers for partnervold. Ved ett års oppfølging fikk statistisk signifikant færre ACTV-deltakere siktelsers for partnervold, andre volds- og kriminelle siktelsers (samlet residivisme $d = 0.21$ til 0.47) sammenlignet med deltakerne i kontrollbetingelsen. Lavere residivismerate i ACTV-betingelsen gjaldt både for de som fullførte og avbrøt behandlingen. I en oppfølgingsstudie fra 2020 undersøkte Zarling et al. effekten etter fem år, og resultatene var i stor grad konsistent med de opprinnelige funnene.

Lawrence et al. (2021) undersøkte om funnene til Zarling et al. (2019) kunne replikeres med lengre oppfølgingstid. De innhentet dommer for partnervold og annen voldelig og kriminell atferd fra rettsprotokoller. Deltakere i ACTV-betingelsen hadde statistisk signifikant lavere sannsynlighet for å få nye dommer av alle typer med fem års oppfølging sammenlignet med kontrollbetingelsen. Deltakerne i kontrollbetingelsen som avbrøt behandlingen, hadde høyere risiko for å motta nye dommer av alle typer sammenlignet med de som avbrøt i ACTV.

Neset et al. (2020) undersøkte effekten av MBSR sammenlignet med KAT på utøvelse av fysisk, psykisk og seksuell partnervold undersøkt med CTS2. Skårene ble innhentet fra deltakerne

og deres nåværende/tidligere partner. Resultatene viste betydelig reduksjon i partnervold for begge betingelser, fra behandlingsstart til 12 måneders oppfølging, uten statistisk signifikante forskjeller. Det var betydelig reduksjon i alle skalaer på CTS2 fra pre- til postbehandling og ved 12 måneders oppfølging. Reduksjonen i psykisk vold var mindre sammenlignet med reduksjonen i fysisk og seksuell vold.



Neset et al. (2021) undersøkte endring i psykisk helse og emosjonsregulering hos deltakere som mottok MBSR og KAT. Utfallsmålene var symptomer på angst og depresjon målt med HSCL-25 og ferdigheter i emosjonsregulering målt med DERS. Ved behandlingsstart hadde deltakerne symptomer på angst og depresjon, samt utfordringer med emosjonsregulering. Behandlingstilnærmingene ga reduksjon i angst- og depresjonssymptomer ved endt behandling. Det var større reduksjon i symptomer i MBSR-betingelsen etter seks måneder, mens kontrollbetingelsen viste større reduksjon etter 12 måneder. Begge betingelsene viste reduksjon i vansker med emosjonsregulering etter 12 måneder. Reduksjonen var noe større i kontrollgruppen både ved seks og 12 måneders oppfølging.

Tollefson og Phillips (2015) undersøkte effekten av MBB sammenlignet med Duluth-/KAT-modellen på utøvelse av partnervold med siktelser for partnervold innhentet fra rettsprotokoller. Ved endt behandling var frafallsraten statistisk signifikant lavere i MBB-betingelsen. De fant imidlertid ikke statistisk signifikant ulik residivisme mellom betingelsene, verken ved endt behandling eller ved oppfølging. Videre fant Tollefson og Phillips (2015) statistisk signifikant økning i mindfulness (5-FMQ) og generell velvære (SF-36) etter gjennomført MBB, men undersøkte ikke utfallene i kontrollbetingelsen. For generell velvære ble det funnet størst effekt for skalaen mental helse.

Diskusjon

Formålet med vår systematiske litteraturgjennomgang var å undersøke forskning på langtidseffekten av mindfulnessbaserte behandlinger (ACT, ACTV, MBSR og MBB) på utøvelse av partnervold. Vi fant støtte for at ACT og ACTV hadde bedre langtidseffekt enn tradisjonell behandling. MBSR og MBB ga reduksjon i partnervold, men ikke i større grad enn tradisjonell behandling. Vårt sekundære mål var å se på mindfulnessbaserte behandlingers effekt på andre relevante psykologiske variabler. Vi fant at mindfulnessbaserte behandlinger ga reduksjon i opplevelsesunngåelse og emosjonell dysregulering og førte til bedring i psykisk helse.

