



Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge

Kunnskapsstatus. Revidert 2011

Seksjon Barn og unge

Nasjonalt kunnskapssenter

om vold og traumatisk stress a/s



www.nkvts.no

Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge – kunnskapsstatus. Revidert 2011

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Denne kunnskapsstatusen er en delvis revisjon av
Seksuelle og fysiske overgrep mot barn – kunnskapsstatus 2007.

Forfattet av Seksjon for barn og unge ved NKVTS:
Geir Borgen, Grete Dyb, Gertrud Haftstad, Tine Jensen, Åse Langballe, Mia Myhre, John Nikolaisen
og Carolina Øverlien.

De reviderte kapitlene er:
Barn som opplever vold i hjemmet av Carolina Øverlien
Unge som begår seksuelle overgrep av Anja Emilie Kruse
Fysiske overgrep mot barn av Mia Myhre

Oslo 2011
NKVTS
ISBN 978-82-8122-040-9

www.nkvts.no

Innhold

Innledning - barn som opplever negative hendelser	3
Barn opplever traumatiske hendelser forskjellig	3
Variasjon i grad av utsatthet og risiko	3
Barn utsatt av nære personer	3
Behandling og hjelp til barnet	3
Referanser	4
Seksuelle overgrep	5
Definisjoner og omfang	5
Seksuell atferd og utvikling hos barn	10
Barns betroelser om seksuelle overgrep – avdekking	13
Konsekvenser av seksuelle overgrep	16
Medisinske undersøkelser	20
Unge som begår seksuelle overgrep	23
Fysiske overgrep mot barn	46
Innledning	46
Omfang av fysiske overgrep mot barn	46
Barn som er spesielt utsatt	46
Fysiske skader hos barn etter mishandling	47
Skader og funn hvor det er grunn til å være spesielt oppmerksom på mishandling	48
Psyriske skader hos barn etter mishandling	49
Tiltak og forebygging	49
Referanser	50
Barn som opplever vold i hjemmet	52
Innledning	52
Definisjoner	52
Prevalens	53
Konsekvenser	53
Nordisk forskning om barn som opplever vold i hjemmet	54
Langsiktige konsekvenser	55
Barns resilience	55
Overlapping av vold og annen problematikk	56
Kjønn	57
Etnisitet	58
Barn på krisesenter i Norge	58
Avslutning	59
Referanser	60
Posttraumatiske stressforstyrrelser (PTSD) hos barn og ungdom	68
Bakgrunn	68
Diagnosen	68
Traumatiske hendelser	69
Posttraumatiske stresssymptomer hos utsatte barn	70
Familieperspektivet	71
Referanser	71
Behandling av barn utsatt for vold eller seksuelle overgrep	75
Terapi og behandlingsformer	75
Betydning av stressmestring og reduksjon av symptomer	75
Betydning av å snakke om traumet	75
Betydningen av affektregulering og kognitiv bearbeiding	76
Betydning av foreldredeltagelse	76
Referanser	76
Pålitelighet i barns utsagn	78
Barns vitneutsagn, dommeravhør	78
Påvirkningsfaktorer	78
Barns hukommelse	78
Begreper og språk	79
Påvirkning fra voksne	79
Forhold til omsorgspersoner	79
Referanser	79

Innledning - barn som opplever negative hendelser

Mange barn erfarer i løpet av sitt liv hendelser som kan gi negative ettervirkninger. Det kan være snakk om ulykker, katastrofer, plutselig død i familien, fysisk eller seksuell mishandling eller at de er vitne til vold mot familiemedlemmer. Det er grundig dokumentert at slike opplevelser kan føre til psykologiske og sosiale vansker, og symptomer som stressreaksjoner, angst, depresjon, atferdsvansker og posttraumatisk stressforstyrrelser.

Barn opplever traumatiske hendelser forskjellig

Barn kan oppleve traumatiske hendelser ulikt, og deres kapasitet til å forholde seg til denne typen hendelser kan være avhengig av deres alder og utviklingsnivå. Mens man tidligere hadde lite kunnskap om at barn kunne utvikle vansker etter traumatiske hendelser, vet man nå at det er flere forhold som kan bety at barn er mer sårbare enn voksne. Barn er avhengige av voksne for beskyttelse, og for å forstå og fortolke hendelser. I tillegg er barn stadig i utvikling, og den traumatiske hendelsen kan bidra til å påvirke utviklingsforløpet deres (Pynoos, Steinberg & Piacentini, 1999).

Barn viser også ulik evne til å tåle motgang, og negative erfaringer på et tidlig stadium fører ikke nødvendigvis til at det senere utvikler vansker. Undersøkelser på barn som har opplevd potensielt traumatiserende hendelser viser at det er flere faktorer, både ved barnet selv og ved omgivelsene, som kan øke barns motstandskraft mot å utvikle psykiske lidelser (Salmon & Bryant, 2002). Mange barn klarer seg derfor godt til tross for at de har vært utsatt for negative opplevelser.

Variasjon i grad av utsatthet og risiko

Det er svært stor variasjon i hvilken grad barn er utsatt, og mens mange traumatiske hendelser inntreffer helt tilfeldig og uforutsigbart, kan det også for noen barn være faktorer i deres miljø som fører til at disse barna løper en større risiko for å bli utsatt for hendelser som kan ha negativ betydning for dem. For mange barn som i løpet av oppveksten opplever enkeltstående traumatiske hendelser, vil disse kunne betraktes som tilfeldige og kan være uavhengig av deres bakgrunn, ressurser eller miljøet rundt dem. Dette kan være tilfeldige hendelser som ikke er skapt av mennesker og ikke innebærer en intensjon om å skade barnet (for eksempel katastrofer eller ulykker), men kan også være tilfelle i situasjoner der voksne utenfor familien forgriper seg på barn fysisk eller seksuelt. Slike hendelser kan forekomme også for barn som for øvrig har trygge og gode omgivelser og oppvekstvilkår.

Noen barn kan imidlertid være i fare for å oppleve flere typer traumatiske hendelser, som på ulike måter kan ha sammenheng med barnets omgivelser og miljø. Dette betyr at de kan ha en større sannsynlighet for også å oppleve andre negative hendelser. Barn som blir utsatt for vold vil for eksempel også ofte være i en situasjon der de er vitne til vold mot andre. Moore & Pepler (1998) fant at 42% av barna i deres studie som hadde vært vitne til vold, også hadde opplevd å bli mishandlet fysisk selv. For barn som er utsatt for fysisk eller seksuell mishandling kan det ofte være flere elementer i omgivelsene som også kan være belastende for barnet. Dette kan for eksempel være psykisk sykdom eller rus hos en eller begge foreldrene (Brown, Cohen, Johnson og Smailes, 1999). Det er derfor nødvendig å være åpen for at det kan foreligge flere faktorer som kan være belastende for barnet.

Barn utsatt av nære personer

Hendelser som innebærer tillitsbrudd og/eller aggressiv atferd fra nærstående personer representerer en særlig belastning. Overgrep og vold i hjemmet vil skille seg fra andre traumatiske hendelser, da de innebærer et brudd med den grunnleggende tryggheten barn som oftest har i forhold til omsorgspersoner. Slike situasjoner involverer relasjonen mellom barn og omsorgspersoner, og barn kan derfor ikke søke trygghet hos sine primære omsorgspersoner, slik barn ellers ofte gjør for å mestre en skremmende situasjon.

Behandling og hjelp til barnet

Fordi gruppen av traumatiserte barn er uensartet både når det gjelder hva de har opplevd, varighet av traumet, og barnets individuelle reaksjon på traumet, vil sannsynligvis ikke et enkelt behandlingstiltak være riktig for alle. For de fleste barna som utsettes for en enkelthendelse (ulykke, katastrofe, brått

dødsfall) vil symptomene avta gradvis med god støtte fra omgivelsene. Dersom symptomene øker eller vedvarer utover en til tre måneder kan det være nødvendig med mer direkte terapeutisk hjelp til barnet.

Referanser

Brown, J., Cohen, P., Johnsen, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity and effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38(12), 1490-1496.

Moore, T., & Pepler, D. (1998) Correlates of adjustment in children at risk. In: G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles, (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 157-184). Washington, DC : American Psychological Association.

Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.

Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical Psychological Review*, 22(2), 163-188.

Seksuelle overgrep

Definisjoner og omfang

Det er viktig å ha et bevisst forhold til hvilken definisjon som legges til grunn når man diskuterer problemets omfang og tiltak. Forskere innen feltet har brukt forskjellige metoder og definisjoner som i sin tur har gitt opphav til sprikende omfangstall og næring til skepsis og mistro.

I den utstrekning omfangsundersøkelser fra ulike land lar seg sammenligne, har man nå dokumentert forholdsvis godt sammenfallende omfangstall i vestlige land og videre at seksuelle overgrep rammer et betydelig antall barn og unge. Det har imidlertid vært en utfordring at forskere innen feltet har brukt til dels svært forskjellige metoder og definisjoner. Dette har gitt opphav til sprikende omfangstall som i sin tur har gitt næring til skepsis og mistro, både når overgrep avdekkes og når utsatte har stått fram. Det har også resultert i mistenkeliggjøring av fagfolk som har engasjert seg i problemstillinger knyttet til seksuelle overgrep mot barn. Det er derfor viktig å ha et bevisst forhold til hvilken definisjon som legges til grunn når man diskuterer tiltak og problemets omfang.

I begrepet "barn" nedenfor inkluderer vi både barn og ungdom.

Juridisk definisjon

Den juridiske definisjonen av seksuelle overgrep mot barn framgår av straffelovens kapittel 19 ("Straffeloven - strl." 2005) om seksualforbrytelser.

Det er en rekke egne bestemmelser for overgrep mot barn. Loven forbyr:

- seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd
- seksuell handling eller omgang med barn.

Seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd kan f.eks. være blotting, det å få et barn til å vise fram kjønnsorganet sitt eller forslag om sex. Med seksuell handling menes f.eks. beføling av bryster eller kjønnsorganer, mens seksuell omgang dreier seg om samleie eller samleielignende forhold som slikking og suging av kjønnsorgan.

Stafferammene forbundet med seksuell omgang er høyere enn for seksuell handling som i sin tur er høyere enn ved seksuell atferd. Den såkalte voldtektsparagrafen (strl § 192) vil i mange tilfeller ikke brytes i saker om seksuelle overgrep mot barn fordi det oftest ikke er "nødvendig" for overgriperen å bruke vold eller trusler for å oppnå seksuell omgang.

SEKSUELL LAVALDER

Den seksuelle lavalderen er 16 år. Det er straffeskjerpende dersom barnet som utsettes er under 14 år, når det gjelder seksuell omgang er det ytterligere straffeskjerpende dersom barnet er under 10 år og det har skjedd gjentatte overgrep. Når det gjelder framstillinger (f.eks. foto eller video) av seksuelle overgrep mot barn eller framstillinger som seksualiserer barn, er det straffbart å befatte seg med disse hvis barnet er eller framstår som under 18 år. Seksuell omgang eller handling mot vederlag med en person under 18 år er også straffbart.

OVERGRIPERS FORHOLD TIL DEN UTSATTE

Loven skiller også på om overgrepet begås av noen som er i slekt med barnet, om barnet er under overgriperens myndighetsområde (som fosterbarn, pleiebarn, stebarn eller barn i barneverninstitusjon), eller om overgriperen er en fremmed.

Uavhengig av alder, er det lovstridig å ha seksuell omgang med slektning i nedstigende linje – incest. Som slektning i nedstigende linje regnes biologiske og adopterte etterkommere. Samleie med bror eller søster er straffbart hvis personene er over 18 år.

Straff kan etter flere av bestemmelsene falle bort eller reduseres dersom de det gjelder er omtrent jevnbyrdige i alder og utvikling.

Sosialpsykologisk definisjon

Grunnleggende elementer i mange av de definisjonene som er satt fram i sosialfaglig, psykologisk og sosiologisk faglitteratur om seksuelle overgrep mot barn, har vært:

- det er en handling som barnet ikke kan forstå, ikke er modent for og ikke kan gi informert samtykke til
- handlingen krenker barnets integritet
- den voksne utnytter barnets avhengighet og/eller egen maktposisjon
- handlingen baserer seg primært på den voksnes behov
- aktiviteten bryter med sosiale tabuer innenfor familien eller den aktuelle kulturen eller er ulovlig

Det har også vært lagt vekt på at overgrepssituasjonen inneholder momenter av vold, tvang eller trusler, eller at barnet lures. Mange av de mest brukte sosialpsykologiske definisjonene sier ikke noe konkret om hva de seksuelle handlingene består i. De ledsages altså ikke av uttømmende lister med eksempler på overgrep. Definisjonene vil dermed lettere favne den store variasjonen av overgrep som blir gjort mot barn, og som kan være vanskelig å forestille seg på forhånd. Definisjonene kan således også enklere fange opp "nye typer" overgrep som bl a muliggjøres gjennom moderne informasjonsteknologi – som overgrep via, eller formidlet via, internett eller SMS. I praktisk arbeid kan dette være en fordel.

BARN SOM KRENKER BARN

De siste årene har man i økende grad blitt oppmerksom på uønskede seksuelle kontakter mellom jevnaldrende barn og tenåringer, eldre barn som forgriper seg på yngre, og – av og til – yngre barn som forgriper seg på eldre. Forskning viser dessuten at et ikke ubetydelig antall voksne overgripere begikk sitt første overgrep som barn eller i ung alder. Det blir derfor viktig å inkludere seksuell aktivitet mellom barn som ikke er tuftet på lek og gjensidighet men hvor det er innslag av lureri, press, tvang, trusler eller vold i definisjonene.

INCEST

Incest er inkludert i definisjonene ovenfor. En snever incestdefinisjon innebærer seksuelt samkvem mellom barn og deres biologiske foreldre eller beste- eller oldeforeldre. Man snakker også om søskenincest. Fra et sosialpsykologisk ståsted vil man ofte å bruke et utvidet incestbegrep som inkluderer alle som innehar en foreldrerolle eller en liknende omsorgsrolle overfor barnet.

DEFINISJONSDEBATTEN I SKANDINAVIA

I Skandinavia har debatten om hva man skal definere som et seksuelt overgrep, dreid seg mye om krenkelsenes fysiske karakter. Basert hovedsakelig på den fysiske handlingen, har noen skilt mellom "grove" eller "alvorlige" overgrep på den ene siden og "milde" eller "trivielle" på den andre siden (Sætre, 1997). For eksempel betraktes en "samleieaktig" handling som grovere enn beføling, som igjen oppfattes som grovere enn blotting, sjikane eller posering. Implisitt har det ofte ligget en forestilling om at skadevirkningene er større ved det man på denne måten har klassifisert som grove overgrep. Lovens oppbygning, strafferammene og de faktiske straffereaksjonene gjenspeiler en lignende tankegang. Sætre hevder at man ikke kan skille mellom alvorlige og mindre alvorlige overgrep utelukkende ut fra handlingen, men også må ta hensyn til for eksempel relasjonen mellom overgriper og offer, antall krenkelser og krenkere, alder osv.

Forskning viser et komplisert bilde der skadevirkningene er avhengig av langt flere forhold enn den faktiske handlingen barnet har vært utsatt for. Noen former for overgrep har også blitt betraktet som mindre alvorlige fordi de forekommer relativt ofte i samfunnet. Eksempler på dette er sjikane, tilsnakk, blotting og beføling. Å bagatellisere denne typen overgrep er å forveksle statistikk med etikk. At en type overgrep er vanlig forekommende, kan ikke rettferdiggjøre handlingen.

Omfang

I foreliggende norske prevalensundersøkelser (prevalens er den totale forekomsten av en sykdom/tilstand i befolkningen på et gitt tidspunkt) har man konkludert med omfangstall varierende mellom 8 og 19% mht seksuelle overgrep mot jenter og 1 og 14% mht overgrep mot gutter (se tabell på slutten). Forskjellene i forekomsttall kan sannsynligvis forklares ut fra at man har studert ulike utvalg bl a mht alder og representativitet, man har hatt ulike spørsmålsformulering og man har benyttet

forskjellige aldersgrenser for barndomsopplevelser. En svensk spørreundersøkelse av et representativt utvalg 17-åringer hvorav 1943 skoleelever og 210 ikke gikk i skole, viste en forekomst for jenter på 11,2% og 3,1% for gutter blant skoleelever og betydelig høyere tall (hhv 28% av jentene og 4% av guttene) for de som ikke gikk i skole (Edgardh & Ormstad, 2000). Forfatterne konkluderte med at tallene for skoleelevene derfor var minimumstall.

Finkelhor (Finkelhor, 1994b) har gått gjennom prevalensstudier fra 21 forskjellige land og hevder at variasjonen i omfangstallene skyldes metodologiske ulikheter og bruk av ulike definisjoner i de forskjellige undersøkelsene. Gorey og Leslie (Gorey & Leslie, 1997) har utført en metaanalyse der de sammenlikner 16 prevalensundersøkelser fra USA og Canada. Da de kontrollerte for de ulike metodene og definisjonene i undersøkelsene, viste det seg at forskjellene mellom studiene i hovedsak kunne forklares ut fra svarprosenten og operasjonelle definisjoner. Sætre (Finkelhor, 1994b; Sætre, 1997) konkluderte, bl a med utgangspunkt i de ovennevnte to artiklene, med at omkring 10–20 % av den kvinnelige befolkningen og rundt 5–10 % av den mannlige i vestlige land har vært utsatt for seksuelle overgrep før de fyller 18 år. Tallene inkluderer alt fra overgrep uten berøring (blotting, posering, filming, forslag eller krav om seksuelle ytelser, nesten-voldtekter) via beføling og masturbering til samleie.

Finkelhor fant i sin gjennomgang (Finkelhor, 1994b) at jenter var halvannen til tre ganger mer utsatt for overgrep enn gutter. Sammenlignet med gutter er jenter videre gjennomgående mer utsatt for intrafamiliære overgrep. Disse utgjør mellom en tredjedel og halvparten av jentenes overgrepserfaringer, men bare omkring en tiendedel til en femtedel av guttenes erfaringer (Finkelhor, 1994a). I den norske undersøkelsen fra 1986 (Sætre, Holter, & Jebsen, 1986) var 20 % av de overgrepsutsatte barna utsatt for overgrep fra foreldrefigurer, omsorgspersoner eller slektninger, og 45 % var utsatt for overgrep fra «andre kjente personer» som en nabo, venner av familien osv.

Overgriperne er hovedsakelig gutter og menn. Forskjellige prevalensundersøkelser antyder at ca. hver tiende overgriper er en kvinne (Finkelhor, 1994a; Sætre, Holter, & Jebsen, 1986). Overgrep fra jevnaldrende eller barn eller ungdom under 18 år som forgriper seg på barn, utgjør omkring en tredjedel av overgrepene (Becker & Kaplan, 1988; Finkelhor, 1994a).

Mange av omfangsstudiene baserer seg på selvrapportering i spørreskjemaundersøkelser. Dette kan gi usikre tall, bl a fordi de som velger å svare på spørreskjemaet, ikke behøver å være representative for befolkningen som helhet, men også fordi overgrep dissosieres, fordi forskjellige forskere definerer overgrep forskjellig, og fordi de utsatte har en ulik forståelse av de forskjellige definisjonene og ulik tolkning av hva de har vært utsatt for. Undersøkelser fra USA viser videre at mindre enn halvparten av de utsatte forteller om eller avslører overgrepet i nær tidsmessig tilknytning til hendelsen. En stor andel forteller ikke om overgrepet før de blir spurt for eksempel i forbindelse med at de deltar i en spørreundersøkelse (Elliot, 1993; Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990). Undersøkelser av ofre for dokumenterte seksuelle overgrep tyder på at mer enn en tredjedel ikke forteller om overgrepene når de blir spurt som voksne (Widom & Morris, 1997; Williams, 1994). En gjennomgang av flere amerikanske studier viser dessuten at bare 6–12 % av de overgrepene som avsløres, blir rapportert til myndighetene (Svedin, 1999). Mørketallene mht seksuelle overgrep mot barn er derfor høye, og det er vanskelig å gi sikre anslag på mørketallenes størrelse.

I år 2006 ble det i Norge anmeldt totalt 564 tilfeller av seksualforbrytelser mot barn fra 0-9 år og 1364 tilfeller mot barn i alderen 10-19 år. (Statistisk sentralbyrå 2006, Tabell 8 Personoffer, etter kjønn, alder og type hovedlovbrudd. 2006. Absolutte tall.). Flere av forholdene ligger mange år tilbake i tid. Videre tyder mye på at hjelpeapparatet bare får kjennskap til en begrenset del av overgrepssakene. Det er grunn til å anta at det er betydelig større forekomst av overgrepserfaringer blant barn som registreres i hjelpeapparatet, enn blant andre barn. Ansatte i hjelpeapparatet er fortsatt ikke tilstrekkelig oppmerksomme på problematikken. Bildet kompliseres av at mange av sakene sorterer under andre diagnoser eller saksnavn, og at det er uensartete rutiner for registrering.

Fra enkelte hold er det reist kritikk mot de foreliggende omfangsundersøkelsene (Kutchinsky, 1997; Sandfort, 1997; Sjøgren, 1997). Kritikerne har bl a ment at definisjonene av overgrep har vært for vide og at de "milde overgrepene" ikke bør inkluderes i beregningene. Målet med generelle omfangsundersøkelser må likevel være å gi et mest mulig fullstendig bilde av barns erfaringer med seksuelle krenkelser. Derfor må definisjonene som brukes i undersøkelsene, i utgangspunktet være vide nok til å fange opp alle aspekter av problemområdet. Dette er selvsagt ikke til hinder for at man

på et seinere stadium snevrer inn definisjonene eller legger inn spesielle filtre, for eksempel for å studere konsekvenser av ulike typer overgrep i forskjellige sub-populasjoner. Et viktig poeng er imidlertid at den enkelte forsker gjør rede for hvilke kriterier og definisjoner vedkommende har lagt til grunn og drøfter gyldigheten av egne resultater ut fra dette.