Effekter på utøvelse av partnervold



Det ble funnet bedre langtidseffekt på reduksjon av partnervold ved ACT-baserte terapier sammenlignet med tradisjonell behandling (Lawrence et al., 2021; Zarling et al., 2015; Zarling et al., 2019; Zarling & Russell, 2022). Studiene på MBSR og MBB fant ingen forskjeller i langtidseffekt mellom intervensjons- og kontrollbetingelsen (Neset et al., 2020; Tollefson & Phillips, 2015). Tollefson og Phillips (2015), som undersøkte MBB, inkluderte en mindfulness-komponent i kontrollbetingelsen, hvilket kan forklare manglende forskjeller i residivisme mellom betingelsene.

Flere utfallsmål i studiene var basert på selvrapportering fra voldsutøver eller nåværende/ tidligere partner. Selvrappport er kostnadseffektivt og muliggjør sammenligning av utøver- og partnerskårer. Selvrappport fra voldsutsatte kan være utfordrende grunnet sikkerhet, konfidensialitet og endringer i relasjonsstatus. Skjema fylles ut på bestemte tidspunkter, hvilket kan utelate episoder.

I fire av studiene (Lawrence et al., 2021; Tollefson & Phillips, 2015; Zarling et al., 2019; Zarling & Russell, 2022) ble residivisme fra rettsprotokoller brukt for å kartlegge partnervold. Styrker ved å bruke slik data er kostnadseffektivitet og høyere pålitelighet enn selvrappport. En utfordring er forsinkelsen fra voldsutøvelsen til registrering, hvilket kan overestimere behandlingseffekt (Basanta et al., 2018). Videre omfatter dataene kun voldshendelser som fører til siktelse eller dom. Rettsprotokolldata kan påvirkes av konfunderende faktorer, som innhenting fra geografisk avgrensede områder, endringer i relasjonsstatus og soning. Det er mindre sannsynlig at slike faktorer påvirker resultatene i RCT-studiene enn i de kvasirandomiserte studiene.

Studiene hadde varierende kvalitet. Tollefson og Phillips' (2015) studie hadde lavest kvalitet og minst utvalgsstørrelse. Neset et al. (2020) studie hadde god kvalitet, men oppnådde ikke ønsket antall deltakere. Både liten utvalgsstørrelse og avvik fra ønsket estimering kan redusere resultatets statistiske styrke og generaliserbarhet. Studiene som undersøkte ACT-terapier (Lawrence et al., 2021; Zarling et al., 2015; Zarling et al., 2019; Zarling & Russell, 2022), ble vurdert å ha relativt lav risiko for systematiske skjevheter. De hadde også studiene med størst utvalgsstørrelse. De fleste studiene rapporterte høye frafallsrater.

Effekt på relevante psykologiske variabler

Tre av studiene undersøkte mindfulnessbaserte behandlings effekt på relevante psykologiske variabler i den forstand at de gir økt risiko for partnervold eller var antatte endringsmekanismer i mindfulnessbaserte behandlinger. Zarling et al. (2015) fant reduksjon i opplevelsesunnngåelse

og emosjonell dysregulering ved seks måneders oppfølging i ACT-betingelsen, men ikke i kontrollbetingelsen. Studien fant at endring i psykisk og fysisk vold delvis kunne medieres av reduksjon i opplevelsesunngåelse og emosjonell dysregulering, hvilket impliserer at dette kan være endringsmekanismer i ACT. Dette var dog den eneste studien som undersøkte sammenhengen mellom de psykologiske variablene og utøvelse av partnervold.

Neset et al. (2021) fant at MBSR førte til reduksjon i angst og depresjon ved 12 måneders oppfølging, selv om symptomtrykket fortsatt var høyt. Det ble funnet en liten, men statistisk signifikant reduksjon i emosjonell dysregulering. Det er dog ikke mulig å si noe om endringsmekanismer i MBSR, da studien ikke undersøkte om reduksjonen også ga en reduksjon i partnervold.

Tollefson og Phillips (2015) fant at MBB førte til økt mindfulness og bedret psykisk helse ved endt behandling. Særlig tre mindfulness-fasetter økte: observasjon, bevisst handling og å ikke handle reaktivt til indre opplevelser. Disse psykologiske variablene er sentrale i å redusere opplevelsesunngåelse og emosjonell dysregulering (Tollefson & Phillips, 2015). Men studien undersøkte ikke sammenhengen mellom ferdighetene og utøvelse av partnervold, og kan derfor ikke informere om de var endringsmekanismer i MBB. Videre ble ikke ferdighetene målt ved oppfølging, og studien kan derfor ikke informere om MBBs eventuelle langtidseffekt. Studien har høy risiko for systematiske skjevheter, og resultatene bør tolkes med forsiktighet.

Begrensninger

Vi inkluderte seks studier i litteraturgjennomgangen. Tre av fire studier på ACT-baserte terapier hadde deltakere som var idømt behandling (Lawrence et al., 2021; Zarling et al., 2019; Zarling & Russell, 2022). Det er derfor usikkert om funnene kan generaliseres til frivillig behandling. Zarling og kollegaer (2015) hadde frivillig deltakelse og fant bedre effekt av ACT. Studiene undersøkte også mindfulnessbaserte behandlinger i gruppeformat. Det er uklart hvilken effekt behandlingene har ved individualbehandling. Kun én studie hadde et norsk utvalg (Neset et al., 2020), der både mindfulnessbasert behandling og kontrollbetingelsen ga reduksjon i partnervold. Flere norske studier er nødvendig før man konkluderer om mindfulnessbaserte metoders effekt i en norsk kontekst. Fem av seks studier inkluderte kun menn. Det homogene utvalget anses som en svakhet da funnene ikke kan generaliseres til andre populasjoner. Videre har vi ikke utført en metaanalyse av primærstudiene, og er

derfor varsomme med å vurdere hvilken vekt hver enkelt studie skal tillegges. Vi har heller ikke søkt etter grå litteratur, og kan derfor ha gått glipp av relevant upublisert data.



Implikasjoner og videre forskning

På tross av studienes metodologiske svakheter kan resultatene ha implikasjoner for behandlingspraksis og videre forskning. To studier (Lawrence et al., 2021; Zarling et al., 2019) fant lavere residivisme blant deltakere som avbrøt behandlingen i ACTV-betingelsen sammenlignet med dem som avbrøt tradisjonell behandling. Dette tyder på at ACTV kan redusere residivisme, også blant dem som ikke fullfører behandling. Funnet er viktig ettersom det forventes høye frafallsrater fra behandling for utøvere av partnervold (Catlett et al., 2010). I Lawrence et al. (2021) ble ACTV administrert av tilsynsverger. Dette tyder på at effektiv behandling også kan gis av andre yrkesgrupper.

I studiene som undersøkte siktelser eller dommer for kriminelle og voldelige handlinger, hadde mindfulnessbaserte behandlinger lavere residivisme. En forklaring kan være at ferdighetene som læres, er fleksible og kan anvendes på flere områder, samt at behandlingen i større grad enn tradisjonell behandling møter prinsippene i *Risk-Need-Responsivity* (RNR)-modellen. RNR-modellen redegjør for tre veiledende prinsipper for å effektivisere behandling i den forstand at de reduserer residivisme (Andrews & Bonta, 2017). Prinsippene er: 1) risikoprinsippet: å tilpasse behandling til individets risikonivå; 2) behovsprinsippet: å kartlegge dynamiske risikofaktorer; og 3) responsivitetsprinsippet: å tilpasse tiltak til individets individuelle kontekst og behov (Andrews et al., 2011). Det er funnet lineær positiv effekt knyttet til antall prinsipper som følges (Travers et al., 2021).