Forekomst av seksuelle overgrep i norske studier. Prosent (K=kvinner, M=menn)

	Omfang	Definisjon	Alder	Utvalg	Metode og svarrate
Oslo-under-søkelsen 2003	8% K 4% M	Utnyttet eller misbrukt seksuelt før fylte 16 år	Før fylte 16 år	Tilfeldig utvalg på 8000 innbyggere i Oslo, i alderen 24-55.	Postal survey Svarprosent 56
Pedersen og Aas 1995	17% K 1% M	All seksuell kontakt mellom barn (<13år) og voksne (>17år), samt tilfeller av seksuell kontakt etter fylte 13 år hvor det er brukt makt	Før fylte 20 år	465 ungdommer i Osloområdet ¹	Postal survey Svarprosent 90
Tambs 1994	13% K 7% M	Seksuell kontakt som omfatter berøring av genitalia	Før fylte 18 år	Nasjonalt befolkningsutvalg på 5000 i alderen 18-60 år	Postal survey Svarprosent 37
Schei, Muus og Bendixen 1994	19% K 4% M	Seksuelle overgrep omfatter både overgrep av ikke-fysisk karakter (eks forslag om å utføre seksuelle handlinger, se på en annens kjønnsorganer) og overgrep som innebærer fysisk kontakt (fra beføling til ulike former for samleie/penetrering)	Før fylte 18 år	1322 tilfeldig utvalgte studenter i Trondheim	Utdeling av spørreskjemaer på forelesninger Svarprosent kvinner 79, menn 72
Sætre m.fl 1986	19% K 14% M	Seksuelle overgrep omfatter både overgrep av ikke-fysisk karakter (eks forslag om å utføre seksuelle handlinger, se på en annens kjønnsorganer) og overgrep som innebærer fysisk kontakt (fra beføling til ulike former for samleie/penetrering)	Før fylte 18 år	Landsrepresentativt utvalg på 2135 personer 15 år og eldre	Utdeling av spørreskjemaer i tilknytning til MMIs månedlige omnibusser Svarprosent 48

1 tabell hentet fra rapporten Den skjulte volden (Pape & Stefansen, 2004)

Referanser

Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven), Justis- og politidepartementet(2005)

Becker, J. V., & Kaplan, M. (1988). The assessment and treatment of adolescent sexual offenders. *Advances in Behavioral Assessment of Children and Families*, 4, 97-118.

Edgards, K., & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica*, 89(3), 310-319.

Elliot, D. M. (1993). Disclosing Sexual Abuse: Predictors and Consequences. Proceedings of the 1993. San Antonio Texas: International Society for Traumatic Stress Studies.

Finkelhor, D. (1994a). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. The Future of Children. *Sexual Abuse of Children*, 4, 31-53.

Finkelhor, D. (1994b). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 409-417.

Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult Men and women. *Child Abuse & Neglect*, 14, 19-28.

Gorey, K. M., & Leslie, D. R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse & Neglect*, 21, 391-398.

Kutchinsky, B. (1997). Seksuelle overgrep mot barn-panikken. In A. Holgerson & L. H. Sjøgren (Eds.), *Seksuelle overgrep mot barn – et kritisk perspektiv* (pp. 11-25). Bergen: Bokforlaget.

Pape, H., & Stefansen, K. (2004). *Den skjulte volden*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Sandfort, G. M. (1997). Studier av seksuelt misbrukte barn: En oversikt, en kritisk gjennomgang og nye data. In A. Holgerson & L. H. Sjøgren (Eds.), *Seksuelle overgrep mot barn – et kritisk perspektiv* (pp. 11-25). Bergen: Bokforlaget.

Sjøgren, L. H. (1997). Avvikende eller normalt. Hvem bedømmer – og etter hvilke kriterier? In A. Holgerson & L. H. Sjøgren (Eds.), *Seksuelle overgrep mot barn – et kritisk perspektiv* (pp. 11-25). Bergen: Bokforlaget.

Svedin, C.-G. (1999). *Expertrapport, Sexuella övergrepp mot barn - Definitioner och förekomst*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sætre, M. (1997). Samfunnsproblemet som forsvant. En kritikk av tendensen til å minimalisere omfanget av seksuelle overgrep mot barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 34, 53-61.

Sætre, M., Holter, H., & Jebsen, E. (1986). *Tvang til seksualitet. En undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Cappelen.

Widom, C. S., & Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 2. Childhood sexual abuse. *Psychological assessment*, 9(1), 34-46.

Williams, L. (1994). Recall of the childhood trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176

Seksuell atferd og utvikling hos barn

Kunnskap om seksuell utvikling og atferd hos barn kan hjelpe oss å forstå hvordan vi skal forholde oss til barns seksuelle atferd og når atferden er bekymringsfull.

Seksualitet hos barn er et følsomt, ideologisert og kontroversielt tema og seksuell atferd hos barn kan oppfattes og forstås svært forskjellig. Det er viktig å skille mellom det som er normal og sunn seksuell lek og utforskning blant barn og seksuell atferd barn kan vise etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep

Seksuell lek og utforskning

Når barn får kontroll over kroppen sin og begynner å leke med andre barn, er mange barn med på seksuell lek. Det er ikke gjort forskning på seksuell lek hos barn i Norge, men det finnes flere undersøkelser fra Sverige, Finland, England og ikke minst USA. Det er funnet en tydelig kulturforskjell mellom seksuell atferd hos barn fra USA i forhold til Sverige (Larsson, 2000). Barn i Sverige, spesielt gutter, viste mer seksuell atferd enn i USA. I begge land var eksponering, titte og berøre andre barn seksuelt vanlig, mens invaderende og eksplisitt seksuell atferd var uvanlig. Samtidig viser forskning på barn i barnehagealder at de er nysgjerrig på, utforsker og leker mange typer seksuelle temaer (Davies, Glaser, & Kossoff, 2000; Friedrich, Grambsch, Broughton et al., 1991; Larsson, 2000; Sandnabba et al., 2003)

En svensk studie viste at seksuell lek mellom barn var hyppigst rundt treårsalderen, og at seksuell lek som regel ikke lignet på voksen seksuell atferd. Forskere fant også at både gutter og jenter lekte oftere seksuelle leker hjemme enn de gjorde i barnehagen (Larsson et al., 2002b). En rekke andre undersøkelser beskriver seksuell atferd hos småbarn (Davies et al., 2000; Friedrich & Trane, 2002; Lagerberg, 2001; Larsson, 2000, 2001a, 2001b; Lindblad, Gustafsson, Larsson et al., 1995; Sandnabba et al., 2003), og hva som er vanlig for ulike alderstrinn. Det vanligste er leker av typen "mor og far", "doktorleker" og opptatthet av fysiske kjønnsforskjeller. Atferd som er mer uvanlig er blant annet atferd som ligner på voksen seksuell aktivitet (Lindblad et al., 1995). Andre studier har funnet at særlig de minste barna kan ofte forsøke å berøre bryster og voksnes genitalier (Rosenfeld, Bailey, Siegel et al., 1986).

Når barn kommer i skolealder er det vanskeligere å observere deres seksuelle atferd, lek og utforskning, og i denne alderen blir seksuelle temaer i større grad skjult for de voksne (Larsson et al., 2002a). I den svenske ungdomsundersøkelsen fant forskerne at 88 % rapporterte en eller annen form for seksuell lek eller aktivitet før de var 13 år (Larsson et al., 2002a). Forekomsten var noe lavere for immigranter. Oftest hadde de vært sammen med en venn (83 %) eller et søskenbarn (10 %) under denne leken, bare i 5 % av tilfellene var de sammen med et søsken. De vanligste aktivitetene var kyssing, snakke om sex, se på pornografisk materiale sammen og erte med seksuelle ord eller komme med seksuelle forslag. De fleste av ungdommene omtalte hendelsene som positive. I den samme undersøkelsen fant forskerne at 87 % av guttene og 79 % av jentene hadde lekt seksuelle leker alene (Larsson et al., 2002a). Ungdommene sa de hadde utforsket egne kjønnsorganer, sett seg selv i speilet og sett på pornografisk materiale. Ungdommene i den svenske undersøkelsen rapporterte at de hadde lært om sex gjennom venner (70 %), tv (62 %), foreldre (51 %) og gjennom bøker og seksualundervisning (42 %). Bare 16 % rapporterte at de hadde blitt informert om seksualitet gjennom søsken.

Problematiske seksuell atferd og utvikling

Mange studier har satt fokus på seksualisert atferd hos barn og om denne atferden kan settes i sammenheng med å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. I en amerikansk studie fant forskerne at barn som var seksuelt misbrukt (Friedrich, Grambsch, Damon et al., 1992) langt oftere viste en seksualisert atferd enn barn som ikke hadde vært misbrukt.

Seksualisert atferd hos barn kan også være et uttrykk for annen psykisk, sosial eller psykiatrisk problematikk. Mens forskere fant at 5% av svenske barn masturberte i barnehagen (Lindblad et al., 1995), var raten for barn med utviklingsforstyrrelser 17%

Voksnes reaksjoner på barns seksuelle lek og atferd

Voksne har svært ulike holdninger til barns seksuelle lek og atferd. Yrke og kjønn synes å ha betydning for hvordan seksuell lek fortolkes (Heiman, Leiblum, Cohen Esquilin et al., 1998; Larsson et

al., 2002b). Personer som arbeider med barn som utsettes for seksuelle overgrep synes oftere å karakterisere seksuell atferd som negativ eller problematisk enn andre grupper (Heiman et al., 1998). Larsson (2002b) fant at kvinner oftere enn menn, og foreldre oftere enn profesjonelle anså seksuell lek blant barn som negativt.

Referanser

Beauregard, E., Lussier, P., & Proulx, J. (2004). An Exploration of Developmental Factors Related to Deviant Sexual Preferences Among Adult Rapists. *Sexual abuse*, 16(2), 151-161.

Davies, S. L., Glaser, D., & Kossoff, R. (2000). Children's sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports, and responses. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1329-1343.

DeLamater, J., & Friedrich, W. N. (2002). Human sexual development. *The Journal of sex research*, 39(1), 10-14.

Drach, K. M., Wientzen, J., & Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse & Neglect*, 25(4), 489-503.

Friedrich, W. N. (1993). Sexual Victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child abuse & neglect*, 17, 59-66.

Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J., & Beilke, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88(3), 456-464.

Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Lang, R. A., & Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological assessment*, 4(3), 303-311.

Friedrich, W. N., & Trane, S. T. (2002). Sexual behavior in children across multiple settings. *Child abuse & neglect*, 26(3), 243-245.

Gil, E., & Johnson, T. C. (1993). *Sexualized children. Assessment and treatment of sexualized children and children who molest*. Rockville, MD: Launch Press.

Heiman, M. L., Leiblum, S., Cohen Esquilin, S., & Melendez Pallitto, L. (1998). A Comparative Survey of Beliefs About "Normal" Childhood Sexual Behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 289-304.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). Sexual behavior in the human male. Lagerberg, D. (2001). Parents' observations of sexual behaviour in pre-school children. *Acta Paediatrica*, 90(4), 367-369.

Lagerberg, D. (2001). Parents' observations of sexual behaviour in pre-school children. *Acta Paediatrica*, 90(4), 367-369.

Langfeldt, T. (1990). Early childhood and juvenile sexuality, development and problems. In M. E. Perry (Ed.), *Handbook of sexology, vol 7: Childhood and adolescent sexology* (pp. 179-200).

Langfeldt, T. (1993). *Sexologi*. Oslo: Ad Notam.

Larsson, I. (2000). Differences and similarities in sexual behaviour among pre-schoolers in Sweden and USA. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54(4), 251-257.

Larsson, I. (2001a). *Children and sexuality. "Normal" sexual behaviour and experiences in childhood*. Lindköping University, Lindköping.

Larsson, I. (2001b). Sexual behaviour in Swedish preschool children, as observed by their parents. *Acta Paediatrica*, 90, 436-444.

Larsson, I., & Svedin, C. G. (2002a). Sexual experiences in childhood: Young adults' recollections.

Archives of sexual behavior, 31(3), 263-273.

Larsson, I., & Svedin, C. G. (2002b). Teachers' and parents' report on 3- to 6-year-old children's sexual behavior--a comparison. *Child abuse & neglect*, 26(3), 247-266.

Lindblad, F., Gustafsson, P. A., Larsson, I., & Lundin, B. (1995). Preschoolers' sexual behavior at daycare centers: An epidemiological study. *Child abuse & neglect*, 19(5), 569-577.

Rosenfeld, A., Bailey, R., Siegel, B., & Bailey, G. (1986). Determining incestuous contact between parent and child: Frequency of children touching parents' genitals in a nonclinical population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(4), 481-484.

Ryan, G. (2000a). Childhood sexuality: A decade of study. Part I-- Research and curriculum development. *Child abuse & neglect*, 24(1), 33-48.

Sandnabba, N. K., Santtila, P., Wannas, M., & Krook, K. (2003). Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse & neglect*, 27(6), 579-605.

Barns betroelser om seksuelle overgrep – avdekking

Forskningsresultater peker på at avdekking av seksuelle overgrep er en dialogisk prosess som er personlig, privat, og dypt forankret i vår kulturelle forståelse av seksualitet og overgrep.

Mange barn vegrer seg for å fortelle om seksuelle overgrep. En rekke studier de siste 20 årene har vist at barn ofte ikke forteller om at de utsettes for seksuelle overgrep mens overgrepene pågår. Til tross for at det nå snakkes mer om at barn kan utsettes for seksuelle overgrep enn for 20 år siden, ser det ikke ut til å ha nevneverdig effekt på barns rapportering om sitt misbruk.

Omfang - barns rapportering

Det finnes nesten ingen norske studier som belyser spørsmålet om hvor vanlig det er at barn beretter om misbruk mens det pågår. I en norsk studie (Tambs, 1994), fortalte 35 % av de som var utsatt for alvorlige seksuelle overgrep som innebattet berøring av kjønnsdeler at de hadde fortalt det til noen. Ca. halvparten av disse fortalte det til en annen voksen eller til en forelder. De fleste studier om rapportering er gjort i U.S.A. ved å spørre voksne kvinner og menn om deres erfaringer som barn. En oppsummering av de største studiene samsvarer godt med den norske studien og viser at kun litt over 1/3 av kvinnene og mennene som har vært misbrukt seksuelt fortalte det til noen mens misbrukte skjedde (London et al., 2005). Det vil si at langt de fleste valgte å holde overgrepene skjult. I en nasjonal survey studie gjennomført i USA svarte for eksempel 28% av de seksuelt misbrukte kvinnene at de ikke hadde fortalt noen om overgrepene før de hadde blitt spurt i forskningsintervjuet (Smith et al., 2000).

Selv for de som forteller om overgrepene er det mange som venter lenge før de betror seg til noen (Roesler & Wind, 1994). Undersøkelser rapporterer om at gjennomsnittstiden det kan ta før det rapporteres om seksuelle overgrep er mellom 3 til 18 år (Lamb & Edgar-Smith, 1994). Det kan også se ut som om det er vanskeligere for menn å berette om seksuelt misbruk enn kvinner (Finkelhor et al., 1990).

Selv der hvor misbruket er kjent, for eksempel fordi overgriper har videofilmet overgrepene sine, har barn en tendens til å underrapportere hva som har hendt med dem (Orbach & Lamb, 1999; Sjøberg & Lindblad, 2002).

Overgrep innen familien

Det kan se ut som om det er vanskeligere for barn å fortelle om pågående seksuelle overgrep hvis overgrepene utføres av en som er i barnets nære familie, enn hvis overgriperen er en fremmed (Hanson et al., 1999; Smith et al., 2000; Ussher & Dewberry, 1995). Barnets avhengighet til voksne og lojalitet til foreldre gjør det rimlig å tenke at det å fortelle om overgrep begått av en foreldrefigur er ekstra vanskelig. Det finnes imidlertid også studier som har konkludert med at relasjonen mellom barnet og overgriper ikke har hatt noen innvirkning på om historien fortelles eller ikke (Arata, 1998; Lamb & Edgar-Smith, 1994).

Aldersforskjeller

Det er ikke noen klare aldersforskjeller med hensyn til om barn forteller om overgrep eller ikke. Noen studier har vist at yngre barn forteller oftere enn eldre barn (Smith et al., 2000), mens andre studier har ikke kunne påvise denne forskjellen (Arata, 1998). Et interessant funn er at ungdommer har en tendens til å fortelle oftere til en venn eller venninne enn til en i familien (Everill & Waller, 1995; Kellogg & Huston, 1995). Yngre barn forteller imidlertid oftere til en forelder (Lamb & Edgar-Smith, 1994; Roesler & Wind, 1994). Det kan bety at sannsynligheten for at et barn forteller om overgrep varierer med alder og med tilgjengeligheten av en fortrolig person (London et al., 2005)).

Fysiske skader

Fordi seksuelt misbruk sjelden resulterer i fysiske skader og det ikke finnes noen entydige symptomer på seksuelle overgrep er det helt avgjørende at et barn kan berette om overgrep for å få misbruket til å stoppe. Det er derfor viktig å få mere kunnskap om hvordan barn kan hjelpes til å fortelle sin historie på en sannferdig måte.

Faktorer av betydning for at barnet skal fortelle

To norske studier hvor barn og ungdom ble spurt om hvorfor det var vanskelig for dem å fortelle om pågående seksuelle overgrep viser hvor viktig det kan være at voksne tilrettelegger for at barn kan fortelle om overgrep (Jensen et al., 2005; Søftestad, 2006).

I studien til Jensen et al. kom det frem at barna synes det var lettere å fortelle om overgrep dersom de oppfattet at de:

- hadde en anledning til å fortelle
- at det hadde en hensikt å fortelle
- at det i samtalen var skapt en forbindelse til temaet overgrep.

Barna opplevde at det var vanskelig å finne anledninger til å fortelle om noe de opplevde som privat, skamfullt og truende. Slike situasjoner krevde god tid og fortrolighet.

Barnet måtte også være sikker på å bli trodd og at deres motiver for å fortelle ikke ville bli mistenkeliggjort. De var opptatt av om noen andre ville lide som resultat av avsløringen. Her var de spesielt opptatt av om mor ville rammes, men også av hva som ville skje med overgriper, spesielt hvis denne var far.

Barna formidlet også hvor vanskelig det var for dem å tematisere et så kulturelt tabuisert fenomen som det ikke er etablerte samtalevaner om. Betroelser var derfor lettere å få til hvis det var skapt en tematisk forbindelse til overgrep. For eksempel hvis barnet og den voksne så på et TV program om seksuelle overgrep var det lettere for barnet å ta initiativ til en betroelse om hva de selv opplevde.

Lignende funn er fremkommet i Søftestads studie av ungdommer utsatt for overgrep som barn. Her fremkommer det at de ikke fortalte noen om overgrepene delvis fordi de var så små at de ikke forsto at det som skjedde var galt, delvis fordi de var redd for konsekvensene av å fortelle. Spesielt var de redd for hva overgriper ville komme til å gjøre. De var også opptatt av at fortellingen kunne føre til at andre i familien ble lei seg eller at familien ble splittet. Og de fryktet den "offentlige" oppmerksomheten avdekking ville vekke.

Disse resultatene peker på at avdekking av seksuelle overgrep er en dialogisk prosess som er personlig, privat, og dypt forankret i vår kulturelle forståelse av seksualitet og overgrep. Det er mye som tyder på at de voksne må tilrettelegge for at barn kan fortelle om overgrep. Dette kan gjøres ved å skape situasjoner som er trygge, og hvor fortrolige samtaler fortløpende kan finne sted. De er viktig at den voksne formidler at han eller hun tåler å høre om barnets erfaringer. Det kan ofte være nødvendig at den voksne tematiserer seksuelle overgrep som noe som skjer i familier og samfunnet forøvrig. Samtidig må den voksne være varsom med å snakke med barnet på en ledende og påtrengende måte som i verste fall kan få barnet til å si noe som ikke er sant.

Referanser

Arata, C. M. (1998). To tell or not to tell: Current functioning of child sexual abuse survivors who disclosed their victimization. *Child Maltreatment*, 3, 63-71.

Everill, J., & Waller, G. (1995). Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates. *Child Abuse & Neglect*, (19), 93-100.

Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14, 19-28.

Hanson, R. F., Resnick, H. S., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., & Best, C. (1999). Factors related to the reporting of childhood rape. *Child Abuse & Neglect*, 23, 559-569.

Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1395-1413.

- Kellogg, N. D., & Huston, R. L. (1995). Unwanted sexual experiences in adolescence: Patterns of disclosure. *Clinical Pediatrics*, 34, 306-312.
- Lamb, S., & Edgar-Smith, S. (1994). Aspects of disclosure: Mediators of outcome of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 307-326.
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D. W. (2005). Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, public policy, and law*, 11(1), 194.
- Orbach, Y., & Lamb, M. (1999). Assessing the accuracy of a child's account of sexual abuse: A case study. *Child Abuse & Neglect*, 23, 91-98.
- Roesler, T. A., & Wind, T. W. (1994). Telling the secret - adult women describe their disclosures of incest. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(3), 327-338.
- Sjoeberg, R. L., & Lindblad, F. (2002). Limited disclosure of sexual abuse in children whose experiences were documented by videotape. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 312-314.
- Smith, D. W., Letourneau, E. J., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2000). Delay in disclosure of childhood rape: Results from a national survey. *Child Abuse & Neglect*, 24(2), 273-287.
- Søftestad, S. (2006). "Det som ikke finns"- når seksuelle overgrep mot barn blir kjent.
- Tambs, K. (1994). *Undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Statens institutt for folkehelse.
- Ussher, J. M., & Dewberry, C. (1995). The nature and long-term effects of childhood sexual abuse: A survey of women survivors in Britain. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 177-192.

Konsekvenser av seksuelle overgrep

Barn er spesielt sårbare når de utsettes for seksuelle overgrep, fordi tidlige erfaringer i barnets liv danner grunnlag for hvordan barnet senere oppfatter seg selv. Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep kan ha et sammensatt og utydelig symptom-bilde som igjen kan være vanskelig å skille fra symptomer som følge av andre traumatiske hendelser det har vært utsatt for.

Det er vanskelig å identifisere typiske trekk ved skadevirkninger etter seksuelle overgrep fra symptomer barn som har vært utsatt for andre traumatiske påkjenninger kan utvise. Barn er spesielt sårbare når de utsettes for seksuelle overgrep, fordi tidlige erfaringer i barnets liv danner grunnlag for hvordan barnet senere oppfatter seg selv, forholder seg til andre mennesker og forstår omverdenen. Slik kan seksuelle overgrep mot barn føre til skadevirkninger utover de umiddelbare negative opplevelsene barnet erfarer, og få alvorlige følger også i voksen alder (Swanston, Plunkett, Toole, Shrimpton, Parkinson, Oates, 2003).

Korttidseffekter forbindes gjerne med symptomer og atferdsproblemer som viser seg i løpet av to år etter det siste overgrepet har funnet sted. Langtidseffekter kan forstås ut fra studier av voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn (Svedin, 2000).

Identifisere skadevirkninger

Det viser seg at det er vanskelig å skille både negative tidlige effekter, og negative langtidseffekter av seksuelle overgrep mot barn, fra konsekvenser av andre stressfylte og traumatiske hendelser barn kan være utsatt for (Andrews, 1995, 1998). Bekymringsfull seksuell atferd er atferdstrekk som oftest refereres som konsekvens av seksuelle overgrep i barndommen (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta & Akman, 1991; Browne & Finkelhor, 1986b, Green, 1993, Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993). Mange typer seksuell atferd er imidlertid vanlig hos barn, både blant gutter og jenter.

Det er vesentlig å lytte til barnet, og ta barnets egen oppfattelse og forståelse av hendelsen i betraktning, for å kunne forklare de ulike symptomene barn rapporterer etter overgrep (Brown & Kolko, 1999; Feiring, Taska, & Liwis, 1998; Runyon & Kenny, 2002). Det er også nødvendig å vurdere demografiske og kulturelle faktorer for å forstå konsekvenser av seksuelle overgrep (Deblinger & Runyon, 2005).

Forhold ved overgrepssituasjonen

3 forhold ved overgrepssituasjonen kan danne grunnlag for å si noe om alvoret ved handlingen og dermed gi forståelse for i hvilken grad barnet blir skadet på kort og lengre sikt:

- For det første er det forhold ved barnet, som barnets kjønn, alder, når overgrep startet og sluttet, og om barnet har et nært forhold til overgriperen eller ei.
- For det andre er det forhold ved selve overgrepet; hvor lenge overgrepet har foregått, alvoret ved handlingen som om det ble benyttet tvang, om barnet ble fysisk skadet og om overgrepet ble opplevd som smertefullt eller skremmende.
- For det tredje er det forhold i familien, særlig om barnet har blitt beskyttet, lyttet til og trodd da overgrepet ble oppdaget (Quas, Goodman & Jones, 2003; Friedrich, 1990).

Hvis barnet i tidlig alder blir utsatt for gjentatte overgrep av en forelder eller en annen omsorgsperson, er det grunn til å anta at overgrepene gir alvorlige skader. Både norsk og internasjonal forskning viser at jenter er betydelig mer utsatt for seksuelle overgrep enn gutter.

Symptomer

Tegn på skadevirkninger på kort sikt kan være angsttilstander (uro, redsel), mareritt, oppmerksomhets og konsentrasjonsproblemer, fobier, PTSD, dissosiative reaksjoner, depresjon, lav selvfølelse, selvmordsatferd, seksuelle atferdsforstyrrelser (Green, 1993; Friedrich, Fisher, Dittner, Acton, Berliner, Butler, 2001; Koverola, Pound, Heger & Lytle, 1993).

Skyldfølelse, selvbefridelse, sosial isolasjon, kriminalitet, rusavhengighet, seksuell problematikk og utsatthet for gjentatte overgrep er symptomer som i tillegg vanligvis blir beskrevet som langtidsvirkninger (Alexander, 1992; Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, Akman & Cassavia, 1992;

Browne og Finkelhor, 1986; Finkelhor, 1990; Finkelhor & Browne, 1985; Feiring, Taska & Lewis, 1998; Feiring, Taska & Chen, 2002).

Kjønnsforskjeller

Relativt lite oppmerksomhet er rettet mot kjønnsforskjeller når det gjelder senvirkninger av seksuelle overgrep i barndommen (Walker, Carey, Mohr, Stein & Seedat, 2004). Dette kan blant annet komme av at forskningen i større grad har fokusert på seksuelle overgrep mot jenter og kvinner, men også av at gutter i mindre grad forteller om seksuelle overgrep (Finkelhor et al., 1990), og at man undervurderer alvoret i seksuelle overgrep mot gutter.

Noen forskere finner at jenter viser mer innadvent atferd som depresjon, angst, PTSD og selvmordsatferd (Feiring, Taska & Lewis, 1999; Friedrich, 1988), mens gutter viser utagerende atferd som opposisjon, aggresjon, impulsivitet og rusavhengighet (Green, 1988; Kendall-Tackett et al., 1993).

Kavanaugh (2003) studerte skadevirkninger på førskolebarn. Hun finner ingen kjønnsforskjell i symptombildet, og viser til at innadvent atferd er hyppigere registrert enn utagerende atferd hos både gutter og jenter.

Det er vanskelig å oppdage at barnet har vært utsatt

Seksuelle overgrep mot barn er av ulike grunner vanskelig å oppdage. En av grunnene er at mange barn som har vært utsatt for slike overgrep ikke viser psykiatriske, psykologiske eller sosiale symptomer. Blant annet fant Tong, Oates & McDowell (1987) at hele 36 % av de seksuelt misbrukte barna i deres undersøkelse ikke viste symptomer i følge standardiserte diagnostiske mål (Child Behavior Checklist). Disse barna blir beskrevet som spesielt motstandsdyktige (Feiring, et al. 2002; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993).

Det er viktig å identifisere faktorer som støtter slik motstandsdyktighet for å kunne oppdage og forstå skadevirkninger seksuelle overgrep kan føre til.

Friedrich (1990) beskriver hvordan samspill mellom barnet og omgivelsene innvirker, og gir ulike forløp. I dette ligger de totale utviklingsbetingelsene i barnets oppvekstmiljø. Barnets generelle utvikling og modning, andre livserfaringer og hvordan det generelt mestrer sine erfaringer spiller inn. Likeså er forhold som familiefunksjon, hvordan familiemedlemmene generelt reagerer på stress, og nettverk ellers, som venner og skole, viktige faktorer som påvirker barnets totale utvikling.

Som vi ser kan barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep få et sammensatt og utydelig symptom bilde. Seksuelle overgrep pågår ofte sammen med andre negative familiefaktorer som fysiske overgrep og omsorgssvikt. Det er viktig å ikke trekke konklusjoner fra observasjoner av enkeltsymptomer (Sbraga & O'Donohue, 2003; Wolfe & Legate, 2003).

Det er nødvendig å ha god generell kunnskap om barns utvikling, og å kunne skille mellom vanlige og svært uvanlige atferdstrekk, for å fange opp barn som det er grunn til å bekymre seg for.

Referanser

Alexander, P. (1992). Introduction to the special section on adult survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology*, 60, 165-166.

Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 277-285.

Andrews, B. (1998). Shame and childhood abuse. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp176-190). New York: Oxford University Press.

Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short-time effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15(4), 537-556.

Beitchman, J., Zucker, K., Hood, J., DaCosta G. A., & Akman, D., Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 101-118.

Brown, E., & Kolko, D. (1999). Child victims' attributions about being physically abused: An

- examination of factors associated with symptom severity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 311-322.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986b). Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Deblinger, E., & Runyon, M. K. (2005). Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment*, 10, 364-376.
- Feiring, C., Taska, L. S., & Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child maltreatment*, 7, 26-41.
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescent's adaption to sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23, 115-128.
- Feiring, C., Taska, L. S., & Lewis, M. (1998). The role of shame and attributional style in children's and adolescents' adaption to sexual abuse. *Child Maltreatment*, 3, 129-142.
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 325-330.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- Friedrich, W. N. (1990). *Psychoterapy of sexually abused children and their families*. New York: Norton & Company.
- Friedrich, W. N. (1988). Behavioral problems in sexually abused children: An adaptional perspective. In: G. E. Wyatt & G. J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse* (pp. 171-191). Newbury Park, CA: Sage
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., et al. (2001). Child sexual behaviour inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6, 37-49.
- Green, A. H. (1993). Child sexual abuse: Immediate and long-term effects and intervention. *Journal of American Academy in Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 890-902.
- Green, A. H. (1988). Child maltreatment and its victims: a comparison of physical and sexual abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 591-610.
- Kavanaugh, A. L. (2002). Behavioural sequelae that differentiate sexually abused from nonabused preschool children. *Dissertation Abstracts International*, 63(12), 6097B.(UMI No. 3076221)
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Huges, M., Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry* 52, 1048-1058.
- Koverola, C., Pound, J., Heger, A., & Lytle, C. (1993). Relationship of child sexual abuse to depression. *Child Abuse & Neglect*, 17, 393-400.
- Quas, J. A., Goodman, G. S., & Jones, D. P. H. (2003). Predictors of attribuions of self-blame and internalizing behaviour problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5), 723-736.
- Runyon, M. K., & Kenny, M. (2002). Relationship of attributional atyle, depression, and post-trauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7, 254-264.
- Sbraga, T. P., & O'Donohue, W. (2003). Post hoc reasoning in possible cases of child sexual abuse: Symtoms of inconclusive origins. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 320-334.

Svedin, C. G. (2000). *Sexuella övergrepp mot barn. Upptäkt och konsekvenser*. (Expertrapport 2000-36-004). Stockholm: Sosialstyrelsen.

Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N., & Oates, R. K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 967-984.

Tong, L., Oates, K., & McDowell, M. (1987). Personality development following sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 11, 371-383.

Walker, J. L., Carey, P. D., Mohr, N., Stein, D. J., & Seedat, S. (2004). Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 111-121.

Wolfe, D. A., & Legate, B. L. (2004). Expert opinion on child sexual abuse: Separating myths from reality. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 339-343.

Medisinske undersøkelser

De fleste seksuelle overgrep mot barn og ungdom etterlater ikke fysiske spor (Adams, Harper, Knudson, & Revilla, 1994; Berenson et al., 2000; Berenson et al., 2002), og det er svært sjelden medisinske funn kan "bevise" overgrep. Enkelte ganger kan fysiske, medisinske funn imidlertid tyde på overgrep eller forklares av overgrep. Fravær av medisinske funn kan likevel ikke utelukke overgrep (Myhre, Borgen, & Ormstad, 2006). Barnets beskrivelse av hva som har skjedd, er viktig for å forstå betydningen av eventuelle funn eller mangel på funn.

Når undersøker man

Er det grunn til å tro at et barn har vært utsatt for seksuelle overgrep, vil man oftest foreta en medisinsk undersøkelse. Et viktig spørsmål er likevel på hvilket tidspunkt i utredningen den medisinske undersøkelsen bør utføres.

Helsesøster, helsestasjons-/skolelege eller primærlege er ofte blant de første barnet eller familien tar kontakt med. I mange tilfeller vil bekymringer om overgrep mot barn oppstå på bakgrunn av vage antydninger fra barnet, tvetydige utsagn fra barnet eller at barnet oppfører seg avvikende – f.eks. ved at barnet har en seksualisert væremåte. Andre undersøkelser (som å snakke med /observere barnet eller innhente opplysninger fra de som har med barnet å gjøre) vil da kunne styrke eller svekke en bekymring og bidra til å avklare hvorvidt man i neste omgang bør foreta medisinsk undersøkelse.

Ofte ligger også de antatte overgrepene noe tilbake i tid (uker, måneder eller år), og/eller overgrepene er av en slik karakter at det er lite sannsynlig at de har forårsaket skade eller etterlatt spor. I slike tilfelle er det ikke nødvendig med en haste-undersøkelse. Hvis politi eller barneverntjeneste allerede er involvert, eller man planlegger å kontakte disse, anbefaler man oftest å vente med den medisinske undersøkelsen til etter at politiet og/eller barneverntjenesten har gjort det vesentligste av sine undersøkelser for ikke å påvirke resultatet av deres undersøkelser.

Har barnet plager eller symptomer på at noe er galt, skal barnet selvsagt undersøkes på lik linje med barn som har andre plager. Er foreldre eller pårørende engstelige, kan det også være fomålstjenlig med en medisinsk avklaring på et tidlig tidspunkt.

SPORSIKRING

Er det opplysninger om sædavgang eller blødninger eller om at det har vært utøvd vold i forbindelse med et overgrep, er rask sporsikring og akutt behandling aktuelt. Sporsikring er særlig aktuelt innenfor de første to-tre dagene etter et overgrep. Eventuelle skader gror ofte raskt og uten å etterlate spor (Heppenstall-Heger et al., 2003; McCann & Voris, 1993; McCann, Voris, & Simon, 1992), og sædceller har begrenset levetid i kroppens hulrom (Finkel & Giardino, 2002). Ved behov for akutt behandling, eller hvis transporten til nærmeste barneavdeling eller voldtektsmottak er svært lang, problematisk eller tidkrevende med fare for at eventuelle spor eller "bevis" forspilles, vil primærhelsetjenesten selv sørge for å gi medisinsk behandling, og å sikre eventuelle spor. Barnet vil da vanligvis henvises til kompletterende undersøkelser ved en barneavdeling eller et voldtektsmottak etterpå.

Hvem skal undersøke

Utredning ved mistanke om seksuelle overgrep mot barn krever samarbeid mellom ulike etater. Politi, barnevern og helsevesen har sentrale roller. Når det gjelder medisinske funn, er den normale variasjonen stor og tolkningen vanskelig (Myhre, Borgen, & Ormstad, 2006). Arbeidet bør overlates til en lege som har erfaring fra saksfeltet. Den medisinske undersøkelsen av barn som man mistenker har vært utsatt for seksuelle overgrep, utføres i de fleste land av barneleger eller rettsmedisinere, eventuelt samarbeider disse om undersøkelsen.

Gjennomføring av den medisinske undersøkelsen

Barnet og de pårørende forberedes godt på forhånd mht hva som skal skje og hva man kan forvente av undersøkelsen med tanke på hva den kan avklare. Undersøkelsen foregår mest mulig på barnets premisser og det finnes det ingen hjemmel for å undersøke barnet med tvang dersom barnet ikke selv

vil la seg undersøke. En påtvunget undersøkelse kan i seg selv representere et overgrep og i noen situasjoner må taktiske hensyn, for eksempel med tanke på etterforskning, vike for hensynet til barnet. I de fleste tilfellene blir barnet undersøkt på en vanlig undersøkelsesbenk eller i fanget til én av foreldrene – det dreier seg altså ikke om en ordinær gynekologisk undersøkelse. Barnet utsettes vanligvis ikke for smertefulle prosedyrer.

Formålet med den medisinske undersøkelsen

Den kroppslige medisinske undersøkelsen har flere formål (Seksuelle overgrep mot barn. En veileder for hjelpeapparatet., 2003).

Først og fremst er det viktig å diagnostisere en eventuell behandlingskrevende tilstand og forebygge og eventuelt avbryte graviditet. I enkeltstående tilfeller kan man se mindre skader (for eksempel rifter eller sår) som må behandles. Som oftest vil eventuelle fysiske skader likevel være overfladiske og ikke kreve spesiell medisinsk behandling eller oppfølging. Av og til er det en risiko for at barnet har blitt smittet med en kjønnssykdom eller en annen alvorlig sykdom som for eksempel HIV eller hepatitt (leverbetennelse). Forebyggende behandling må i så fall vurderes og det er viktig med avklaring og oppfølging. En eventuell graviditet, som ikke ønskes avbrutt, krever tett oppfølging.

Å forsikre barnet og de pårørende om at kroppen er frisk, og at eventuelle fysiske skader i forbindelse med overgrepet ikke vil ha betydning verken for helsen generelt, seinere seksualliv eller for reproduktiv helse, er viktig for å kunne bearbeide det som har skjedd. Særlig yngre barn kan ha fantasifulle forestillinger om hva som kan ha skjedd med kroppen deres ved et overgrep eller i en overgrepslignende situasjon. Likevel kan også større barn, ungdom og voksne pårørende ha urealistiske oppfatninger om skader som det er viktig å drøfte med dem. I en del tilfeller må en også regne med at det virkelige omfanget av overgrepene aldri blir kjent, og at overgrepene kan ha vært av grovere karakter og/eller av et større omfang enn det som har kommet fram i avhør eller utredninger. En grundig medisinsk undersøkelse som konkluderer med at "alt nedentil er normalt", vil da være en lettelse.

Den medisinske undersøkelsen kan videre rydde unødig bekymring av veien. Eksempler på dette er at noen på helsestasjonen eller noen i barnehagen har observert at ei av jentene er "uvanlig åpen" nedentil, eller at en lege eller en annen helsearbeider har uttalt at hele eller deler av jomfruhinna mangler. Slike avvikende observasjoner kan i sin tur lede til mistanke om overgrep. Erfaringsmessig vil dette ofte dreie seg om feiltolkninger eller varianter av det normale og en kyndig lege vil vanligvis konkludere med normale funn. En medisinsk undersøkelse utført av en barnelege med erfaring kan derfor avverge unødig oppstyr og ubegrunnet bekymring.

Den medisinske undersøkelsen har juridisk betydning ved at man kan sikre materiale til videre analyser og påvise kroppslige funn som objektivt kan tyde på at overgrep har skjedd. Undersøkelsen vil som oftest bare kunne indikere men vanligvis ikke kunne bidra med funn som sikkert kan knyttes til overgrep. På den andre siden er det viktig å være klar over at manglende positive funn (altså normalfunn eller såkalte uspesifikke funn) ikke på noen måte utelukker at overgrep har skjedd. Avgjørende bevismateriale som sædrest, spytt, hår eller annet biologisk materiale fra en mulig overgriper eller materiale fra et åsted, kan sikres ved en medisinsk undersøkelse for seinere rettsmedisinske analyser. Påvisning av enkelte bakterier eller virus vil også styrke mistanken om overgrep.

Hvorfor finner man ofte ikke noe

Seksuelle overgrep – særlig mot barn som ikke har gått i pubertet – har ofte en annen karakter enn typiske voldtekter begått mot tenåringer og voksne. I en del tilfeller vil det dreie seg om ulike former for beføling eller barnet må kle av seg og vise seg fram (ev fotograferes eller filmes) og ev utføre seksuelle handlinger med seg selv eller observere voksne som er nakne og/eller utfører seksuelle handlinger. Beskriver barnet "inntrenging" trenger det ikke nødvendigvis stemme med hva som faktisk har skjedd, selv om barnet har opplevd ubehag eller smerte. Videre innbefatter overgrepene sjelden bruk av fysisk vold – overgriper bruker ofte lang tid på å oppnå tillit og velvilje hos barnet (Finkel & Giardino, 2002). Når det gjelder overgrep med inntrengning i skjede og/eller endetarmsåpning vil man likevel sjelden finne skader. Dette forklares dels ved at slike overgrep ofte skjer etter en gradvis tilvenning, f eks i form av tøyning av vevet, dels ved at kjønnsorganenes og endetarmsåpningens vev i utgangspunktet er svært elastisk og dels ved samtidig bruk av glidemidler. Studier har også vist at

skader tilheles raskt og at fysiske forandringer i svært få tilfeller forblir varige (Heppenstall-Heger et al., 2003; McCann & Voris, 1993; McCann, Voris, & Simon, 1992). Et tilleggsmoment er at en del overgrep i stedet innebærer penetrasjon av munnhulen som har en videre åpning.

Referanser

Adams, J., Harper, K., Knudson, S., & Revilla, J. (1994). Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*, 94(3), 310-317.

Berenson, A., Chacko, M., Wiemann, C., Mishaw, C., Friedrich, W., & Grady, J. (2000). A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(4), 820-831.

Berenson, A., Chacko, M., Wiemann, C., Mishaw, C., Friedrich, W., & Grady, J. (2002). Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. *Pediatrics*. 2002 Feb;109(2):228-35 109(2), 228-235.

Finkel, M., & Giardino, A. (Eds.). (2002). *Medical evaluation of child sexual abuse, a practical guide* (2nd. ed.) London: Sage Publications.

Heppenstall-Heger, A., McConnell, G., Ticson, L., Guerra, L., Lister, J., & Zaragoza, T. (2003). Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics*, 112(4), 829-837.

McCann, J., & Voris, J. (1993). Perianal injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*, 91(2), 390-397.

McCann, J., Voris, J., & Simon, M. (1992). Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*, 89(2), 307-317.

Myhre, A. K., Borgen, G., & Ormstad, K. (2006). Seksuelle overgrep mot prepubertale barn. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 126(19), 2511-2514.

Seksuelle overgrep mot barn. En veileder for hjelpeapparatet (2003). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet og Barne- og familiedepartementet.

Unge som begår seksuelle overgrep

Anja Emilie Kruse (2011)

Kunnskap om unge som begår seksuelle overgrep er viktig av flere grunner. Slik kunnskap kan hjelpe oss til å forstå hvorfor seksuelle overgrep skjer og i hvilke situasjoner overgrep forekommer. Denne kunnskapen kan også hjelpe oss til å utforme gode tiltak og behandling av høy kvalitet til de unge menneskene som begår seksuelle overgrep.

Ungdom som begår seksuelle overgrep forstås her som personer mellom 13 og 18 år som har begått seksuelt krenkende handlinger overfor barn, ungdom eller voksne. Med "unge" tenker man altså på ennå ikke myndige ungdommer i ulike stadier av puberteten. Med seksuelle overgrep menes seksuelt krenkende handlinger som ikke faller innenfor rammene av normal seksuell utforskning.¹

Noen yngre barn begår også seksuelt krenkende handlinger. Forskning tyder imidlertid på at dette problemet er større blant ungdom enn blant yngre barn. Derfor handler dette kapittelet først og fremst om unge som begår seksuelt krenkende handlinger.

Forskning viser at det er store forskjeller innenfor gruppen ungdom som krenker andre seksuelt. Dette gjelder både i forhold til hvilken type overgrep de har begått, hvem som utsettes for overgrepene (alder, relasjon, kjønn), i hvor stor grad det er brukt vold, tvang, press og manipulasjon, hvilke handlinger som er utført (blotting, titting, internettovergrep, beføling og penetrering), hvor lenge overgrepene har pågått og om det er en eller flere utsatte. Det er også stor variasjon i hvilke forklaringer de har oppgitt om årsak til at de har begått overgrep, om de har psykiske lidelser, hvilken oppvekst de har hatt og om de gjentar overgrep etter behandling (Långström, Grann & Lindblad, 2000; Oxnam & Vess, 2006; Worling, 2001).

De fleste unge som krenker andre seksuelt er gutter, men det finnes også beskrivelser av jenter som begår overgrep. Nyere undersøkelser kan tyde på at det er noen flere jenter enn tidligere antatt blant de unge som begår seksuelle overgrep (Kjellgren, 2009).

Tidlig på 80-tallet økte oppmerksomheten omkring seksuelle overgrep mot barn og unge begått av andre unge. Før dette anså man gjerne slike overgrep som eksempler på seksuell eksperimentering, og derfor ikke like skadelig som seksuelle overgrep begått mot barn eller unge av voksne (Priebe, 2009). I dag vet vi at det kan være like skadelig for barn og unge å bli utsatt for et seksuelt overgrep av en annen ung person som å bli utsatt av en voksen (Cyr, Wright, McDuff & Perron, 2002; Kilpatrick et al., 2003, begge i Kjellgren, 2009).

Omfang

Det kan være vanskelig å si noe sikkert om omfanget av seksuelle overgrep begått av unge personer. Ifølge Bendiksbys (2008) regner man med fra internasjonale oversiktsstudier at ca. 30 % av alle seksuelle overgrep begås av barn og ungdom, men estimatene varierer fra 10 % til 50 % (Ageton, 1983; Långström, 1999; Ryan & Myoshi, 1996; Vizard, Monck & Misch, 1995; White & Koss, 1993; alle i Bendiksbys, 2008). Andre estimer viser at 20 % av alle voldtekter og mellom 30 % og 50 % av alle seksuelle overgrep mot barn begås av tenåringsgutter (Barbaree & Marshall, 2006). Det er viktig å merke seg at der man måler forekomst av *seksuelle overgrep* måler man forekomst av svært ulike hendelser med ulik alvorlighetsgrad. I omfangsundersøkelser måler man gjerne forekomst av overgrep på en vidtrekkende skala. Da kan betegnelsen inkludere alt fra blotting, titting (såkalt *voyeurisme*) og internettovergrep til penetrerende overgrep som vaginal, anal eller oral voldtekt eller voldtektsforsøk.