Fem av de inkluderte studiene hadde deltakere med lavt til moderat risikonivå, mens én hadde deltakere med moderat til høyt risikonivå (Lawrence et al., 2021). De fleste mindfulnessbaserte behandlingene oppfyller risikoprinsippet ved å gi 10 til 24 behandlingssesjoner. ACT-baserte terapier gir mulighet til å arbeide med personlige utfordringer som traumer og rusproblematikk, og imøtekommer slik behovsprinsippet. ACT-baserte terapier kan også imøtekomme responsivitetsprinsippet ved identifisering av personlige verdier. Større tilpasning til RNR-prinsippene kan være en forklaring på hvorfor ACT-baserte terapier hadde større effekt enn tradisjonell behandling, mens MBB og MBSR oppfyller delvis RNR-prinsippene. En sterkere støtte til de ACT-baserte terapiene kan derfor støtte opp om hvor viktig det er å tilpasse behandling for utøvere av partnervold til RNR-prinsippene.

Våre funn har implikasjoner for fremtidig forskning på partnervold. Lengre oppfølgingstid er nødvendig for å måle residivisme mer pålitelig. Det finnes ikke en gullstandard for å måle partnervold (Follingstad & Bush, 2014). Likevel bør måleinstrumenter standardiseres og anvendes konsekvent på tvers av studier, slik at resultatene lettere kan sammenlignes (Follingstad & Bush, 2014). Ønsket utvalgsstørrelse bør beregnes for å sikre tilstrekkelig statistisk styrke. Fullført behandling kan redusere risiko for å utøve partnervold (Lauch et al., 2017). Derfor bør tiltak for å redusere frafall utforskes. Antall fullførte seksjoner bør kartlegges før frafallet skjer, for å bedre forstå frafallets innvirkning på behandlingseffekten. Studier bør også undersøke sammenhengen mellom utøvelse av partnervold og psykologiske variabler ved ulike måletidspunkt for å få innsikt i behandlingens endringsmekanismer. Avslutningsvis bør videre forskning ha bredere utvalg av kjønn, seksuell orientering, etnisitet og risikonivå. Flere studier bør utføres i Norge for å undersøke hvordan behandlingsmodellene fungerer under norske forhold. Videre er det nødvendig med forskning fra ulike forskergrupper, spesielt på ACT-baserte terapier, hvor Zarling har bidratt til flere publikasjoner. Dersom flere gjennomfører RCT-er, vil det være mulig å gjennomføre en metaanalyse som kan gi mer presise estimater.



Konklusjon

Vår systematiske litteraturgjennomgang tyder på at mindfulnessbaserte behandlinger kan ha bedre langtidseffekt på utøvelse av partnervold sammenlignet med tradisjonell behandling. Funnene indikerer mer spesifikt at ACT og ACTV kan ha bedre langtidseffekt enn tradisjonell behandling. For MBSR og MBB ble det funnet reduksjon i utøvelse av partnervold, men reduksjonen var ikke større enn for tradisjonell behandling. Videre ga mindfulnessbaserte behandlinger reduksjon i opplevelsesunngåelse og emosjonell dysregulering og førte til bedring i psykisk helse. En mulig forklaring på bedre effekt av ACT-baserte terapier enn tradisjonell behandling er at den i større grad tilpasses utøverens individuelle karakteristikk og risikofaktorer. Det er behov for flere RCT-studier for å styrke evidensgrunnlaget.

Referanser

Askeland, I. R. & Heir, T. (2014). Psychiatric disorders among men voluntarily in treatment for violent behaviour: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 4(4), e004485. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004485>

- Askeland, I. R., Heir, T. & Tjersland, O. A. (2012). *Kjennetegn hos menn som har oppsøkt Alternativ til Vold for vold i nære relasjoner* (Rapport 4). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6. utg.). Routledge.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model: Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735–755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Babcock, J. C., Green, C. E. & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A Meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1023–1053. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.07.001>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Basanta, J. L., Fariña, F. & Arce, R. (2018). Risk-need-responsivity model: Contrasting criminogenic and noncriminogenic needs in high and low risk juvenile offenders. *Children and Youth Services Review*, 85, 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.12.024>
- Beygi, Z., Tighband Jangali, R., Derakhshan, N., Alidadi, M., Javanbakhsh, F. & Mahboobizadeh, M. (2023). An overview of reviews on the effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and anxiety. *Iranian Journal of Psychiatry*, 18(2), 248–257. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12373>
- Block, S. H. & Block, C. B. (2007). *Come to your senses: Demystifying the mind-body connection* (2. utg.). Beyond Words.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T. & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Breet, E., Seedat, S. & Kagee, A. (2019). Posttraumatic stress disorder and depression in men and women who perpetrate intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(10), 2181–2198. <https://doi.org/10.1177/0886260516660297>