OFFERUNDERSØKELSER

Ofte brukes offerundersøkelser til å måle omfanget av et problem. I norske undersøkelser har prosentandelen utsatte for seksuelle overgrep variert fra 8 % til 19 % for jenter og 1 % til 14 % for gutter. I en landsdekkende undersøkelse fra 2007 fant Mossige og Stefansen at 15 % av jentene og 7

¹ For en mer utfyllende definisjon av seksuelle overgrep, se kapitlet Seksuelle overgrep – Definisjoner og omfang i NKVTS' kunnskapsstatus *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge*.

% av guttene hadde opplevd alvorlige seksuelle overgrep.² I den samme undersøkelsen rapporterer 9 % av jentene og 1 % av guttene å ha blitt utsatt for svært alvorlige overgrep som voldtekt og voldtektsforsøk. I Mossige og Stefansens undersøkelse (2007) oppgav nesten halvparten av utsatte jenter under 18 år at overgriperen selv også var i tenårene.

Mossige og Stefansen fant også at 70 % av de unge overgriperne mellom 15 og 19 år begikk en seksuell krenkelse mot en jente på 15-18 år (Mossige og Stefansen, 2007). Når man tar utgangspunkt i offerundersøkelser er det imidlertid viktig å være klar over at antallet overgripere sannsynligvis er betraktelig lavere enn antallet ofre, fordi noen kan ha forgrepet seg på flere ofre.

Mossige og Stefansen (2007) benytter en relativt vid definisjon av seksuelle overgrep, de bruker i denne sammenheng begrepet "uønskede seksuelle hendelser". De fant at i 99 % av de uønskede seksuelle hendelsene som jenter forteller om er utøver en gutt / mann. I 60 % av de uønskede seksuelle hendelsene som gutter forteller om er utøver en jente / kvinne. Altså begår menn / gutter langt de fleste overgrep mot jenter, og også en relativt stor andel av overgrepene mot gutter. Kvinner / jenter begår flertallet av overgrepene mot gutter. Forskerne bemerker imidlertid at jentene som var utsatt for krenkelser i deres materiale i større grad enn de utsatte guttene rapporterte om bruk av fysisk tvang i overgrepene.

SELVRAPPORTERING AV OVERGREP

Omfanget av unge som begår seksuelle overgrep kan også måles gjennom selvrapportering av egne overgrep. Det er ikke gjort mange slike undersøkelser, men en slik undersøkelse ble gjennomført i Sverige i 2009. Da fant man at ca. 5 % av guttene og ca. 1 % av jentene selv rapporterte å ha begått et seksuelt overgrep (Kjellgren, 2009)³. Definisjonen av seksuelt overgrep innbefattet i denne undersøkelsen å ha *overtalt*, *presset* eller *tvunget* noen til beføling eller masturbasjon, til oralsex, analsex eller samleie. De som ble spurt var elever i 3. klasse på videregående, altså ungdom mellom 17 og 19 år.

Det finnes ingen andre nordiske undersøkelser som tilsvarende den Kjellgren har gjennomført. Men det finnes undersøkelser fra USA som indikerer liknende rater for selvrapporterte seksuelle overgrep. Her spenner tallene fra 3,2 % til 7,8 % av den mannlige unge befolkningen som selv rapporterer å ha begått et seksuelt overgrep (Weinrott, 1996).

KRIMINALSTATISTIKKEN

Norsk kriminalstatistikk (Statistisk Sentralbyrå, 2010, tabell 15) viser at det i 2006 var 63 barn mellom 5 og 15 år som var siktet for en seksualforbrytelse. I gruppen ungdom mellom 15 og 18 år var 103 siktet for seksualforbrytelse. Den største kategorien for begge aldersgruppene var seksuell omgang med barn. De aller fleste barn og ungdom var siktet for overgrep mot barn yngre enn seg selv. I alt ble 1015 personer siktet i saker som gjaldt seksualforbrytelser dette året, altså utgjør andelen barn og unge blant siktede for seksualforbrytelser 16,4 % i 2006. Vanlige estimater av andelen seksuelle overgrep der unge er gjerningspersoner er ca. 30 %. En grunn til at tallet i kriminalstatistikken er lavere enn de vanlige estimatene, kan være at få seksuelle overgrep begått av unge meldes til politiet.

OVERGREP RAPPORTERT TIL POLITIET ELLER HJELPEAPPARATET

I Norge ble det gjennomført et prosjekt i 2003 og 2004 som viste at 1/3 av alle rapporterte seksuelle overgrep i løpet av disse to årene i Nord-Norge ble begått av unge under 18 år (Bjørn, 2003; 2004, i Bendiksby, 2008). I en svensk undersøkelse fant man at i anmeldte tilfeller av voldtekt der offeret var 15 år eller yngre, var andre ungdommer (under 18 år) mistenkt for voldtekten i en fjerdedel av tilfellene (BRÅ, 2009, i Kjellgren, 2009).

I Sverige har man undersøkt hvor mange unge som ble rapportert til sosiale myndigheter for å ha begått seksuelle overgrep i løpet av ett år (Kjellgren, 2009). I løpet av 2000 var det 0,6 promille av

² Alvorlige seksuelle overgrep inkluderer i denne sammenhengen alle former for uønsket sex, med unntak av blotting, beføling og onanering, opplevd etter fylte 13 år. Begrepet innbefatter voldtektsforsøk, voldtekt og andre peneterende overgrep (Mossige og Stefansen 2007).

³ Kjellgren gjennomførte undersøkelsen på et norsk og et svensk utvalg. Tilsvarende tall for det norske utvalget i undersøkelsen er 4,9 % av guttene og 0,8 % av jentene, altså litt lavere forekomst enn i det svenske materialet (Kjellgren, 2009).

gutter i Sverige mellom 12 og 17 år som ble meldt til sosiale myndigheter for å ha begått et seksuelt overgrep.⁴ I en tilsvarende engelsk undersøkelse i et mindre lokalsamfunn fant man at antall saker fanget opp av hjelpeapparatet utgjorde 1,5 promille av gutter mellom 12 og 17 år (James & Neil, 1996, i Kjellgren, 2009). Sett i lys av både offerundersøkelser og undersøkelser om selvrapporterte overgrep ser vi at det er et stort "gap" mellom antallet unge som blir meldt til sosiale myndigheter og det antallet unge som kan ha begått et slikt overgrep. Det kan bety at det kun er et mindretall av de unge som begår overgrep som kommer i kontakt med hjelpeapparatet og dermed kan få hjelp til å endre overgrepsatferden sin og slutte å begå overgrep.

En norsk undersøkelse har kartlagt hjelpeapparatets befatning med denne typen saker. Psykisk helsevern for barn og unge og barnevernsskontor i Hordaland rapporterte omfanget og karakteristika ved unge som hadde begått seksuelle overgrep (Birkhaug et al., 2005). I 2000 fant de to aktuelle saker med barn eller ungdom som hadde begått seksuelle overgrep, mens antallet saker økte til 11 i 2001, 27 i 2003 og sank til 17 igjen i 2004. De fleste barna hadde begått overgrep noen de kjente eller mot noen innenfor familien. Typen overgrep var inndelt etter de juridiske begrepene seksuelt krenkende atferd, seksuell handling og seksuell omgang⁵. De fleste av disse ungdommene hadde begått seksuell omgang. Noen hadde begått seksuell handling og noen seksuelt krenkende atferd.

ER SEKSUELLE OVERGREP BLANT UNGDOM ET OSLO-FENOMEN?

I en nyere norsk undersøkelse fant man at ungdom i Oslo i noe større grad rapporterer å ha vært utsatt for seksuelle overgrep enn i resten av landet (Mossige og Dyb, 2009). Dette gjaldt både for de som var utsatt for "milde" og grove overgrep⁶. Blant dem som var utsatt for grove seksuelle overgrep var det 14 % av de spurte i Oslo og 12 % av de spurte i resten av landet som rapporterte å ha vært utsatt for dette etter fylte 13 år. På den annen side viser en undersøkelse fra 2007 at forekomst av seksuelle overgrep er høyere enn ellers i landet i nordlige fylker (Nordland, Troms og Finnmark) i tillegg til i Oslo (Schou, Dyb & Graff-Iversen, 2007). Med andre ord kan det ikke være slik at forekomst bare henger sammen med urbaniseringsgrad.

OPPSUMMERING

Når det gjelder omfang av unge som begår seksuelle overgrep, ser vi altså at hvilken forekomst man kommer frem til er avhengig av hva slags overgrepshandlinger man måler i undersøkelsen. Det som er klart, er at en vesentlig andel av det totale antall seksuelle overgrep begås av unge personer. Videre ser vi at i de fleste av de seksuelle overgrepene begått av unge er offeret jevnaldrende eller yngre enn den som begår overgrepet. Det vanligste er at gutter begår overgrep mot jenter, men det skjer også at gutter begår overgrep mot andre gutter, eller at jenter begår overgrep mot gutter eller andre jenter. Seksuelle overgrep blant unge skjer oftest når offeret er tidlig eller midt i ungdomstiden, og en betydelig andel overgrep skjer mellom en utsatt og en utøver som begge er unge. I den grad seksuelle overgrep skjer i barn og unges liv, enten man er utsatt eller utøver, skjer det altså som oftest i ungdomstiden.

NØKKELTALL

- 5 % av gutter og 1 % av jenter har i en svensk undersøkelse rapportert at de har begått et seksuelt overgrep. (Kjellgren, 2009)
- 15 % av jenter og 7 % av gutter i en norsk undersøkelse har vært utsatt for alvorlige seksuelle overgrep, inkludert voldtektsforsøk og voldtekt. (Mossige og Stefansen, 2007)
- 9 % av jenter og 1 % av gutter oppgir i den samme undersøkelsen å ha vært utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk.
- Flere norske studier viser at omtrent halvparten av de som begår seksuelle overgrep mot unge jenter er unge gutter. (Mossige og Stefansen, 2007)

⁴ Antallet jenter meldt til sosiale myndigheter var så lavt (N=2) at de ble utelatt fra videre analyser.

⁵ Seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd kan f. eks. være blotting, det å få et barn til å vise fram kjønnsorganet sitt eller forslag om sex. Med seksuell handling menes f. eks. beføling av bryster eller kjønnsorganer, mens seksuell omgang dreier seg om samleie eller samleielignende forhold som slikking og suging av kjønnsorgan (straffelovens kapittel 19. "Straffeloven - strl." 2005)

⁶ "Milde" overgrep viser her til uønsket beføling og onanering, mens grove overgrep refererer til alle andre uønskede seksuelle handlinger, inkludert voldtektsforsøk og voldtekt. Blotting er ikke inkludert i noen av kategoriene (Mossige og Dyb, 2009).

Kjennetegn ved seksuelle overgrep begått av ungdom

Denne delen handler om hvilke kjennetegn som karakteriserer seksuelle overgrep begått av ungdom. Det er viktig å være klar over at kunnskapen vi har på dette feltet i hovedsak er basert på ungdommer som har kommet i kontakt med politiet eller hjelpeapparatet. Denne gruppen utgjør antakelig et liten del av det totale antallet ungdommer som har begått seksuelle overgrep. Dermed er det ikke gitt at kjennetegnene gjelder alle slike ungdommer, eller alle seksuelle overgrepssituasjoner der unge er gjerningspersoner.

I det følgende fokuseres det på kjennetegn ved både overgrepet, situasjonen rundt og personen som har begått overgrepet.

STOR VARIASJON I GRUPPEN AV UNGDOM SOM BEGÅR SEKSUELLE OVERGREP

Det er store forskjeller mellom ulike grupper ungdommer som begår seksuelt krenkende handlinger med hensyn til antall offer, kjønn og alder på offer, samt type handlinger og bruk av vold i overgrepene (Långström, Grann & Lindblad, 2000; Righthand & Welch, 2004; Righthand & Welch, 2001; van Wijk et al., 2005). I fagmiljøet er forskere enige om at det er viktig å fremheve at unge som begår seksuelle overgrep er en heterogen gruppe, med stor variasjon både i type overgrep, identifiserbare bakgrunnsfaktorer og karakteristika (Kjellgren, 2000; 2009, Långström, 2001, Barbaree & Marshall, 2006).

Undersøkelser viser at majoriteten av ungdom som har begått seksuelle overgrep har vokst opp med familieproblemer og vært utsatt for omsorgssvikt, mishandling, vold, fattigdom og / eller seksuelle overgrep (Johnson & Knight, 2000; Jonson Reid & Way, 2001; Ryan, 1998; Sarwer, Kalichman, Johnson, Early & Ali, 1993). I Sverige har man forsket på en gruppe ungdommer som er dømt for seksuelle overgrep og underlagt rettspsykiatrisk utredning. (Långström, 1999). Av disse ungdommene hadde om lag halvparten vært i kontakt med det psykiatriske hjelpeapparatet og 70% hadde kontakt med barnevernet før de begikk overgrepet. Litt under halvparten (45 %) hadde vært plassert i fosterhjem eller institusjon før overgrepene fant sted (Långström & Lindblad, 2000).⁷

Forskere har også beskrevet at majoriteten av ungdommer som forgriper seg seksuelt har vært utsatt for ulike traumatiske hendelser, og mange fylte kriteriene for PTSD⁸-diagnosen (McMackin, Leisen, Cusack, LaFratta & Litwin, 2002) eller alvorlig dissosiasjonsforstyrrelse (Friedrich et al., 2001).

På tross av variasjonen og kompleksiteten i bakgrunnsfaktorer og årsaker har man i forskningen forsøksvis trukket opp to hovedskiller i gruppen unge som begår seksuelle overgrep. Ett slikt skille dreier seg om alder på offer og overgriper, det andre deler opp overgripere i de som begår overgrep alene og de som begår overgrep i gruppe. Disse oppdelingene har vist seg nyttige fordi ulike karakteristika ofte følger langs skillelinjene. For eksempel har en ungdom som har begått et overgrep mot et barn ofte langt mer til felles med en annen ungdom som har forgrepet seg på et barn enn med en som har forgrepet seg på en jevnaldrende, selv om handlingene som er begått i seg selv kan likne på hverandre.

Som nevnt innledningsvis er de fleste ungdommene som begår seksuelle overgrep gutter. Derfor er det følgende skrevet først og fremst med utgangspunkt i unge gutter som begår seksuelle overgrep. Hva angår unge jenter som begår overgrep finnes ofte de samme eller liknende karakteristika hos disse jentene som hos guttene. Mot slutten av denne delen om kjennetegn gjennomgås noen forskningsfunn om unge jenter som begår seksuelle overgrep.

OVERGREP MOT BARN OG OVERGREP MOT ANDRE UNGE

Når man skal skille mellom ungdom som begår seksuelle overgrep mot barn og de som begår overgrep mot jevnaldrende eller eldre, går gjerne skillet der offeret er 5 år yngre, eller mer, enn gjerningspersonen. Slik skilles to grupper unge ut; de som begår overgrep mot yngre barn og de som begår overgrep mot jevnaldrende eller voksne. Det er imidlertid verdt å merke seg at kategorien

⁷ Det er imidlertid verdt å merke seg at dette utvalget er spesielt, i og med at hele utvalget er dømt for overgrep og har vært underlagt rettspsykiatrisk utredning. Et slikt utvalg kan tenkes å ha begått særlig grove overgrep. Disse har antakelig vært i kontakt med barnevernet / psykiatrisk hjelpeapparat i større grad enn ungdommer som ikke har vært i kontakt med politiet / rettsvesenet i forbindelse med overgrepsatferd (Mossige, 2001).

⁸ PTSD står for posttraumatisk stresslidelse.

'jevnaldrende' her kan inkludere overgrep der aldersspennet mellom offer og overgriper er ganske stort, for eksempel dersom overgriperen er 16 år og offeret er 11. Altså er begrepet 'jevnaldrende' i denne sammenheng relativt vidt.

Man har sammenliknet overgripere i de to gruppene og funnet noen karakteristiske trekk ved dem (Barbaree, Hudson & Seto, 1993; Hunter et al., 2000; Hendriks & Bijleveld, 2004, alle i Kjellgren, 2009).⁹ Framstillingen under er en sammenfatning av hvordan de to gruppene overgripere står i forhold til hverandre.¹⁰

Når en ungdom forgriper seg mot et barn som er minst 5 år yngre enn seg selv, øker sannsynligheten for følgende kjennetegn ved overgrepet og situasjonen rundt:

- Offeret er oftere en gutt (men de fleste ofrene er fortsatt jenter)
- Overgrepet er ikke i like stor grad preget av grov fysisk vold eller utstrakt bruk av tvang
- Overgriperen er i større grad sosialt isolert, utsatt for mobbing og har dårlig selvilde
- Overgriperen og offeret er oftere i slekt
- Overgriperen har oftere begått overgrep mot flere enn ett offer

Når en ungdom forgriper seg på et jevnaldrende offer, øker sannsynligheten for følgende kjennetegn ved overgrepet og situasjonen rundt:

- Overgrepet er i større grad preget av fysisk vold og utstrakt bruk av tvang
- Offeret er oftere en fremmed (men de fleste ofrene er fortsatt en overgriperen kjenner)
- Overgriperen har oftere annen antisosial atferdsproblematikk i tillegg til overgrepsatferden
- Overgrepet blir oftere begått sammen med andre
- Overgrepet innebærer oftere en form for penetrering, med kroppsdel eller gjenstand (Priebe 2009)

Forskning viser altså at unge som begår overgrep mot yngre barn ofte er sosialt isolerte og lykkes dårlig med relasjoner med jevnaldrende. Imidlertid har denne gruppen i mindre grad problemer med annen antisosial atferd (f. eks. vold, rus, kriminalitet) i tillegg til overgrepsatferden, sammenliknet med unge som begår overgrep mot andre unge. I gruppen av unge som begår overgrep mot andre unge kan overgrepsatferd oftere sees som en del av et bredere "repertoar" av antisosial atferd (Kjellgren, 2009). Imidlertid fins det forskning som kan tyde på at unge som begår overgrep mot yngre barn i større grad enn den andre gruppen overgripere kjennetegnes av alvorlige psykiske problemer som nevrotiske tilstander eller psykopatologi.

UNGE SOM BEGÅR SEKSUELLE OVERGREP ALENE ELLER SAMMEN MED ANDRE

Et annet skille går mellom unge som begår overgrep alene og unge som begår overgrep sammen med andre. Det er viktig å merke seg at såkalt gruppevoldtekt, kanskje den alvorligste formen for overgrep begått sammen med andre, er et relativt sjeldent fenomen. Det er likevel antakelig den vanligste formen for seksuelt overgrep begått sammen med andre (Kjellgren, 2009).

Bijleveld og Hendriks (2003, i Kjellgren, 2009) har sammenliknet unge som begår seksuelle overgrep alene og sammen med andre. Når en ungdom begår et seksuelt overgrep sammen med andre, øker den statistiske sannsynligheten for at han er tidlig heller enn sent i tenårene og for at han har etnisk minoritetsbakgrunn. Den statistiske sannsynligheten synker i denne gruppen for selv å ha vært utsatt for seksuelle overgrep, sammenliknet med ungdom som begår seksuelle overgrep alene. Altså er det større sannsynlighet for at en ung overgriper som begår overgrep alene selv har vært utsatt for seksuelle overgrep. Ungdom som begår seksuelle overgrep alene får også større utslag enn de som begår overgrep sammen med andre på skalaer som måler nevrotiske tilstander, dårlig impulskontroll og utilstrekkelige sosiale evner.

⁹ I en skandinavisk kontekst har Långström (1999; 2000) forsket på en gruppe ungdommer som har begått seksuelle overgrep, og hans funn er i samsvar med karakteristikkene på disse to gruppene.

¹⁰ Når det her står "oftere enn..." eller "i større grad enn..." står dette i forhold til *den andre gruppen* av overgripere i framstillingen. For eksempel: Når det står "Offeret er oftere en gutt" i delen som handler om overgrep mot barn, betyr det at når en ung person begår overgrep mot et barn er offeret oftere en gutt enn når en ung person begår overgrep mot andre unge.

Det svenske kriminalforebyggende rådet, BRÅ, har undersøkt forekomst av gruppevoldtekt i det svenske straffesystemet i 1990-årene. Gjennomgangen viser at mellom 30 og 60 slike saker blir anmeldt til politiet i løpet av ett år. I denne undersøkelsen om gruppevoldtekt var få ofre (11 %) under 14 år. 28 % av mistenkte gjerningsmenn i de gjennomgåtte gruppevoldtektssakene var ungdommer mellom 15 og 20 år. Blant de mistenkte var det to tredjedeler som hadde blitt dømt for annen kriminalitet. Å begå gruppevoldtekt kan altså ofte være forbundet med annen kriminell aktivitet. Dette inntrykket blir bekreftet av Stockholms Redd Barna-klinikk for unge overgripere i en gjennomgang av deres arbeid med gruppevoldtekt (Nyman, Risberg & Svensson, 2001). En mulig forklaring på gruppevoldtekt har blitt presentert av forskerne Holmstrom og Burgess (1980). Her forstås gruppevoldtekt (med mannlige gjerningspersoner) som en demonstrasjon av mannlig dominans og fellesskap gjennom å bytte på å ydmyke og iaktta offeret (Holmstrom & Burgess, 1980, i Kjellgren, 2009).

EN MER KOMPLEKS TYPOLOGI

Det er vanskelig å lage gode typologier over unge som begår seksuelle overgrep. Det er viktig å være oppmerksom på at alle slike typologier bærer i seg en risiko for forenkling av fenomenet. Å begå et seksuelt overgrep er en handling som har mange viktige bakgrunnsfaktorer og karakteristika, og kan ikke forklares med henvisning til bare én av dem eller noen få. Imidlertid ser vi av det foregående at de unge som begår seksuelle overgrep grovt sett kan deles opp i to grupper.

I den ene gruppen finner vi altså ungdom som ofte har sosiale problemer og vanskelig for å opprettholde relasjoner til jevnaldrende, mange med en familiebakgrunn preget av omsorgssvikt og/eller mishandling. Disse ungdommene begår oftere overgrep mot barn som er mye yngre enn dem selv, og overgrepet innebærer som oftest ikke grov vold eller penetrering. Offer og overgriper er oftere, men ikke alltid, i slekt, og offeret er oftere, men ikke alltid, en gutt. Denne gruppen begår oftere overgrep alene, og begår ofte flere enn ett overgrep.

Den andre gruppen ungdommer er de som begår overgrep mot jevnaldrende eller barn som er litt yngre enn dem selv. Her kan overgrepsatferden være et av flere uttrykk for såkalt antisosial atferd, og overgrepet er oftere preget av vold og penetrering. Overgrepet blir oftere begått sammen med andre, og offeret er oftere, men likevel sjelden en fremmed. Offeret er også oftere en jente / kvinne som offeret kjenner (venn / bekjent / kjæreste).

Inndeling av overgripere etter aldersforskjell mellom offer og overgriper og etter om overgrepet begås alene eller sammen med andre viser at det kan knyttes noen karakteristiske kjennetegn til disse gruppene. Bildet er likevel ikke entydig, og enkle typologier er ikke tilstrekkelig til å forstå kompleksiteten i seksuelle overgrep blant ungdom. Bera og O'Brien har utviklet en syv-delt typologi over unge som begår seksuelle overgrep. Denne typologien er bygget på kliniske erfaringer og er ikke eksperimentelt bekreftet. Likevel kan den bidra til forståelsen av at seksuelle overgrep begått av ungdom kan ha mange ulike uttrykk og årsaker. Typologien kalles PHASE, og handler først og fremst om unge mannlige utøvere av seksuelle overgrep.

PHASE-TIPOLOGIEN¹¹

Naivt eksperimenterende

- Ungdommen er i nedre alderssjikt (11-14 år)
- Situasjonsbetinget seksuell grenseoverskridelse mot et lite barn, ofte 2-6 år gammelt
- Motivet er å utforske og eksperimentere med nyoppdagede seksuelle følelser

Lav sosial kompetanse

- Ungdommen mestrer ikke relasjoner med jevnaldrende, føler seg sosialt isolert
- Offeret blir gjerne manipulert eller presset til å gjennomføre handlingen
- Motivet er å oppnå intimitet, å føle selvstendighet eller selvtilit / mestring

På overflaten veltilpasset

- Ungdommen har gjerne selv vært utsatt for overgrep som han har mestret gjennom ytre tilpasning

¹¹ PHASE står for Program for Healthy Adolescent Sexual Expression (Bera et al. 1986) og typologien framstår her slik den er gjengitt i Kjellgren (2000).

- Fungerer tilsynelatende godt sammen med jevnaldrende, men relasjonene er overflatiske
- Overgrepshandlingene er ofte sterkt rasjonalisert, ungdommen viser ofte ikke anger eller samvittighets kvaler
- Overgrepshandlingene beskrives gjerne av ungdommen som har begått dem som gjensidige, frivillige og uten preg av tvang

Seksuelt aggressiv

- Ungdommen har ofte en impulsiv livsstil og en tidligere historie med antisosial atferd og rus
- Familiesituasjonen er gjerne kaotisk og vold mot familiemedlemmer og venner kan forekomme
- Overgrepet er vanligvis preget av vold, trusler eller tvang og offeret kan være en venn, en voksen eller et barn
- Motivet er å oppnå en følelse av personlig makt eller å få utløp for sinne eller frustrasjon

Seksuelt tvangsmessig

- Den seksuelle atferden er av tvangsmessig karakter og ofte er overgrepene uten fysisk kontakt. Eksempler på slik atferd kan være voyeurisme, ekshibisjonisme eller fetisjisme
- Atferden kan forverres og lede til alvorligere overgrep
- Ungdommen kan oppleve angstlindring og oppløst sinnssstemning gjennom sin seksuelle atferd

Forstyrret impuls kontroll

- Ungdommen kan ha en historie med psykologisk problematikk, alvorlige familieproblemer, rusmisbruk eller psykisk utviklingshemming
- Overgrepet er en impulshandling eller kan være uttrykk for forstyrret virkelighetsoppfatning
- Motivet er komplekst og har individuelle årsaker

Gruppepåvirket

- Ungdommer i denne gruppen er innenfor en vennegjeng eller –gruppe og offeret er en ungdommene kjenner
- Skylden for overgrepet blir gjerne lagt på offeret og/eller de andre ungdommene i gruppen
- Det er som regel én eller to i gruppen som driver overgrepet fram og er en slags lederfigur
- Motivet kan være å få oppmerksomhet fra venner, å befeste en lederposisjon, eller å handle i tråd med opplevde forventninger eller gruppepress

Vi har her skissert noen ulike måter å typologisere unge som begår seksuelle overgrep. Ulike typologier gir ulike tilnærminger til det man skal forklare. PHASE-typologien er utviklet for å fange kompleksiteten i fenomenet unge som begår seksuelle overgrep. For mer utfyllende gjennomgang av typologien, se Kjellgren (2000).

KOGNITIVE FEILOPPFATNINGER

Forskere har påvist at det er en sammenheng mellom det å begå seksuelle overgrep og det som kalles kognitive feiloppfatninger (Pervan & Hunter, 2007). Forskningen om tilstedeværelsen av kognitive feiloppfatninger hos personer som begår seksuelle overgrep har først og fremst vært gjort på voksne overgripere. Etter hvert fattet man interesse for unge som begår seksuelle overgrep, og man undersøkte om slike feiloppfatninger var vanlig også hos disse.

Kognitive feiloppfatninger viser til overgriperens forestillinger eller oppfatninger om offeret og om forholdet mellom overgriper og offer (Mossige, 2001). Et eksempel på kognitive feiloppfatninger kan være at overgriperen legger skyld eller ansvar for overgrepet over på offeret, eller overgriperens idé om at offeret egentlig opplever overgrepet som nytelsesfullt. Mange forskere har fremhevet at det er viktig å fokusere på slike feiloppfatninger når man skal forsøke å forstå mennesker som begår seksuelle overgrep (Pervan & Hunter, 2007). Kognitive feiloppfatninger kan ses i sammenheng med såkalte voldtektsmyter. Voldtektsmyter er kulturelle fortellinger om voldtekt som ofte fører til at offerets "ansvar" for overgrepet forsterkes og overgriperens ansvar for overgrepet forminskes. En voldtektsmyte blir for eksempel uttrykt slik hos Mossige (2001): "I de fleste voldtektssaker er offeret lett på tråden eller har et dårlig rykte". I studier av personer som har begått seksuelle overgrep måler man altså ofte grad av tilslutning til voldtektsmyter og andre kognitive feiloppfatninger.

I Lonsway og Fitzgeralds (1994) definisjon av kognitive feiloppfatninger finnes de i tre kategorier:

- 1) Rettferdiggjøring av uakseptabel handling eller atferd
- 2) Feiloppfatninger om konsekvensene av handlingene og atferden (bagatellisering, feilattribuering)
- 3) Devaluering av offeret og plassering av skyld på offeret ("dehumanisering")

Mossige (2001) har undersøkt ungdommers holdninger til seksuelle overgrep. I hans materiale er det et lite, men ikke ubetydelig antall gutter som slutter opp om holdninger som kan innebære en aksept av seksuelle overgrep i gitte situasjoner. Denne gruppen gutter er delvis overlappende med gruppen gutter i undersøkelsen som rapporterer en viss sannsynlighet for at de kunne hatt sex med et barn¹². Mossige understreker at vi ikke kan gå ut fra at det er noen direkte årsakssammenheng mellom holdninger og handlinger.¹³ Likevel påpeker han at den påviste sammenhengen mellom voldtekt av kvinner og aksepterende holdninger til voldtekt gjør det relevant å undersøke holdningsmål. I en senere undersøkelse (Mossige, Ainsaar & Svedin 2007) fant Mossige at ungdommer som har begått seksuelle overgrep i større grad enn andre ungdommer viser tilslutning til voldtektsmyter og andre kognitive feiloppfatninger. I en svensk undersøkelse fant man også at ungdommer som hadde presset eller tvunget noen til seksuelle handlinger i større grad enn kontrollgrupper hadde kognitive feiloppfatninger om sex og viste tilslutning til voldtektsmyter (Kjellgren, 2009).

Forskere påpeker at kognitive feiloppfatninger ikke nødvendigvis er direkte årsak til et seksuelt overgrep (Lafren & Sturm, 1994). Imidlertid kan slike feiloppfatninger for overgriperen tjene som grunnlag for rettferdiggjøring av handlingene. Slik kan feiloppfatningene også skape grobunn for nye overgrep og bidra til å opprettholde overgrepstatferden. Kognitive feiloppfatninger finnes ikke bare hos utøvere av seksuell vold. Forskere har funnet at ulike 'omskrivninger' av volden er vanlig også hos utøvere av andre typer vold, for eksempel menn som begår vold mot partneren sin (Skjørten, 1994). Felles for disse omskrivingene (bagatellisering, ansvarsfraskrivelse, minimering av skadeomfanget) er at de gjør utøveren i stand til å overse, ignorere og ikke ta ansvar for handlingene sine. Det kan også være resultatet når unge som begår seksuelle overgrep viser tilslutning til voldtektsmyter eller andre kognitive feiloppfatninger om sex eller overgrep. Anders Nyman, Olof Risberg og Börje Svensson har arbeidet i Sverige med unge gutter som begår seksuelle overgrep i en årrekke, og de påpeker at en må være oppmerksom og bevisst i forhold til kognitive feiloppfatninger i arbeidet med unge som forgriper seg seksuelt.

"Cognitive distortions serve the purpose of justifying what is not justifiable, of deconstructing reality, of making reality unreal, and are very effective at doing so. They are maintained as long as they remain unspoken and serve their purpose. They need to be brought out into the open, confronted and challenged so that they can hopefully be punctured and abandoned" (Nyman, Risberg & Svensson, 2001, s. 112-113).

Slike kognitive feiloppfatninger er altså relativt vanlig blant gutter og menn som har begått seksuelle overgrep. Det vi imidlertid ikke vet sikkert, er hvor vanlig slike feiloppfatninger er i normalbefolkningen eller blant jenter / kvinner som har begått seksuelle overgrep. Skal vi legge Mossiges undersøkelse (2001) til grunn, er slike holdninger ikke nødvendigvis veldig vanlig i ungdomsbefolkningen. Samtidig påpeker Mossige selv at gruppen i undersøkelsen som viser tilslutning til ulike kognitive feiloppfatninger ikke er av ubetydelig størrelse. Derfor er det grunn til å inkludere holdninger og kognitive feiloppfatninger i teoretisering om unge som begår seksuelle overgrep.

KJENNETEGN VED BARN SOM HAR BEGÅTT SEKSUELLE OVERGREP

Det finnes også barn som begår seksuelle overgrep mot andre barn. I en studie i USA fant Gray (1999) at 13-18 % av overgrep mot barn var begått av barn under 13 år. De yngste barna i denne gruppen var 3-4 år, selv om det er vanligere at slik atferd starter i 6-9 årsalderen (Righthand & Welch, 2001).

Eksisterende litteratur om barn under 12 år som begår seksuelle overgrep består i stor grad av kliniske beskrivelser (se for eksempel Araj, 1997; Gil & Johnson, 1993), og i liten grad systematisk forskning. I en litteraturgjennomgang av empirisk og klinisk litteratur fant Araj (1997) at barn og unge som

¹² I denne undersøkelsen var respondentene 18-20 år gamle, og det var 19 % av de spurte guttene som svarte at det var en viss sannsynlighet for at de ville ha sex med et barn i alderen 13-14 år.

¹³ For en gjennomgang av forholdet mellom holdninger og handlinger på dette området, se Mossige (2001).

forgriper seg seksuelt kommer fra dårlig fungerende familier med vanskelige skilsmisser, vold, rusmisbruk, seksualiserte omgivelser, dårlige rollemodeller, dårlige relasjoner mellom foreldre og barn, samt hadde foreldre som selv hadde opplevd seksuelle overgrep.

I en større undersøkelse sammenlignet Friedrich og medarbeidere (2003) 620 barn under 12 år som krenket andre barn seksuelt, med et normalutvalg og barn som var fanget opp av psykiatrien. De fant at å begå overgrep hang sammen med faktorer som psykiske vansker, å ha vært utsatt for overgrep eller vold, utilstrekkelig sosial kompetanse og sosiodemografiske forhold.

JENTER SOM BEGÅR SEKSUELLE OVERGREP

Engelske forskere som har arbeidet med unge jenter som begår seksuelle overgrep mener at likhetene er større enn forskjellene mellom unge gutter og unge jenter på dette området (Erooga et al., 1999, i Kjellgren, 2000). De mener at det som antakelig er den største forskjellen på jenter og gutter som krenker andre seksuelt, er måten de blir møtt på av profesjonelle som arbeider med seksuelle overgrep blant unge og ellers i samfunnet.

Fehrenbach (1988, i Kjellgren, 2000) anslår at andelen jenter blant unge utøvere av seksuelle overgrep er 5 %, og dermed at 95 % av det totale antallet unge personer som begår seksuelle overgrep er gutter. I nyere, nordiske undersøkelser av seksuelle overgrep blant ungdommer, utgjør jenter imidlertid mellom 10 og 20 % av utøverne (Kjellgren, 2009, Mossige og Stefansen, 2007). Det er viktig å merke seg at i disse undersøkelsene er seksuelle overgrep gitt en bred definisjon, som inkluderer alt fra å overtale / verbalt presse noen til uønskede seksuelle handlinger til voldtektforsøk og voldtekt.

KJENNETEGN VED SEKSUELLE OVERGREP DER UTØVEREN ER EI JENTE

Inntil ganske nylig har jenter som utøvere av seksuelle overgrep i liten grad vært gjenstand for forskning, og det er gjort lite forskning på brede utvalg av jenter som forgriper seg seksuelt. Det finnes imidlertid en forskningsgjennomgang på dette feltet i Barbaree & Marshall (2006). Det samlede inntrykket herfra er at unge jenter som begår seksuelle overgrep, i likhet med unge gutter som begår slike overgrep, ofte har dysfunksjonelle familiebakgrunner preget av mangelfull omsorg, overgrep og mishandling. De unge jentene som forgriper seg seksuelt har imidlertid, oftere enn guttene, selv vært utsatt for seksuelle overgrep, omsorgssvikt og fysisk mishandling. Overgrepene de har vært utsatt for er også ofte grovere og i større grad gjentatte. I tillegg har disse jentene ofte blitt utsatt på et tidligere tidspunkt enn unge mannlige ofre for seksuelle overgrep som også begår slike overgrep selv.

I utvalg av unge jenter som har begått seksuelle overgrep har majoriteten blitt diagnostisert med posttraumatisk stressyndrom (PTSD). Kjellgren (2009) refererer undersøkelser der man har funnet at unge jenter som begår seksuelle overgrep i større grad enn unge, mannlige overgripere har problemer med rusmisbruk. I Kjellgrens egen undersøkelse (2009) av unge jenter som begår seksuelle overgrep fant hun blant annet at denne gruppen jenter oftere enn kontrollgruppen hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som omfattet oral, anal eller vaginal penetrering.

I Mossige og Stefansen (2007) fant forskerne at gutter i mindre grad enn jenter rapporterte å ha blitt utsatt for grove former for fysisk tvang i forbindelse med uønskede seksuelle hendelser. I denne undersøkelsen rapporterte utsatte gutter at utøver av overgrepet var en jente / kvinne i 60 % av tilfellene. Dermed kan det tenkes at seksuelle overgrep begått av jenter i mindre grad enn overgrep begått av gutter bærer preg av fysisk tvang. Fehrenbach (1988, i Kjellgren, 2000) slår imidlertid fast at jenter også begår alvorlige overgrep og at overgrepene ofte finner sted i en situasjon der de har ansvaret for et barn, for eksempel når de er barnevakt. Forskere har funnet ut at relativt få unge jenter begår seksuelle overgrep mot jevnaldrende eller voksne (Barbaree & Marshall, 2006). De fleste av unge jenters ofre er yngre barn. I flere studier er majoriteten av ofrene for unge jenters seksuelle overgrep barn som er 6 år eller yngre (Barbaree & Marshall, 2006). Ofre for unge jenters seksuelle overgrep er både gutter og andre jenter (Mathews et al., 1997; Fehrenbach & Monastersky, 1988; Hunter & Lexier, 2003, alle i Barbaree & Marshall, 2006).

UNDERRAPPORTERING AV JENTERS OVERGREP?

Basert på hva vi vet om seksuelle overgrep der ungdommer er utøvere, kan vi si at gutter står for langt de fleste overgrepene. Andelen jenter som begår slike overgrep er likevel ikke ubetydelig. Kjellgren (2009) mener at seksuelle overgrep begått av jenter / kvinner i enda større grad enn overgrep begått av gutter / menn er underrapportert. Noe av grunnen til dette kan være at det å begå slike overgrep

bryter med den forståelsen av 'kvinnelighet' som mange har, både i hjelpeapparatet og i politiet. Ifølge Denov (2001; 2003, i Kjellgren, 2009) viser politiet, ansatte i hjelpeapparatet og andre profesjonelle aktører en tendens til å bortforklare unge jenters overgrepssatferd. Dette er antakelig, mener Denov, ubevisste forsøk på å få overgrepssatferden til å samsvare bedre med ideer om 'passende' eller 'riktig' kvinnelig atferd. Slike 'omskrivninger' av jenters seksuelle overgrepssatferd kan føre til underrapportering, bagatellisering og benektelse av at slik atferd faktisk forekommer.

Teorier om hvorfor unge begår seksuelle overgrep

Mange forskere har fremsatt hypoteser og forklaringsmodeller om hvorfor voksne forgriper seg seksuelt på barn og unge (Barbaree, Marshall, & McCormick, 1998; Beech & Mitchell, 2005; Knight & Sims-Knight, 2004; Langfeldt, 1999; Marshall & Marshall, 2000; Prentky et al., 1989; Ward & Beech, 2006). Flere har påpekt at slike teorier utviklet med utgangspunkt i voksne som begår seksuelle overgrep ikke nødvendigvis lar seg anvende for å forklare hvorfor unge begår slike overgrep. På bakgrunn av forskning og klinisk arbeid har man imidlertid utviklet flere hypoteser og modeller om årsakene til ungdommers seksuelle overgrepssatferd. Noen har også utviklet teorier som tar hensyn til mange faktorer og slik fanger kompleksiteten i utvikling av slik atferd. To slike multifaktorielle teorier blir presentert til slutt i denne delen.

I den forrige delen har vi sammenfattet hvilke kjennetegn som knytter seg til unge som begår seksuelle overgrep, og til situasjoner der slike overgrep finner sted. I denne delen går vi videre inn på hvordan kunnskap om slike kjennetegn, erfaringer fra forskning og fra klinisk arbeid har blitt videreutviklet til teorier som forklarer hvordan slike overgrep kan finne sted, og hvorfor de skjer. De to delene vil være delvis overlappende, fordi man ikke alltid kan skille mellom kjennetegn ved og forklaringer på overgrepene.

NOEN TEORIER OM UTVIKLING AV SEKSUELL OVERGREPSATFERD

En hypotese om årsaken til at ungdommer begår seksuelt krenkende handlinger er at de selv har opplevd seksuelle overgrep. I forskningen kalles denne hypotesen for "the sexually abused – sexual abuser cycle". Internasjonale oversiktsstudier viser at blant unge gutter som begår seksuelle overgrep har mellom 19 % og 49 % selv vært utsatt for seksuelle overgrep. For unge jenter som begår seksuelle overgrep er tilsvarende tall 50 % til 100 % (Hunter, Lexier, Goodwin, Browne & Dennis, 1993; Mathews et al., 1997; Oliver, 2007, alle i Kjellgren, 2009). Svenske undersøkelser viser at mellom en tredjedel og halvparten av unge menn som begår seksuelle overgrep selv har vært utsatt for slike overgrep (Långström, 2001; Kjellgren, 2000). Samtidig påpeker forskere at det store flertallet av dem som har vært utsatt for seksuelle overgrep aldri begår slike overgrep selv (Långström, 2001). Med andre ord er det ikke slik at det å være utsatt for seksuelle overgrep er tilstrekkelig som forklaring på overgrepssatferd. Snarere er det slik at den type erfaringer kan være en av mange faktorer som virker sammen i utviklingen av overgrepssatferd.

En annen hypotese er at ungdom som forgriper seg seksuelt har relasjonelle problemer som for eksempel tilknytningsvansker (Rich, 2006). Olav Henriksson Bendiksbj er en norsk forsker som arbeider med tilknytningsperspektiver i en doktorgrad om unge som begår seksuelle overgrep. Med et tilknytningsperspektiv på seksuelle overgrep vil overgrepene ifølge Bendiksbj (2008) forstås "som en iscenesettelse av indre relasjonelle scenarioer eller forsøk på å håndtere indre konflikt". Videre påpeker Bendiksbj at personer som begår seksuelle overgrep kan være preget av sterkt avvisende tilknytningsmønstre, som igjen kan føre til ekstrem følelsesmessig distanse og sosial isolasjon. Slike tilknytningsforstyrrelser kan føre til at man reagerer på intime situasjoner med fryktstyrt aggresjon, som altså kan resultere i seksuelle overgrep. Gjennom overgrepet kan overgriperen iscenesette sine egne traumatiske relasjonelle erfaringer (Bendiksbj, 2008).

Långström (2001) fremhever at problemer med å skape og opprettholde gode, ikke-destruktive relasjoner er et vanlig trekk ved ungdommer som har forgrepet seg seksuelt. Derfor mener han det er viktig at tiltak ovenfor unge som har begått seksuelle overgrep fokuserer på å bygge opp relasjonell kompetanse. Altså er manglende eller utilstrekkelig relasjonell kompetanse antatt å påvirke utviklingen av overgrepssatferd.

I Norge finnes det lite forskning om årsakene til at unge begår seksuelle overgrep, men det finnes noen klinikere som har utviklet teorier om årsaker til seksuelle overgrep. En slik teori dreier seg spesielt om menn som begår voldtekt, og går ut på å forstå voldtekt som en strategi for å håndtere

avmaktsfølelser (Langfeldt, 1993). I denne forståelsen ligger det at voldtekt kan være en handling preget av makt og kontroll, men at makthandlingen i sin tur kan springe ut fra behovet for å håndtere en avmaktssituasjon. Avmakten knyttes til eget følelsesliv, seksualitet eller følelse av avvising. På grunn av for eksempel sterke seksuelle konflikter, omsorgssvikt, fysisk, psykisk eller seksuell mishandling, kan aggresjon og strategier for "å beherske verden" bli en løsning på situasjoner som er preget av avmakt.

UNGE GUTTER SOM BEGÅR SEKSUELLE OVERGREP MOT UNGE JENTER

Som vi så i omfangsgjennomgangen tidligere i dette kapitlet blir en vesentlig del av ungdommers seksuelle overgrep begått av unge gutter mot unge jenter. Ofte skjer disse overgrepene innenfor en intim, seksuell relasjon, en begynnende eller etablert kjærestereelasjon. Forskerne White, Kadlec og Sechrist (i Barbaree & Marshall, 2006) har utviklet en modell for å forstå denne spesifikke typen overgrep. Forskernes premiss, i likhet med med Marshall og Barbaree (1990; 2000) og Ward og Beech (2006), er at seksuelle overgrep i utgangspunktet har sine røtter i barndomsopplevelser og at slike overgrep må analyseres ut fra en mengde faktorer og ikke kan reduseres til én eller noen få av dem. Modellen analyserer unge gutters seksuelle overgrep mot unge jenter ut fra fem ulike nivåer. På hvert nivå finnes faktorer som bidrar til at slike overgrep kan finne sted. Alle nivåene kan tjene som enkeltstående innfallsvinkler til å forstå hvorfor unge gutter begår seksuelle overgrep mot jenter, men for en gjennomgripende forståelse av fenomenet bør problemet analyseres på alle fem nivåer. Nivåene kan være overlappende.