- Butters, R. P., Droubay, B. A., Seawright, J. L., Tollefson, D. R., Lundahl, B. & Whitaker, L. (2021). Intimate partner violence perpetrator treatment: Tailoring interventions to individual needs. *Clinical Social Work Journal*, 49(3), 391–404. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00763-y>
- Catlett, B. S., Toews, M. L. & Walilko, V. (2010). Men's gendered constructions of intimate partner violence as predictors of court-mandated batterer treatment drop-out. *American Journal of Community Psychology*, 45(1–2), 107–123. <https://doi.org/10.1007/s10464-009-9292-2>
- Cheng, S. Y., Davis, M., Jonson-Reid, M. & Yaeger, L. (2019). Compared to what? A meta-analysis of batterer intervention studies using nontreated controls or comparisons. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(3), 496–511. <https://doi.org/10.1177/1524838019865927>
- Cochrane. (2020). *Narrative synthesis of quantitative effect data in Cochrane reviews: Current issues and ways forward*. Cochrane Training. <https://training.cochrane.org/resource/narrative-synthesis-quantitative-effect-data-cochrane-reviews-current-issues-and-ways>
- Dale, M. T. G., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F., Augusti, E. M. & Skauge, A. D. (2023). *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen* (Rapport 1). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- de Vibe, M., Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G. M., Halland, E. & Tanner-Smith, E. E. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life, and social functioning in adults: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 13(1), 1–264. <https://doi.org/10.4073/csr.2017.11>
- Eckhardt, C. I., Murphy, C. M., Whitaker, D. J., Sprunger, J., Dykstra, R. & Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 4(2), 196–231. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.4.2.196>
- Follingstad, D. R. & Bush, H. M. (2014). Measurement of intimate partner violence: A model for developing the gold standard. *Psychology of Violence*, 4(4), 369–383. <https://doi.org/10.1037/a0037515>
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in



- emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Haugan, G. & Jarwson, S. (2005). Kognitiv terapi ved vold og aggresjon. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 6, 1–10.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2. utg.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Henrichs, J., Bogaerts, S., Sijtsma, J. & Klerx-van Mierlo, F. (2015). Intimate partner violence perpetrators in a forensic psychiatric outpatient setting: Criminal history, psychopathology, and victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(12), 2109–2128. <https://doi.org/10.1177/0886260514552272>
- Higgins, J. P., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D. & Sterne, J. A. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized trials. *BMJ*, 343, d5928. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
- Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness meditation: What it is, what it isn't, and its role in health care and medicine. I Y. Haruki, Y. Ishii & M. Suzuki (Red.), *Comparative and Psychological Study on Meditation* (s. 161–170). Eburon.
- Lauch, K., Hart, K. J. & Bresler, S. (2017). Predictors of treatment completion and recidivism among intimate partner violence offenders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(5), 543–557. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1299824>
- Lawrence, E., Mazurek, C. & Reardon, K. W. (2021). Comparing recidivism rates among domestically violent men enrolled in ACTV versus Duluth/CBT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 469. <https://doi.org/10.1037/ccp0000649>
- Maiuro, R. D. & Eberle, J. A. (2008). State standards for domestic violence perpetrator treatment: Current status, trends, and recommendations. *Violence and Victims*, 23(2), 133–155. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.23.2.133>