Sosiokulturelt nivå

Årsakene til seksuelle overgrep utspiller seg her på samfunnsnivå. Bakgrunnsfaktorer for gutters overgrep mot jenter finnes i kulturelle, sosiale overleveringer om vold, likestilling mellom menn og kvinner, menns og kvinners rolle i familien, menns og kvinners seksualitet og forventninger til hva menns og kvinners kjønnsroller inneholder.

Et viktig begrep her er såkalte "seksuelle skript". Seksuelle skript er en persons kunnskap om, holdninger og forventninger til hvordan en gitt seksuell situasjon utfolder seg (Krahé, Bieneck & Scheinberger-Olwig, 2007). Kunnskapen som former seksuelle skript er avledet fra kulturelle og sosiale overleveringer. Med andre ord kan kulturelle og sosiale forventninger til menns og kvinners seksuelle atferd virke inn på hvordan man forventer at konkrete seksuelle situasjoner skal utspille seg. Slike skript fungerer altså som en slags internaliserte retningslinjer for en seksuell situasjon. Fordi seksuelle skript handler om forventninger til hvordan personer handler i seksuelle situasjoner, er slike skript som oftest ikke likedan for jenter og gutter, kvinner og menn. Forskere mener at visse typer seksuelle skript kan skape forventninger hos unge gutter om relativ (over)makt / kontroll i relasjoner med jenter (Rose & Frieze, 1993, i White, Kadlec & Sechrist, 2006) og en opplevelse av å ha "rett til" å ha sex i gitte situasjoner og under gitte omstendigheter, for eksempel hvis jenta er beruset eller man allerede har påbegynt en seksuell handling (Mahoney, Shively & Traw, 1986, i White, Kadlec & Sechrist, 2006).

Høy forekomst av seksuelle skript som bekrefter seksuell underordning av jenter / kvinner, generell aksept av vold og manglende likestilling mellom menn og kvinner er sosiokulturelle faktorer som kan bidra til at seksuelle overgrep finner sted (White, Kadlec & Sechrist, 2006).

Sosialt nettverksnivå

På sosialt nettverksnivå finner vi normer, forventninger og holdninger som overføres via de nære relasjonene en ung person står i. For eksempel har man funnet en sammenheng mellom å ha vært utsatt for eller vitne til vold i familien som barn og utøvelse av seksuelle overgrep (og annen vold) som voksen (Forbes, 2001; White & Smith, 2004, Kalmuss, 1984, alle i White, Kadlec & Sechrist, 2006). Man har også funnet en sammenheng mellom unge menns seksuelle overgrepsatferd og deres vitneerfaringer med å ha sett fars seksuelt aggressive atferd ovenfor mor. Slik kan utvikling av egen overgrepsatferd være påvirket av å være vitne til overgrep i nære relasjoner.

Som vi har sett tidligere, kan også egen utsatthet for seksuelle overgrep være en faktor som bidrar til utvikling av overgrepsatferd. Å være utsatt for slike overgrep kan påvirke unge gutters oppfatninger om hva som er "normal" seksualitet (White, Kadlec & Sechrist, 2006). I tillegg kan holdninger og forventninger innenfor gruppen av jevnaldrende en ungdom forholder seg til bidra til å utvikle overgrepsatferd, for eksempel i et ungdomsmiljø som aksepterer, støtter eller forherliger bruk av fysisk eller seksuell vold (White, Kadlec & Sechrist, 2006).

Dyadisk nivå

Det dyadiske nivået fokuserer på dyaden – altså den spesifikke, tosomme relasjonen mellom offer og overgriper. Ulikheter i status og maktforhold mellom offeret og overgriperen kan få konsekvenser for forekomst av seksuelle overgrep i en relasjon. Når seksuelle overgrep skjer i et kjæresteforhold, skjer det oftere i relativt seriøse forhold enn i løsere, mer flyktige forbindelser (Abbey, McAuslan et al., 2001, i White, Kadlec & Sechrist, 2006). Seksuelle overgrep i en intim relasjon kan ha ulike årsaker og funksjoner avhengig av typen relasjon. På dette nivået finnes det imidlertid lite sikker kunnskap. Det vi vet, er at seksuelle overgrep oftere forekommer i relasjoner med høyt konfliktnivå, og at nonverbale og verbale kommunikasjonsmønstre mellom partnere i et parforhold kan legge til rette for at slike overgrep kan finne sted (White, Kadlec & Sechrist, 2006).

Situasjonelt nivå

På situasjonelt nivå er det kjennetegn ved situasjonen overgrepet forekommer i som er det sentrale. Slike situasjonelle faktorer kan øke sannsynligheten for at et seksuelt overgrep kan finne sted og / eller bidra til at situasjonen kan bli oppfattet tvetydig av offer, overgriper, vitner og andre. Situasjonelle faktorer kan for eksempel være tid og sted for overgrepet. Bruk av rusmidler (alkohol og narkotika) er også en situasjonell faktor som må tas med i betraktningen på dette nivået. Sammenhengen mellom rus og seksuelle overgrep er klar; i en oversiktsstudie fant Testa (2002, i White, Kadlec & Sechrist, 2006) at 60-65 % av overgripere brukte en form for rusmiddel under overgrepet. Alkohol kan benyttes for å fjerne hemninger hos overgriperen, fungere som en unnskyldning eller forklaring i etterkant av overgrepet, og som et middel til å redusere offerets motstand (Richardson & Hammock, 1991, i White, Kadlec & Sechrist, 2006). En kvinnes alkoholinntak kan for overgriperen brukes som grunnlag for en fortolkning av henne som seksuelt tilgjengelig eller som indikasjon på at hun ikke kommer til å gjøre mye motstand mot et overgrep (Hammock & Richardson, 1997, i White, Kadlec & Sechrist, 2006).

Individuelt nivå

Det individuelle nivået handler om individets holdninger, personlighet, atferd og motivasjoner. Når man har undersøkt disse fire aspektene ved menn som har begått seksuelle overgrep, har man funnet at de i større grad enn kontrollgrupper viser holdninger som gir støtte til såkalte voldtektsmyter (Lanier, 2001; Malamuth, 1998, i White, Kadlec & Sechrist, 2006). Én slik voldtektsmyte er for eksempel at offeret kan skyldes seg selv etter et seksuelt overgrep, en annen handler om at når kvinner sier nei til sex, mener de egentlig ja. Menn som har begått seksuelle overgrep støtter også i større grad enn kontrollgrupper tradisjonelle kjønnsrollemønstre og viser større tilslutning til kjønnsstereotyper (Lanier, 2001; Malamuth, 1998, i White, Kadlec & Sechrist, 2006). I tillegg viser de større grad av aksept for vold som strategi for å løse problemer (Lanier, 2001; Malamuth, 1998, i White, Kadlec & Sechrist, 2006).

Forskere har diskutert flere ulike individuelle motivasjonsfaktorer for seksuelle overgrep. Ellis (1989) foreslår at overgrepene handler om å få tilfredsstilt seksuelle behov, Lisak og Roth (1988) mener overgrep fungerer som et utløp for sinne og som en kilde til makt, mens Palmer (1988) antar at det handler om et behov for å dominere og kontrollere (alle i White, Kadlec & Sechrist, 2006). Forskere har også funnet at menn som har begått såkalt bekjentskapsvoldtekt (*date rape*) viser en ambivalens når det gjelder holdninger til slike overgrep; mange overgripere rapporterer at de ikke forsto at det de gjorde var galt (Warshaw, 1988, i White, Kadlec & Sechrist, 2006). I tillegg forteller disse mennene om handlinger de selv har begått som tilsvarer den juridiske definisjonen av voldtekt, men svarer samtidig avkreftende på direkte spørsmål om de selv har voldtatt noen (Wheeler et al., 2002, i White, Kadlec & Sechrist, 2006).

I White, Kadlec & Sechrists modell plasseres seksuelle overgrep i skjæringspunktet mellom egenskaper ved gjerningsperson, offer og overgrepssituasjonen. Seksuelle overgrep kan ikke forklares med henvisning til én eller få faktorer, modellen viser tydelig at mange elementer i overgrepssituasjonen må tas med i analysen.

Kjellgren (2009) finner i sin undersøkelse også indikasjoner på at ungdom som har begått et seksuelt overgrep i større grad enn kontrollgrupper viser tilslutning til voldtektsmyter og kjønnsstereotyper. I tillegg fant hun at ungdom som hadde begått seksuelle overgrep var mer opptatt av og tenkte mer på sex enn kontrollgrupper. Kjellgren mener ut fra dette at seksualitets-spesifikke risikofaktorer i større grad bør inkluderes i teorier om ungdom som begår seksuelle overgrep.

Bossy og Farstad (i Mossige og Dyb, 2009) har analysert ungdommers fortellinger om seksuelle overgrep kvalitativt, og de finner at forståelser av kjønn og seksualitet hos ungdommene kan føre til usikkerhet omkring hva som er en gjensidig seksuell relasjon. "Innenfor rammen av heteroseksualitet skjer noen "tatt for gitt"-slutninger som gjør at unge mennesker ikke forstår at de kan gjøre motstand, eller at det de utsettes for kan tolkes som overgrep, selv om de opplever situasjonen som pressende og handlingene som krenkende", skriver forskerne (Mossige og Dyb 2009, s. 106). De fant liknende forståelser av seksuelle skript som det gjøres rede for i White, Kadlec og Sechrists modell, der både gutter og jenter i en del tilfeller har en forventning om at gutter har rett til å "ta seg til rette" i seksuelle situasjoner. "Vi vet ikke hva som rører seg i hodet til den som presser eller truer seg til sex i et kjæresteforhold, men det ligger en mulig forestilling om å ha rett til sex og en komplementaritet hvor den utsatte gir etter for denne implisitte retten. Det bryter med seksualitet som et symmetrisk forhold preget av gjensidighet og respekt for hverandres ønsker og behov", skriver forskerne (Mossige og Dyb 2009, s. 85-86).

Også i generell forskning, uten spesifikt kjønnsfokus, på ungdommer som forgriper seg seksuelt er det utviklet teorier som tar hensyn til mange faktorer i utviklingen av overgrepssatferd. Slike teorier kalles multifaktorielle. Disse teoriene er kanskje de mest omfattende på området, og er utviklet med tanke på å fremstille kompleksiteten i fenomenet på en god måte.¹⁴

MARSHALL OG BARBAREES TEORI

En multifaktoriell teori er utarbeidet av Marshall og Barbaree (1990; 2000). De mener at utgangspunktet for utvikling av overgrepssatferd ofte er tidlige relasjonsskader, som for eksempel mishandling, omsorgssvikt eller seksuelle overgrep. Et slikt utgangspunkt kan medføre forstyrrelser i måter personer hankses med relasjoner, og særlig i forbindelse med seksualitet og aggresjon. Utfallet for den unge kan bli dårlige sosiale ferdigheter og dårlig selvregulering av atferd.

Videre fremhever Marshall og Barbaree at ungdomstiden er en særlig sårbar tid. Det er da man lærer seksuell atferd, det er da man ønsker å etablere intime forhold med andre personer, og det er da seksuelle interesser, preferanser og holdninger formes. En ung person med relasjonsskader kan oppleve å ikke strekke til på disse områdene, han kan ha vanskeligheter med å forme gode, intime relasjoner med andre og kan føle seg avvist på grunn av dette. Resultatet kan bli lav selvfølelse, sinne og (for gutter) negative holdninger mot jenter og kvinner. Slike negative følelser kan påvirke det seksuelle fantasilivet og føre til utvikling av avvikende seksuelle fantasier¹⁵. Masturbasjon til slike fantasier kan øke fantasiens styrke og intensitet, og den unge personen kan søke tvangspregget seksuell kontakt eller seksuell kontakt med et yngre, mer sårbart barn.

Til slutt må noen situasjonelle faktorer være til stede for at et overgrep kan finne sted. Marshall og Barbaree sikter her til mer forbigående faktorer som stress, rus og tilstedeværelsen av et potensielt offer. Disse faktorene kan føre til at det blir vanskelig for individet å kontrollere sin atferd, og resultatet kan bli et seksuelt overgrep. Avvikende seksuell aktivitet kan virke selvforsterkende, og utviklingen av kognitive feiloppfatninger bidrar til å opprettholde overgrepssatferden.

Marshall og Barbarees teori fokuserer først og fremst på utviklingsfaktorer og situasjonelle faktorer. Ward og Beech (2006) har utarbeidet en teori som i større grad dreier seg om individuelle, psykologiske og genetiske faktorer.

WARD OG BEECHS TEORI

Ward og Beech hevder at utvikling av overgrepssatferd påvirkes av tre ulike faktorer som virker sammen, og er gjensidig avhengig av hverandre for å resultere i overgrepssatferd. De tre er: biologiske faktorer, kulturelle / sosiale faktorer¹⁶ og nevropsykologiske faktorer. De biologiske utgjør overgriperens genetiske disposisjoner og hjernens utvikling. Kulturelle / sosiale faktorer inkluderer både overgriperens sosiale og kulturelle roller, og omgivelsene overgriperen lever i. I denne sammenhengen fungerer psykologisk sårbarhet som hinder for at personen skal takle spesifikke livsutfordringer på en effektiv måte, som igjen kan øke risikoen for seksuell overgrepssatferd.

¹⁴ Teoriene presenteres slik de framstår i Kjellgren (2009).

¹⁵ Avvikende seksuelle fantasier forstås her som fantasier om sex med barn eller om seksuell vold.

¹⁶ Originalfrase: 'ecological niche factors'.

De nevropsykologiske faktorene er ifølge Ward og Beech det viktigste området for den videre teoretiske utviklingen av forståelsen av personer som begår seksuelle overgrep. Dårlig nevropsykologisk funksjon kan føre til intimitetsproblemer, problemer med å regulere egen atferd og kan komme til uttrykk som spesifikke holdninger og ideer omkring seksualitet og overgrep. Slike holdninger og ideer kan uttrykke støtte til voldtektsmyter, eller være forstyrrelser i såkalte seksuelle skript. Seksuelle skript viser til forventninger om hvordan seksuell atferd bør uttrykkes.

Videre påpeker Ward og Beech at det hos (voksne) overgripere er fire problemområder som ofte går igjen; emosjonelle problemer, sosiale utfordringer, kognitive feiloppfatninger og uvanlige seksuelle interesser. Ward og Beech mener at de biologiske, kulturelle og nevropsykologiske faktorene virker sammen og genererer disse problemene hos overgripere.

OPPSUMMERING

Å forklare og forstå unge som begår seksuelle overgrep er viktig for å kunne forebygge slike overgrep og fange opp overgripere på et tidlig tidspunkt. Som vi har sett er det mange faktorer som kan bidra til å utvikle overgrepsatferd. Noen slike faktorer går igjen i de fleste av teoriene, og kan dermed være av spesiell interesse.

Det ser ut til at manglende eller utilstrekkelig relasjonell kompetanse og dårlige evner til å skape jevnbyrdige intime relasjoner kan være én medvirkende årsak til utvikling av overgrepsatferd. Slike relasjonelle problemer kan ha sitt opphav i omsorgssvikt eller fysiske / seksuelle overgrep. En annen årsak kan være avmaktsfølelser, skapt av manglende kompetanse til å håndtere sitt eget følelsesliv. Videre spiller kulturelle overføringer og holdninger en rolle, gjennom læring og utvikling av seksuelle skript og holdninger til vold som problem- eller konfliktløsning. Dette kan for eksempel komme til uttrykk som problematiske holdninger til sex med barn. Det ser også ut til at idéer om mannlig / kvinnelig seksualitet og heteroseksuelt samspill spiller en rolle. Dette skjer gjennom å skape kjønnede forventninger til gutters og jenters seksuelle roller og usikkerhet omkring legitim og illegitim makt i heteroseksuelle relasjoner. Voldtektsmyter og stereotype oppfatninger om hva som er 'passende' forhold mellom kjønnene kan forsterke en slik tendens. Manglende sosial kontroll på dette området kan legge til rette for at seksuelle overgrep kan finne sted.

Det er imidlertid klart at utvikling av seksuell overgrepsatferd er avhengig av tilstedeværelsen av mange faktorer, og at slik atferd ikke bør reduseres til å handle om én eller noen få slike bakgrunnsfaktorer. På den annen side ser vi også noen mønstre i det teoretiske materialet som fortjener oppmerksomhet. Fokus på seksualitet, relasjoner og holdninger til vold kan ut fra det foreliggende teoretiske materialet med fordel styrkes.

Behandling, forebygging og tiltak

De fleste ungdommer som krenker andre seksuelt har ennå ikke utviklet et befestet avvik, men befinner seg fortsatt på et utviklingsstadium der påvirkning kan endre kursen i ulike retninger (Becker 1988, i Kjellgren, 2000). Å motta spesialisert, overgrepsspesifikk behandling kan være en slik påvirkning. Det er imidlertid viktig å komme inn med tiltak på et tidlig tidspunkt. I Nederland har man erfart at ungdommer er mer villig til å snakke om overgrep og krenkelser de har begått og til å ta ansvar for handlingene sine om de blir møtt av profesjonelle på et tidlig tidspunkt etter at et overgrep er avslørt (Bruinsma, 1993, i Kjellgren, 2000).

Tiltak og behandling kan være en del av samfunnets reaksjonsform mot unge personer som krenker andre seksuelt. Men tiltakene igangsettes ikke bare for ofrenes skyld. Unge personer som begår seksuelle overgrep er selv også mennesker som bør bli møtt med adekvate reaksjoner fra samfunnet og omverdenen, og de har rett til å få hjelp med å endre overgrepsatferden sin.

Hvordan barn og ungdom som har begått seksuelle overgrep kan hjelpes gjennom terapi har de siste årene fått mer oppmerksomhet (Rich, 2006). Det finnes ulike behandlingsmodeller som varierer fra strukturerte korttidsintervensjoner til langvarige psykoterapier / gruppeterapier. Kognitiv atferdsterapi ('cognitive behavioral therapy' eller CBT) er mest omtalt i litteraturen. Mange av tilbudene er integrerte behandlingsmodeller med utgangspunkt i CBT og psykodynamiske elementer (Marshall & Marshall, 2006a).

Forskning tyder på at spesialisert behandling for barn og ungdom som begår seksuelt krenkende handlinger har effekt. Effekten har da vært målt som forekomst av tilbakefall til seksuelle overgrep, og noen ganger også tilbakefall til annen kriminalitet. Tilbakefall er som regel registrert gjennom nye siktelser, anmeldelser eller dommer. I en gjennomgang av tilgjengelige studier, fant forskere at behandling synes å virke (Hanson & Bussière, 1998), men det er gjort lite forskning som knytter behandlingens spesifikke innhold til effekten av behandlingen (Efta Breitbart & Freeman, 2004). Det meste av denne forskningen foregår i USA og Canada, hvor kognitiv atferdsterapi (CBT) står sterkt. Nyere studier bekrefter tidligere positive resultater for CBT og såkalt 'multisystemisk behandling' (Fanniff & Becker, 2006). En randomisert (RCT) studie med multisystemisk terapi (MST) for ungdommer viser redusert risiko for nye overgrep og annen kriminalitet (Borduin, Henggeler, Blaske & Stein, 1990).

Det finnes ingen systematisk oversikt over behandlingstilnærminger i Europa i forhold til ungdom og barn som har begått seksuelt krenkende handlinger.

BEHANDLINGSTILBUD TIL UNGE SOM BEGÅR SEKSUELLE OVERGREP I NORGE

Prosjektet V27 ved Hospitalet Betanien i Bergen er et behandlings- og utredningstilbud til unge med seksuell overgrepssatferd. Ved V27 har man videreutviklet et nederlandsk behandlingsopplegg som er laget spesielt for behandling av unge som begår seksuelle overgrep. Opplegget er kognitivt fokusert og atferdsterapeutisk, men man legger også vekt på å tilby veiledning til overgriperens foreldre og å inkludere alle instanser som jobber med ungdommen i arbeidet. V27 anser det som svært viktig at behandlings- og utredningsinstanser har nær kontakt med BUP, barneverntjeneste, politiet, PPT, skole, helsetjeneste, fastlege og foreldre (Ingnes, Kleive og Garbo 2009).

Institutt for klinisk sexologi (IKST), ledet av Thore Langfeldt, er et annet behandlingstilbud for unge som begår seksuelle overgrep. På IKST tilbys både unge og voksne overgripere psykoterapi.

TVERS er et tverretattlig familiebehandlingstilbud i Vest-Agder som også tilbyr behandling til unge som forgiper seg seksuelt. Her jobber terapeutene i tett samarbeid med barnevernet.

BEHANDLINGSMÅL FOR UNGE SOM FORGRIPER SEG SEKSUELT

I Sverige har man arbeidet over lengre tid med behandling av unge som begår seksuelle overgrep enn man har i Norge. I Stockholm har særlig Redd Barnas klinikk, Pojkmottagningen, vært sentral på dette feltet. Behandlingen som tilbys her henter inspirasjon både fra psykodynamisk og kognitiv terapi (Nyman, Risberg & Svensson 2001). På Pojkmottagningen har behandlingen av unge overgripere målsettinger som kan konkretiseres slik:

- 1) Være i stand til å beskrive overgrepet med ord
- 2) Ta det fulle ansvar for overgrepet
- 3) Føle empati overfor offeret for overgrepet
- 4) Be om tilgivelse
- 5) Forstå sin egen overgrepssatferd
- 6) Ikke benekte eller minimere skylden for overgrepet, eller plassere skyld hos offeret
- 7) Ikke ta i bruk unnskyldninger

(Nyman, Risberg & Svensson 2001)

National Adolescent Perpetrator Network (NAPN) i USA og National Association for the Development of Work with Sexual Offenders (NOTA) i England har også laget en liste over behandlingsmål for unge som begår seksuelle overgrep. De fleste av behandlingsmålene til NAPN og NOTA samsvarer med Nyman, Risberg og Svensson (2001). Organisasjonene inkluderer ifølge Wassberg og Kjellgren (2002) imidlertid også behandlingsmål som fokuserer på rehabilitering av ungdommen som har begått seksuelle overgrep:

- 1) Utvikle positivt selvbylde
- 2) Utvikle adekvate sosiale ferdigheter
- 3) Ta opp familierelasjoner
- 4) Forebygge tilbakefall
- 5) Utforske egen utsatthet for overgrep
- 6) Bearbeide egen utsatthet og overgrepshistorie

FORNEKTELSE SOM HINDER FOR BEHANDLING

I flere sammenfatninger om behandling av unge som har begått seksuelle overgrep tematiseres fornektelse. I Nyman, Risberg og Svenssons bok (2001) problematiseres det potensielt meget smertefulle som ligger i å erkjenne at man har begått et overgrep. Det å akseptere at en skal gå i behandling og være en aktiv deltaker i behandlingen innebærer for den enkelte ungdommen en erkjennelse av at et overgrep har funnet sted. En slik erkjennelse kan føre til stor grad av selvforakt og medfører at ungdommen må følges godt og tett opp.

Å bli konfrontert med en overgrepsanklage fører ofte til at den mistenkte tar i bruk ulike teknikker for å unngå å måtte ta stilling til anklagen. Skjørten (1994) har skrevet om menn som utøver vold mot sine partnere, og hun poengterer disse mennenes bruk av slike *nøytraliseringsteknikker*. En tar gjerne i bruk slike teknikker for å unngå å se sine egne handlinger som avvikende eller klanderverdige. Nøytraliseringsteknikker kan skape følelsen av å bli fritatt fra ansvaret for slike handlinger. Det skjer gjennom å tilskrive situasjonen, overgrepet, offeret eller de som fordømmer handlingen egenskaper som fjerner eller minimerer eget ansvar. Slik er det mulig å leve med at en har gjort noe en vet er galt. Med nøytraliseringsteknikker kan det skadelige man har gjort omformuleres til ikke-skadelig, eller til en situasjon som kanskje endte med skade, men der en selv ikke kan klandres for at skaden oppsto.

Fornektelse, bagatellisering og andre teknikker for å unngå ansvar for et overgrep er vanlig blant ungdom som blir konfrontert med overgrepsanklager (Nyman, Risberg & Svensson, 2001, Kjellgren, 2000). I en undersøkelse fant man at 10 % av unge som hadde begått et seksuelt overgrep tok på seg det hele og fulle ansvar for overgrepet. 40 % benektet at de hadde begått noe overgrep i det hele tatt, og de resterende 50 % erkjente at de hadde begått et overgrep, men bagatelliserte og minimerte sin egen oppførsel og ansvar (Barbaree, 1989, i Kjellgren, 2000).

Bruk av nøytraliseringsteknikker kan være et vesentlig hinder for behandlingsforløpet. Slike teknikker er ikke nødvendigvis overlagte løgner, men kan også ha sammenheng med mer eller mindre bevisste strategier for å opprettholde et selv bilde og en personlighet som for ungdommen oppleves som uforenlig med å ha begått et overgrep (Nyman, Risberg & Svensson 2001). Samtidig kan det å adressere disse teknikkene også være en viktig del av behandlingsforløpet, for å hjelpe ungdommen med å komme til en erkjennelse av at et overgrep faktisk har skjedd (Nyman, Risberg & Svensson 2001).

Ikke bare ungdommen selv kan ta i bruk fornektelse, minimering eller bagatellisering i møte med en overgrepsanklage. Det er ikke uvanlig at familien til den mistenkte ungdommen reagerer med fornektelse, og profesjonelle som ungdommen kommer i kontakt med kan også reagere med bagatellisering eller minimering av krenkelsen som er begått (Kjellgren, 2000). Dersom ungdommen selv også fornekte eller bagatelliserer, sender slike reaksjoner fra omgivelsene viktige signaler til ungdommen om at det er grunn til å opprettholde benektelsen. Det bekrefter i sin tur at den unge ikke trenger å ta ansvar for det som har skjedd (Kjellgren, 2000). Derfor er det så viktig å sette i gang utredning når en ungdom blir anklaget for seksuelle krenkelser eller overgrep. Som utreder eller behandler kan det være vanskelig å vite når man skal fortsette å konfrontere fornektelsen. Da kan offerets beretning om overgrepet være et godt utgangspunkt for videre samtaler. Av denne grunn er det verdifullt om en politiutredning har blitt gjennomført der begge parter er blitt avhørt, slik at utreder og / eller behandler kan få rede på hva som faktisk har skjedd (Kjellgren, 2000).

Kjellgren (2000) og Nyman, Risberg og Svensson (2001) fremhever at fordi fornektelse, bagatellisering og andre lignende nøytraliseringsteknikker er vanlig blant unge som kommer i behandling for å ha begått seksuelle overgrep, er det viktig å ha fokus på overgrepsatferden i behandlingen. Videre poengterer Kjellgren (2009) at et fellestrekk hos mange unge som forgriper seg seksuelt er at de opplever å ha utilstrekkelig kunnskap om sex og seksuelle relasjoner. I Kjellgrens egen undersøkelse (2009) fortalte flere av hennes respondenter, unge menn som hadde begått seksuelle overgrep, at de ønsket flere muligheter til å snakke med profesjonelle om seksualitet. Fokus på seksuell helse og seksuelle relasjoner kan derfor også være viktig i behandling av unge som har begått seksuelle overgrep. Långström (1999; 2001) fremhever på sin side at fordi unge som begår seksuelle overgrep ofte har store sosiale problemer og dårlige relasjoner med jevnaldrende, er fokus på relasjonelle aspekter også viktig i behandling av slike ungdommer. Man antar at risikoen for å begå nye overgrep minsker om ungdommen forbedrer sin relasjonelle kompetanse.

Som i all annen behandlingstankegang er empati og respekt viktige nøkkelord for å skape en god relasjon mellom terapeuten og den som mottar behandlingen. En god relasjon mellom behandleren og ungdommen er helt nødvendig for å lykkes med behandlingen. Dette er særlig viktig i møte med ungdommer som har begått seksuelle overgrep, fordi disse ungdommene ofte har begrensede erfaringer med respektfulle relasjoner og selv sliter med å skape og opprettholde slike relasjoner (Kjellgren, 2000).

Sexolog og psykolog Thore Langfeldt ved Institutt for klinisk sexologi og terapi kaller unge som begår seksuelt krenkende handlinger for "ungdommer i seksuell krise"¹⁷. Selv om det ofte er vanskelig å ha et slikt perspektiv på unge mennesker som kan ha begått svært grove overgrep, er det like fullt avgjørende å møte dem med respekt og empati. Å bli møtt av profesjonelle på en slik måte kan i siste instans gjøre dem i stand til å leve bedre liv og til å ikke begå nye overgrep. Det er i både samfunnets, overgripernes og ofrenes interesse å forebygge mot nye overgrep.

Tilbakefall

Mye av forskningen om personer som begår seksuelt krenkende handlinger omhandler tilbakefall. Tilbakefall måles vanligvis gjennom nye, registrerte straffbare hendelser. I tillegg kan tilbakefall også måles ved selvrapportering.

I en klassisk typologi over ungdommer som begår seksuelle overgrep deler Becker og Kaplan (1988) ungdom inn i tre grupper med hensyn til tilbakefall:

1. Ungdommen begår ett overgrep
2. Ungdommen er kriminell og kan også gjenta seksuelle overgrep
3. Ungdommen har avvikende seksuelle interesser og vil etter hvert utvikle parafilier¹⁸

Ved å fokusere på unge får vi muligheten til å forebygge mot at de skal fortsette å begå seksuelle overgrep som voksne. Mange av dem som begår seksuelle overgrep som voksne startet sin overgrepsatferd i ungdomsårene (Bendiksby, 2008; Kjellgren, 2009). I en undersøkelse fant man at 54 % av voksne overgripere hadde utviklet avvikende seksuelle interesser¹⁹ innen de ble 18 år (Abel & Rouleau, 1990, i Kjellgren, 2009). Ifølge flere amerikanske studier har flertallet av unge overgripere begått sitt første overgrep før de fylte 15 år (Fehrenbach et al., 1986; Ryan et al., 1996, begge i Långström, 2001). Det finnes også studier som bekrefter at det er en sammenheng mellom seksuell overgrepsatferd som ungdom og etablert overgrepsatferd i voksen alder (Abel et al., 1985; Groth et al., 1982; Knight & Prentky, 1993; Marshall et al., 1991; Rubinstein, 1993, alle i Långström, 2001). Med andre ord kan tenårene være en tid der senere overgrepsatferd både initieres, utvikles og opprettholdes. Vi vet at når det første overgrepet begås tidlig i livet, øker det risikoen for å begå nye overgrep (Andrade & Vincent, 2006; Marshall, Barbaree & Eccles, 1991, i Bendiksby, 2008).

Risiko for å begå nye overgrep etter behandling og / eller straff er vanskelig å vurdere. Blant annet gjør underrapportering i forhold til denne typen overgrep det vanskelig å lage gode estimater for tilbakefall. Derfor mener forskere at det er viktig å inkludere selvrapporterte, nye overgrep etter det første overgrepet i undersøkelser om tilbakefall, og ikke bare basere kunnskapen på tall og data fra politiet / rettsvesenet. I en sammenfattende metastudie som omfattet over tyve tusen ungdom og voksne som hadde begått seksuelle overgrep, fant forskerne at 13,4 % begikk nye overgrep (Hanson & Bussière, 1998). Andre studier har funnet at tilbakefallsfaren er høyest hos 18-åringer og går deretter nedover med økt alder (Doren, 2006; Hanson, 2002). I Norge viser kriminalstatistikken at 5 % av alle personer som var siktet for seksuelle overgrep i 2001 fikk en ny siktelse for seksualforbrytelse innen 2006 (Statistisk Sentralbyrå, 2010, tabell 24).

¹⁷ Langfeldt, T. (2009). Sexual Health: Children's Rights not to develop Sexual Offensive Behaviour. Gold Medal Lecture 19th WAS Congress, Göteborg.

¹⁸ En parafili er ifølge Store medisinske leksikon en avvikende seksuell preferanse. Ifølge diagnosekriteriene i DSM-IV (1994) er en parafili en vedvarende seksuell tiltrekning / atferd som involverer "1) nonhuman objects, 2) the suffering or humiliation of oneself or one's partner, or 3) children or other non-consenting persons".

¹⁹ F. eks. seksuell interesse for barn som ennå ikke har kommet i puberteten eller for seksuell vold.

Worling og Långström (2006) har gjennomgått 22 ulike tilbakefallsstudier av unge som har begått seksuelle overgrep. Både utvalg, måleenheter og kontrollgrupper varierer i studien. Den gjennomsnittlige tilbakefallsraten i de gjennomgåtte studiene er 15 %. Det som måles her er nye siktelser for seksuelle overgrep, altså inkluderes ikke selvrapporterte nye overgrep. Man kan antakelig regne med at tilbakefallsraten hadde vært høyere dersom man hadde inkludert selvrapporterte overgrep. Det er verdt å merke seg at når man ser på hver enkelt av disse 22 studiene, varierer tilbakefallsraten mellom 0 % og 40 %. Altså er det meget stor variasjon i materialet.

Worling og Långström (2006) har også gjennomgått forskning om kjente risikofaktorer knyttet til å begå nye seksuelle overgrep. Det er ifølge disse forskerne seks faktorer forbundet med risiko for å begå nye overgrep som har gode fundamenter i empirisk forskning.²⁰ Personer som kjennetegnes ved en eller flere av disse faktorene står i større fare for å begå nye seksuelle overgrep sammenliknet med personer der faktorene ikke har noen relevans.

Avvikende seksuelle interesser

Personer som viser seksuell interesse for barn som ennå ikke har nådd puberteten og / eller seksuell interesse for seksuell vold står i større fare enn andre overgripere for å begå nye overgrep.

Tidligere rettslige sanksjoner for seksuelle overgrep

Ungdom som tidligere har møtt rettslige sanksjoner (siktelse / fengsling) for seksuelle overgrep har høyere risiko for å begå nye overgrep.

Gjentatte seksuelle overgrep mot flere ofre

Å ha begått overgrep mot flere enn ett offer er også forbundet med høyere risiko for å begå nye overgrep sammenliknet med overgripere som bare har hatt ett offer.

Seksuelle overgrep mot et fremmed offer

Ungdom som har begått seksuelle overgrep mot fremmede personer heller enn mot ofre de kjenner, står i større fare enn andre unge overgripere for å begå nye overgrep.

Sosial isolasjon

Manglende evne eller interesse for å forme og opprettholde nære relasjoner med jevnaldrende er forbundet med høyere risiko for å begå nye seksuelle overgrep. Långström og Grann (2000) fant at ungdom med begrenset sosial kontakt med jevnaldrende hadde tre ganger høyere risiko for å begå nye overgrep enn andre unge overgripere.

Ikke fullført overgrepsspesifikk behandling

Ungdommer som har begått seksuelle overgrep og som ikke har deltatt i eller fullført behandling som spesifikt tar opp overgrepssatterden står i større fare enn andre unge overgripere for å begå nye overgrep. Worling og Curwen (2000) fant at blant ungdom som fikk overgrepsspesifikk behandling var tilbakefallsraten 5 %, mens Worling og Långström (2003) fant at blant ungdom som *ikke* fikk slik behandling var tilbakefallsraten 4 - 6 ganger høyere; 20 – 30 %.

I tillegg til disse seks faktorene, nevner Worling og Långström (2006) to andre faktorer forbundet med tilbakefall, men som i mindre grad enn de seks foregående er empirisk bekreftet.²¹ Disse to faktorene er:

Problematiske relasjoner med foreldre

Det er blant unge som har begått seksuelle overgrep funnet en sammenheng mellom å ha dårlige relasjoner med foreldre og å begå nye overgrep.

Holdninger som viser aksept for eller støtte til seksuelle overgrepshandlinger

Ungdom som har begått seksuelle overgrep og som mener at slike overgrep blir innledet og invitert av offeret eller at offeret må ta skylda for at overgrepet fant sted, står i større fare enn andre overgripere for å begå nye overgrep. Liknende sammenhenger er også funnet hos unge overgripere som bagatelliserer skadeomfanget og faren forbundet med å være utsatt for seksuelle overgrep.

²⁰ I denne sammenheng betyr det at man i to eller flere studier har funnet at risikofaktorene er statistisk forbundet med å begå nye seksuelle overgrep. I tillegg finnes risikofaktorene i flere kliniske retningslinjer og sjekklister.

²¹ I denne sammenheng betyr det at man i én studie har funnet at risikofaktorene er statistisk forbundet med å begå nye seksuelle overgrep. I tillegg finnes risikofaktorene i kliniske retningslinjer og sjekklister.

I denne delen har vi sett at tilbakefall i seg selv kan være vanskelig å måle, og at risikovurdering kan være utfordrende. I Norge er det særlig to ulike risikovurderingsinstrumenter som er relevante i denne sammenheng. Disse to kalles SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth) og ERASOR (Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism). ERASOR og det noe nyere vurderingsinstrumentet J-SOAP II (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II) ble vurdert av Faniiff og Becker (2006) og det anbefales at disse brukes i risikovurdering av tilbakefall hos unge som har begått seksuelle overgrep. Kjellgren (2009) understreker betydningen av å bruke slike strukturerte instrumenter for å vurdere risiko for tilbakefall, og unngå ustrukturerte kliniske risikovurderinger som har betraktelig lavere treffsikkerhet og pålitelighet.

Avslutning

Unge som begår seksuelle krenkelser og overgrep utgjør antakelig en liten gruppe i ungdomsbefolkningen. Like fullt er det viktig å rette fokus mot denne gruppen, og å ta problemet med unge som begår seksuelle overgrep på alvor. De har ofte store problemer med ulike aspekter ved livet, og disse problemene kommer til uttrykk gjennom grenseoverskridende, skadelige seksuelle overgrep mot andre. Samtidig er det viktig å huske på at unge som begår seksuelle overgrep ikke er noen ensartet gruppe, og at slike overgrep ikke kan forklares med henvisning til enkeltfaktorer. Problemet er komplekst, og mange faktorer virker sammen i utvikling av overgrepsatferd. Seksuelle overgrep begått av ungdom er et alvorlig samfunnsproblem, og fortjener derfor intensiv innsats, både på det analytiske, det praktiske og det forebyggende området.

Som Kjellgren (2000) poengterer; i arbeidet med unge som begår seksuelle overgrep er det viktig å ha fokus også på historiene til de som blir utsatt for disse ungdommenes overgrep. Vi er forpliktet til å hjelpe både utsatte og utøvere, for å begrense skadevirkningene og for å forebygge at nye overgrep skjer. Når seksuelle overgrep begått av ungdom mistenkes, er det viktig å ha god og kunnskapsbasert beredskap som raskt kan iverksettes. Å utvikle kunnskap om, utarbeide tiltak for og bevisstgjøre om unge som begår seksuelle overgrep kan altså ha en forebyggende effekt. Kunnskap om denne typen overgrep gjør oss bedre i stand til å rette oppmerksomhet mot problematikken, identifisere unge som begår eller er i risikozonen for å begå seksuelle overgrep, og tilby disse unge gode behandlingstilbud.

Unge mennesker som begår seksuelle overgrep må møtes med tydelige, klargjørende reaksjoner fra samfunnet og omgivelsene. Når vi vet hvor skadelige slike overgrep kan være, blir det klart at slik atferd ikke må unnskyldes, bortforklares eller bagatelliseres. Denne holdningen må imidlertid komplementeres med en annen viktig erkjennelse. Ungdom som møter anklager om seksuelle overgrep kan bli fjernet fra familien sin, tatt hånd om av barnevernet, plassert på institusjon, utestengt fra sine sosiale arenaer og stigmatisert. Som Barbaree og Marshall (2006) påpeker har slike stigma ofte mye lengre levetid enn en eventuell fengselsstraff eller annen form for "soning", og kan også ha store negative konsekvenser for den unge som er dømt for seksuelle overgrep. Derfor må de nødvendige strenge reaksjoner fra samfunnets side kombineres med gode, adekvate og kunnskapsbaserte tiltak og behandlingstilbud, slik at vi gjør ungdommen i stand til å endre på sin overgrepsatferd og forbedre sin livskvalitet.

Referanser

Araji, S. (1997). *Sexually aggressive children: Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Barbaree, H. E., Marshall, W. L., & McCormick, J. (1998). The development of deviant sexual behaviour among adolescents and its implications for prevention and treatment. *The Irish journal of Psychology*, 19(1), 1-31.

Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (2006). *The juvenile sex offender*. 2nd edition. New York / London: The Guilford Press.

Becker, J., & Kaplan, M. (1988). The assessment and treatment of adolescent sexual offenders. *Advances in Behavioral Assessment of Children and Families*, 4, 97-118.

Beech, A. R., & Mitchell, I. J. (2005). A neurobiological perspective on attachment problems in sexual

offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems. *Clinical Psychology Review*, 25(2), 153-182.

Bendiksby, O. H. (2008). Å forstå unge overgripere: Tilknytningsstrategier og utviklingshistorie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(6), 735-738.

Birkhaug, P., Mæhle, M., Nielsen, G. H., Knudsen, E. I., Kleive, H., & Solberg, Ø. (2005). Unge overgripere: En kartleggingsundersøkelse i Hordaland. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(11), 987-993.

Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34(2), 105-113.

BRÅ (2000). Statistik om gruppvåldtakter. 2000/3.
http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instance=4ogname=0108074996.pdfogurl=/dynamaster/file_archive/050126/d694c96c3768ea4ae796823a25b1b274/0108074996.pdf

Doren, D. M. (2006). What do we know about the effect of aging on recidivism risk for sexual offenders? *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 18(2), 137-157.

Efta Breitbart, J., & Freeman, K. A. (2004). Treatment of juveniles who sexually offend: An overview. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 125-138.

Faniff, A. M., & Becker, J. V. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescent sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11(3), 265-282.

FBI. (2006). Crime in the United States 2004. Uniform Crime Reports: FBI.

Frenken, J. (1999). Sexual offender treatment in Europe: An impression of cross-cultural differences. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 11(1), 87-93.

Friedrich, W. N., Davies, W. H., Feher, E., & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children. Developmental, ecological, and behavioral correlates. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 95-104.

Friedrich, W. N., Gerber, P. N., Koplin, B., Davis, M., Giese, J., Mykelbust, C., et al. (2001). Multimodal assessment of dissociation in adolescents: Inpatients and juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 13(3), 167-177.

Gil, E., & Johnson, T. C. (1993). *Sexualized children. Assessment and treatment of sexualized children and children who molest*. Rockville, MD: Launch Press.

Gray, A., Peters, W. D., Busconi, A., & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behaviour problems: treatment implications. *Child Abuse and Neglect*, 23(6), 601-621.

Hanson, R. K. (2002). Recidivism and age: Follow-up data from 4,673 sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(10), 1046-1062.

Hanson, R. K. (2006). Stability and change: Dynamic risk factors for sexual offenders. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, L. E. Marshall, & G. A. Serran (Eds.). *Sexual offender treatment controversial issues* (pp. 17-32). Hoboken, NJ: J. Wiley.

Hanson, R. K., Arthur, G., Andrew, J. R. H., Janice, K. M., William, M., Vernon, L. Q., et al. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 14(2), 169-194.

Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.

- Hermstad, K. (2009). *Forbrytelse og selvforståelse. Om menn som begår seksuelle overgrep mot barn*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Hudson, S. M., & Ward, T. (1997). Intimacy, loneliness, and attachment style in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(3), 323-339.
- Ingnes, E. K., Kleive, H., & Garbo, E. (2009). *V27 2004-2008 prosjektrapport*. Bergen: Hospitalet Betanien
- James, A. C., & Neil, P. (1996). Juvenile sexual offending: One-year period prevalence study within Oxfordshire. *Child Abuse & Neglect*, 20(6), 477-485.
- Jonson Reid, M., & Way, I. (2001). Adolescent sexual offenders: Incidence of childhood maltreatment, serious emotional disturbance, and prior offenses. *American journal of orthopsychiatry*, 71(1), 120-130.
- Kjellgren, C. (2000). *Sexuella övergrepp mot barn. Ungdomar som förgriper sig sexuellt*. Eksperttrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Kjellgren, C. (2009). *Adolescent sexual offending. Prevalence, risk factors and outcome*. Lund: Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series.
- Knight, R. A., & Sims Knight, J. E. (2004). Testing an etiological model for male juvenile sexual offending against females. *Journal of child sexual abuse*, 13(3-4), 33-55.
- Krahé, B., Bieneck, S., & Scheinberger-Olwig, R. (2007). The role of sexual scripts in sexual aggression and victimization. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 687-701.
- Kolivas, E. D., & Gross, A. M. (2007). Assessing sexual aggression: Addressing the gap between rape victimization and perpetration prevalence rates. *Aggression and Violent Behavior*, 12(3), 315-328.
- Laflen, B., Sturm, W. R. Jr. (1994). Understanding and working with denial in sexual offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3(4), 19-36.
- Langfeldt, T. (1993). *Sexologi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Langfeldt, T. (1999). Forståelse og behandling av voksne overgripere. I *Personer som begår seksuelle overgrep mot barn* (Skriftserie 7). Oslo: NOVA.
- Langfeldt, T. (2009). Sexual Health: Children's Rights not to develop Sexual Offensive Behaviour. Gold Medal Lecture 19th WAS Congress, Göteborg.
- Långström, N. (1999). *Young sex offenders: Individual characteristics, agency reactions and criminal recidivism*. Stockholm: Department of Public Health, Karolinska institute.
- Långström, N., & Lindblad, F. (2000). Young sex offenders: Background, personality, and crime characteristics in a Swedish forensic psychiatric sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 113-120.
- Långström, N., Grann, M., & Lindblad, F. (2000). A preliminary typology of young sex offenders. *Journal of Adolescence*, 23(3), 319-329.
- Långström, N. (2001). *Young Sex Offenders: A research overview*. Eksperttrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2000). The origins of sexual offending. *Trauma, Violence and Abuse*, 1(3), 250-263.
- Marshall, W. L., Marshall, L. (2006a). Therapeutical processes in the treatment of sexual offenders. Paper presented at „The Benefits of Sexual Offender Therapy“. 9th Conference of the International

Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO)
September 6-9, 2006.