- Maloney, M. A., Eckhardt, C. I. & Oesterle, D. W. (2023). Emotion regulation and intimate partner violence perpetration: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 100, 102238–102238. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102238>
- McMurran, M. (2017). Treatment of alcohol-related violence: Integrating evidence from general violence and IPV treatment research. *Drug and Alcohol Review*, 36(1), 13–16. <https://doi.org/10.1111/dar.12492>
- Mitchell, J. E. & Wupperman, P. (2022). Mindfulness treatments for domestic violence: A review. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2038752>
- Murphy, C. M. & Hoover, S. A. (1999). Measuring emotional abuse in dating relationships as a multifactorial construct. *Violence and Victims*, 14(1), 39–53. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.14.1.39>
- Nesset, M. B., Lara-Cabrera, M. L., Bjørngaard, J. H., Whittington, R. & Palmstierna, T. (2020). Cognitive behavioural group therapy versus mindfulness-based stress reduction group therapy for intimate partner violence: a randomized controlled trial. *BMC*, 20(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02582-4>
- Nesset, M. B., Bjørngaard, J. H., Whittington, R. & Palmstierna, T. (2021). Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103795>
- Norouzi, M., Zargar, F. & Norouzi, F. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and difficulties in emotion regulation among university students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(3), e8005. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.8005>
- Pence, E. & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth Model*. Springer Publishing Company.
- Polusny, M. A., Erbes, C. R., Thuras, P., Moran, A., Lamberty, G. J., Collins, R. C., Rodman, J. L. & Lim, K. O. (2015). Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: A Randomized Clinical Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 314(5), 456–465. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8361>



- Richards, T. N., Jennings, W. G., Tomsich, E. & Gover, A. (2014). A 10-Year Analysis of Rearrests Among a Cohort of Domestic Violence Offenders. *Violence and Victims*, 29(6), 887–906. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00145>
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R. & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803–813. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7)
- Smedslund, G., Dalsbø, T. K., Steiro, A., Winsvold, A. & Clench-Aas, J. (2011). Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006048.pub2>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283–316. <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Tollefson, D. R. & Phillips, I. (2015). A mind-body bridging treatment program for domestic violence offenders: Program overview and evaluation results. *Journal of Family Violence*, 30(6), 783–794. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9715-9>
- Tollefson, D. R., Webb, K., Shumway, D., Block, S. H. & Nakamura, Y. (2009). A mind-body approach to domestic violence perpetrator treatment: Program overview and preliminary outcomes. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(1), 17–45. <https://doi.org/10.1080/10926770802610657>
- Travers, A., McDonagh, T., Cunningham, T., Armour, C. & Hansen, M. (2021). The effectiveness of interventions to prevent recidivism in perpetrators of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 84, 101974–101974. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101974>
- Ware, J. E. & Sherbourne, J. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/>
- World Health Organization (2021). Violence against women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>



- Wupperman, P., Marlatt, G. A., Cunningham, A., Bowen, S., Berking, M., Mulvihill-Rivera, N. & Easton, C. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 50–66. <https://doi.org/10.1002/jclp.20830>
- Yu, R., Nevado-Holgado, A. J., Molero, Y., D’Onofrio, B. M., Larsson, H., Howard, L. M. & Fazel, S. (2019). Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. *PLOS Medicine*, 16(12), e1002995. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002995>
- Zarling, A., Bannon, S. & Berta, M. (2019). Evaluation of acceptance and commitment therapy for domestic violence offenders. *Psychology of Violence*, 9(3), 257–266. <https://doi.org/10.1037/vio0000097>
- Zarling, A., Bannon, S., Berta, M. & Russell, D. (2020). Acceptance and commitment therapy for individuals convicted of domestic violence: 5-year follow-up and time to reoffense. *Psychology of Violence*, 10(6), 667–675. <https://doi.org/10.1037/vio0000292>
- Zarling, A., Lawrence, E. & Marchman, J. (2015). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 199–212. <https://doi.org/10.1037/a0037946>
- Zarling, A. & Russell, D. (2022). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy and the Duluth model classes for men court-mandated to a domestic violence program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(4), 326–338. <https://doi.org/10.1037/ccp0000722>