Marshall, W. L., Serran, G. A., & Cortoni, F. A. (2000). Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in child molesters. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 12(1), 17-26.

McMackin, R. A., Leisen, M. B., Cusack, J. F., LaFratta, J., & Litwin, P. (2002). The relationship of trauma exposure to sex offending behavior among male juvenile offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11(2), 25-40.

Miner, M. H., & Munns, R. (2005). Isolation and Normlessness: Attitudinal comparison of adolescent sex offender, juvenile offenders and nondelinquents.pdf. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(5), 494-504.

Mossige, S. (2001). *Ungdoms holdninger til seksuelle krenkelser og overgrep. Ungdommers oppfatning av barn som legitime mål for seksuelle handlinger*. Oslo: NOVA.

Mossige, S., Ainsaar, M. & Svedin, C. G. (Eds.) (2007). *The Baltic Sea Regional Study on Adolescents' Sexuality*. Oslo: NOVA

Mossige, S., & Dyb, G. (2009). *Voldsutsatte barn og ungdom I Oslo. Forekomst og innsatsområder for forebygging*. Oslo: NOVA.

Nyman, A., Risberg, O., & Svensson, B. (2001). *Young offenders. Sexual abuse and treatment*. Stockholm: Save the children Sweden

Oxnam, P., & Vess, J. (2006). A personality-based typology of adolescent sexual offenders using the Millon Adolescent Clinical Inventory. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(1), 36-44.

Pervan, S., & Hunter, M. (2007). Cognitive Distortions and Social Self-Esteem in Sexual Offenders. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 3(1), 75-91.

Priebe, G. (2009). *Adolescents' experiences of sexual abuse. Prevalence, abuse characteristics, disclosure, health and ethical aspects*. Doctoral thesis. Lund: Lund University

Prentky, R. A., Knight, R. A., Sims Knight, J. E., Straus, H. et al. (1989). Developmental antecedents of sexual aggression. *Development and psychopathology*, 1(2), 153-169.

Prentky, R. A., Knight, R. A., Sims-Knight, J. E., Straus H., Rokous, F. & Cerce, D. (2000). Developmental antecedents of sexual coercion in juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 12(3), 165-178.

Rich, P. (2006). *Attachment and sexual offending: Understanding and applying attachment theory to the treatment of juvenile sexual offenders*. Hoboken: John Wiley & Sons Ltd.

Righthand, S., & Welch, C. (2004). Characteristics of youth who sexually offend. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 15-32.

Righthand, S., & Welch, C. (2001). *Juveniles who have sexually offended. A review of the professional literature*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Ryan, G. (1998). The relevance of early life experience to the behaviour of sexually abusive youth. *The Irish journal of Psychology*, 19(1), 32-48.

Sarwer, D. B., Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Early, J., & Ali, S. A. (1993). Sexual aggression and love styles: An exploratory study. *Archives of Sexual Behavior*, 22(3), 265-275.

- Schou, L., Dyb, G., & Graff-Iversen, S. (2007). *Voldsutsatt ungdom i Norge – resultater fra helseundersøkelser i seks fylker*. Folkehelseinstituttet, rapport 2007:8.
- Skjørten, K. (1994). *Voldsbilder i hverdagen. Om menns forståelse av kvinnemishandling*. Oslo: Pax.
- Statistisk Sentralbyrå. (2010). *Kriminalstatistikk. Tabell 15. Siktede, etter kjønn, alder og type hovedlovbrudd. 2006*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
http://www.ssb.no/a_krim_tab/tab/tab-2010-12-03-15.html
- Statistisk Sentralbyrå. (2010). *Kriminalstatistikk. Tabell 24. Tilbakefall i femårsperioden 2002-2006 blant siktede i 2001, etter lovbruddsgruppe i 2001 og lovbruddsgruppe ved tilbakefall. Absolutte tall og prosent*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
http://www.ssb.no/a_krim_tab/tab/tab-2010-12-03-24.html
- van Wijk, A., Loeber, R., Vermeiren, R., Pardini, D., Bullens, R., & Doreleijers, T. (2005). Violent juvenile sex offenders compared with violent juvenile nonsex offenders: Explorative findings from the Pittsburgh youth study. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 17(3), 333-352.
- Veneziano, C., Veneziano, L., & LeGrand, S. (2000). The relationship between adolescent sex offender behaviors and victim characteristics with prior victimization. *Journal of interpersonal violence*, 15(4), 363-374.
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and violent behavior*, 11(1), 44-63.
- Wassberg, A., & Kjellgren, C. (2002). *Unga förövare och unga offer*. Ekspertrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Weinrott, M. R. (1996). *Juvenile sexual aggression: A critical review*. Portland, Oregon: Center for the Study and Prevention of Violence
- Worling, J. R., & Curwen, T. (2000). Adolescent sexual offender recidivism: success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child Abuse and Neglect*, 24(7), 965–82.
- Worling, J. R. (2001). Personality-based typology of adolescent male sexual offenders: Differences in recidivism rates, victim-selection characteristics, and personal victimization histories. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 13(3), 149-166.
- Worling, J., & Långström, N. (2003). Assessment of criminal recidivism risk with adolescents who have offended sexually. *Trauma, Violence and Abuse*, 4(4), 341-362.

Fysiske overgrep mot barn

Mia C. Myhre (2010)

Fysiske overgrep mot barn innebærer at en voksen person påfører et barn smerte, kroppslig skade eller sykdom.

Innledning

Mishandlingen kan ta form av slag, med eller uten bruk av gjenstand, spark, lugging, klyping, biting, kasting, brenning, skålding m.m. I de groveste tilfellene kan overgrepene ta form av forgiftning, drapsforsøk eller drap (SOU 2001: 72). I Norges offentlige utredning "Barnemishandling og omsorgssvikt" defineres omsorgssvikt som det å forsømme å dekke et barns behov i en slik grad at det utsettes for fysisk eller psykisk skade eller fare (NOU 1982:26). Fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn defineres også som fysisk mishandling (WHO, 2002)

Barnemishandling er et alvorlig samfunnsproblem med store omkostninger både for de involverte barna, familiene og for samfunnet (Butchart, Harvey, Mian, & Furniss, 2006; Gilbert, Widom, et al., 2009).

På 1960-tallet fikk vi de første internasjonale rapporter om at foreldre mishandlet barna sine slik at de fikk varige skader eller døde (Caffey, 1972; Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller, & Silver, 1984). Rapportene vakte stor oppmerksomhet og saken kom opp i Europarådet, som vedtok en anbefaling til medlemslandene om å iverksette alle nødvendige tiltak for å sikre trygghet for mishandlede barn. Fysisk mishandling av barn var imidlertid ikke noe nytt fenomen, og i etterkrigstiden var fysisk avstraffelse vanlig i både i hjem og offentlige institusjoner, særlig der barn levde under dårlige sosiale forhold. Likevel var få tilfeller av barnemishandling registrert innenfor helse-, sosial eller skolesektor i disse årene. I Norge ble forbudet mot bruk av vold mot barn innarbeidet i Barneloven i 1987 (Barne- og likestillingsdepartementet, 1981).

Omfang av fysiske overgrep mot barn

I følge Barnevernsstatistikken fra Statistisk Sentralbyrå ble det i 2008 igangsatt nye tiltak hos 215 barn på grunn av fysisk mishandling. (SSB, 2009) Dette står i kontrast til en norsk undersøkelse utført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, om vold og overgrep mot barn og unge hvor nær 25 prosent hadde opplevd minst ett tilfelle av fysisk overgrep fra en forelder i løpet av livet (for eksempel blitt dyttet, ristet, lugget, slått med flat hånd), og åtte prosent rapporterte grov vold (for eksempel slått med knyttneven, slått med en gjenstand, fått bank/juling) fra minst en forelder. (Stefansen, 2007) Schou, Dyb og Graff-Iversen fant at ca. 4 % av de 16 000 ungdommene som deltok i Folkehelseinstituttets ungdomsundersøkelse rapporterte vold (e. g., slag, spark) fra voksne i løpet av det siste året. (Schou, Dyb, & Graff-Iversen, 2007) Øia fant at 3,2 prosent av ungdommene som deltok på Ung i Oslo-undersøkelsene rapporterte at de hadde blitt skadet som følge av vold fra foreldrene i løpet av livet. (Øia, 2007) En undersøkelse blant svenske barn og ungdommer viste at 4 prosent av 10–12 åringer og 7 prosent av 20-åringer hadde vært utsatt for voldshandlinger (inkludert fysisk straff) fra egne foreldre én eller flere ganger (BRÅ-rapport 2000:15; SOU 2001:18; SOU 2001: 72). I en undersøkelse gjennomført i USA med fokus på hvordan foreldre disiplinerte sine barn fant man at 5 prosent ble utsatt for fysisk mishandling (M. A. Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998) Ulik forekomst i befolkningsundersøkelser skyldes ofte ulikheter i definisjoner, spørsmålsstillinger og utvalg, men disse undersøkelsene fra Skandinavia forteller at vold i hjemmet ikke er et sjeldent fenomen i samfunnet vårt.

Tilgjengelige studier viser at det ikke er noen grunn til å tro at omfanget av barnemishandling er mindre i andre deler av verden. Etter initiativ fra FNs høykommissær for menneskerettigheter, UNICEF og WHO, har det blitt gjennomført en verdensomspennende studie av vold mot barn (Pinheiro, 2006). Den endelige rapport ble lagt frem i oktober 2006, og viser at mye av volden mot barn fortsatt er skjult, hemmeligholdt, underrapportert og mangelfullt registrert.

FN-rapporten (Pinheiro, 2006) konkluderer videre med at vold mot barn er et globalt problem og at et stort antall barn utsettes for vold i hjemmet. Rapporten har ikke tatt mål av seg å undersøke omfanget

av problemet, derimot har man arbeidet for å få en oversikt over alle medlemslandenes tiltak og arbeid for å redusere problemet. I denne sammenheng påpekes det blant annet at det kun er 16 medlemsland i FN som har innarbeidet forbud mot bruk av vold mot barn.

Omfanget av fysiske overgrep mot de minste barna fra foreldre eller andre omsorgsgivere er ikke kartlagt i Norge og Norden. I studier som tar utgangspunkt i barn som er undersøkt for skader på legevakst eller sykehus finner en grunn til å mistenke mishandling eller vold hos 1- 8 %.(Roaten, et al., 2006) Andelen som skyldes mishandling varierer etter type skade og alder. Skader som følge av mishandling i hjemmet er hyppigst blant de minste barna; 1/3 av skadene hos barn under 18 måneder er påførte, mens 1/10 av skadene hos barn under 5 år skyldes mishandling.(DiScala, Sege, Li, & Reece, 2000) For bruddskader har Coffey og medarbeidere funnet at 2/3 av bruddskader i beina hos barn under 18 mnd er påført.(Coffey, Haley, Hayes, & Groner, 2005)

Hos små barn er påførte hodeskader mest alvorlig, og barnet kan skades for livet. I Skottland og USA er det funnet at pr.100 000 barn under ett år ble 24 til 29 påført slike skader.(Barlow & Minns, 2000) En norsk studie fra Ullevål Universitetssykehus og NKVTS konkluderte med at 19 % av alvorlige hodeskader hos barn under 3 år skyldes sannsynlig mishandling.(Myhre, Grøgaard, Dyb, Sandvik, & Nordhov, 2007)

Barn som er spesielt utsatt

Det foreligger i norsk sammenheng lite kunnskap om hvilke grupper av barn som rammes eller hvilke barn som er spesielt utsatt. Internasjonal forskning har pekt på at fysisk mishandling foregår i alle sosiale lag, men at forekomsten av vold øker med lav utdanning, arbeidsløshet og økonomiske problemer (Saur, 1999) Berger LM(Gilbert, Widom, et al., 2009) . Andre risikofaktorer er knyttet til om det forekommer vold mellom mor og far. I en familie der det forekommer partnervold er også barnets risiko for å bli utsatt for fysiske overgrep betydelig høyere sammenlignet med familier der det ikke forekommer (Seidel, 1995)(Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl, & Moylan, 2008). I en studie av Moore & Pepler (1998) hadde 42 % av barna som hadde vært vitne til vold, selv opplevd fysisk mishandling. Risikoen for fysiske overgrep mot barn øker også i takt med familiestørrelsen (M. Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980), og risikoen er større i familier som opplever store belastninger med sykdom eller problematferd hos barnet.

Barn med funksjonshemming har øket risiko for å bli utsatt for mishandling.(Spencer) (Hibbard & Desch, 2007). Spencer og medarbeidere (2005) viste i en befolkningsstudie i Storbritannia en klar sammenheng mellom funksjonshemming hos barnet og melding til barnevernet. Studien viste en overhyppighet av alle former for barnemishandling; fysisk mishandling, seksuelt misbruk, emosjonell mishandling og omsorgssvikt for barn med cerebral parese, atferdforstyrrelser (moderat og alvorlig), psykologiske problemer, tale- og språkvansker, moderate og alvorlige lærevansker. Barn med atferdforstyrrelse og barn med lærevansker hadde høyest risiko for alle former for mishandling. Adferdsvansker som risikofaktor for mishandling kan være vanskelig å skille fra adferdsvansker som følge av mishandling og omsorgssvikt. Den samme forskergruppen fant en klar og lineær sammenheng mellom både lav fødselsvekt og prematur fødsel og alle typer barnemishandling. Dette har vært diskutert og redegjort for i flere studier helt fra 1970 tallet, men denne sammenhengen har vært trukket noe i tvil på grunn av metodologiske svakheter i de eldre studiene.

Foruten eldre barns egne fortellinger, vitneutsagn og eventuelle tilståelser vil kunnskap om skademekanismer og skadetyper være viktig for å kunne avdekke fysisk vold mot barn og forhindre at barnet blir utsatt for videre mishandling.

Fysiske skader hos barn etter mishandling

Helsevesenet er i en særstilling når det gjelder å avdekke mishandling av barn. Selv om helsepersonell kun står for en liten del av rapporteringen til barnevernet, er det de som har mulighet til å opptage, og plikt til å melde fra om, den minoriteten av barn som har blitt alvorlig fysisk mishandlet med skader og symptomer til følge. Kunnskap om skademekanismer og skadetyper er derfor viktig for å kunne avdekke fysisk vold mot barn og forhindre at barnet blir utsatt for videre mishandling.(Gilbert, Kemp, et al., 2009)

Mistanke om barnemishandling bør generelt oppstå når en ser tegn til skader hos barn der fortellingen om hvordan skaden(e) har oppstått er uklar; vag med lite detaljer eller den blir forandret. I tillegg til skader etter vold er det viktig å være oppmerksom på at skader kan være relatert til omsorgssvikt hos barn som ikke er forsvarlig passet på (Flavin, Dostaler, Simpson, Brison, & Pickett, 2006).

Det er viktig at mistanke om mishandling blir tatt til følge umiddelbart, for å forebygge nye og ofte alvorligere skader. Tiltross for at det haster med å avdekke mulig mishandling, og det foreligger informasjonsplikt til barnevernet, regner en med at barnemishandling blir underrapportert. En vansklighet for helsepersonell er at selv om ca 10 % av barne de ser med sannsynlighet har blitt mishandlet i løpet av det siste året, kommer svært få på grunn av skader og symptomer direkte forårsaket av vold. (Gilbert, Widom, et al., 2009)

De vanligste skadene etter mishandling er bløtdelsskader (blåmerker og sår), brudd og hodeskader. Hos små barn er påførte hodeskader mest alvorlig, og barnet kan skades for livet. Den medisinske vurderingen begynner med en grundig sykehistorie som tar sikte på å kartlegge hendelsesforløpet og mekanismen for den skaden barnet har. Det er viktig å kartlegge når hendelsen fant sted, hvem som var tilstede, hva barnet gjorde forut for og etter hendelsen. Informasjon om tidligere sykdommer, barnets omsorgssituasjonen, sosiale forhold og opplysninger fra tidligere konsultasjoner og innleggelser er av stor betydning.

Følgende trekk ved sykehistorien kan gi mistanke om mishandling (Hettler & Greenes, 2003):

- Skademekanismen stemmer dårlig overens med skadens omfang
- Beskrivelse av hendelsesforløpet endrer seg
- Skademekanismen stemmer ikke med barnets ferdigheter
- Ingen beskrevet hendelse som forklaring på skade

Videre er en grundig undersøkelse av hele barnet og nøyaktig dokumentasjon av funn viktig å foreta. Det er også viktig å vurdere allmenntilstand, vekst og utvikling samt forhold som klær, hygiene og tannstatus.

Skader og funn hvor det er grunn til å være spesielt oppmerksom på mishandling

BLÅMERKER

For blåmerker fant Maguire et al (2005), i review av 167 studier at følgende egenskaper skal vekke bekymring:

- Blåmerker hos barn som ikke selv kan forflytte seg
- Blåmerker utenom benete fremspring
- Blåmerker som dannet et mønster
- Flere store blåmerker.

BRUDD

- Brudd i lange rørknokler hos små barn.
- Bøttehankbrudd i lange rørknokler. Skyldes at armer og ben slenger kraftig ved risting.
- Ribbensbrudd, Skyldes hardt grep av store hender rundt barnets brystkasse.

Ved mishandling vil en ofte kunne se nye og gamle brudd etter gjentatte episoder. Forekommer hyppig sammen med påført hodeskade hos små barn. Spesielt bakre ribbensfrakturer kan være vanskelig å identifisere.

HODESKADER

En alvorlig følge av barnemishandling er hodeskader. Tilstanden er hyppigst hos barn under 2 år. Den vanligste skademekanismen ved mishandling er risting og risting i kombinasjon med treffskade. Typisk skader etter risting kalles "Shaken Baby Syndrom". En finner da blødninger under den harde hjernehinne (subduralblødninger), blødning i øyebunnen, ribbensbrudd og brudd i de lange rørknoklene. Barna kan i tillegg ha skade på hjernevevet; knusningsskader og andre skader i hjernevevet som følge av at hjernen treffer innsiden av skallen, skader i nerveceller på grunn av kraftig strekk av hjernevevet og hjernes skader som følge av nedsatt tilførsel av surstoff til hjernen (skader som følge av pustestans, dårlig gjennomblødning til hjernen og hevelser). Dette er skader på hjernevevet som gir varige nevrologiske følgetilstander hos barnet.

Symptomer på hodeskader kan være av generell art, og ofte er det ingen ytre tegn til skaden. Slike symptomer er:

- kramper og anfall
- pustebesvær og pustestans
- oppkast og spisevansker
- irritabilitet

BLØDNINGER I ØYEBUNNEN

Hos 70 - 85 % av barn med hodeskade etter mishandling oppstår blødninger i øyebunnen. Dette funnet gir derfor en sterk indikasjon på mulig mishandling da det er sjeldent ved hodeskader av annen årsak. Små øyebunnsblødninger kan sees etter fødsel i inntil 6 uker.

De fleste fysiske skadene etter mishandling vil tilhele uten varige men eller funksjonsnedsettelse. Et alvorlig unntak er påførte hodeskader som har en dårlig prognose med dødelighet på over 10%, og nevrologisk senskader hos 60-70% av de overlevende (K. M. Barlow, Thomson, Johnson, & Minns, 2005; Keenan, Hooper, Wetherington, Nocera, & Runyan, 2007; King, MacKay, & Sirnick, 2003). Vel 1/3 av barna hadde alvorlige senfølger og var totalt hjelpetrengende mens de resterende hadde et vidt spekter av skader med lammelser, synsskader, epilepsi, språkvansker, kognitive utviklingsforstyrrelser og atferdsproblemer. Atferdsproblemene kan manifestere seg lenge etter skaden og først bli erkjent som problem i ungdomsårene.

Etter at den medisinske utredningen er ferdig og barnets akutte skader er behandlet må det tas stilling til om det foreligger indikasjoner på at barnet har vært mishandlet. En tverrfaglig gjennomgang av barnets situasjon er nyttig og sikrer at flere faggrupper med erfaring og kunnskap om barnemishandling bidrar til å sikre barnets rettigheter og trygghet. Noen ganger må en sikre barnet umiddelbart, og innleggelse i sykehus kan da være et godt alternativ som også gir mulighet for videre undersøkelser. Helsepersonell har selvstendig meldeplikt til barnevernet dersom en mistenker barnemishandling.

Psykiske skader hos barn etter mishandling

Barn som utsettes for langvarige og gjentatte traumatiske påkjenninger får ofte et sammensatt symptombylde. Å bli utsatt for vold eller oppleve at andre utsettes, synes også å representere en vesentlig risiko for utvikling av PTSD (Black, Harris-Hendriks, & Kaplan, 1992; Kilpatrick et al., 2003), mens få studier har kartlagt sammenhenger mellom voldsutsatthet og andre reaksjoner hos barnet. Større helseundersøkelser av voksne gjennomført i USA (Kessler, Berglund, Demler, Jin, & Walters, 2005; Schnurr & Green, 2004) og i andre europeiske land (Hepp et al., 2005; Perkonig et al., 2005) viser at vold er assosiert med både psykiske og somatiske helseproblemer. Voldserfaringer i barndommen medfører også en høy risiko for igjen å bli utsatt for vold som voksen (Coid et al., 2001). På sikt kan det å ha vært utsatt for vold også resultere i egen voldelig atferd. Dette medfører stor fare, særlig hos gutter og unge menn, for at de skal utvikle aggressive respons- og handlingsmønstre som kan komme til uttrykk blant annet når de selv stifter familie (Bengtson, Steinsvåg, & Terland, 2004).

Tiltak og forebygging

Den gryende oppmerksomheten omkring fysisk mishandling av barn på 1960- tallet endret holdning og beskyttelse av barnet ble prioritert. Det ble blant annet utviklet ulike modeller for tverretattlig samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet, hvor også skolen og politiet deltok (NOU 1982:26). Tross oppmerksomhet omkring problematikken er vold mot barn fortsatt et alvorlig samfunnsproblem, og i Soria Moria-erklæringen slår Regjeringen fast at arbeidet med å beskytte barn mot vold og overgrep skal være høyt prioritert (Soria Moria-erklæringen, 13. oktober 2005).

Åpenhet, tillit og tilgjengelighet ble påpekt som tre viktige forutsetninger for et effektivt forebyggende arbeid i en stortingsmelding fra 2003 (St.meld. nr. 29, 2002-2003). Åpenhet er også en viktig forutsetning for å få kunnskap om vold i familien og for å kunne yte hjelp på et tidlig stadium. Å yte hjelp tidlig er viktig i forhold til alle parter med sikte på å begrense skadevirkninger. For at barn som lever med vold i familien skal våge å fortelle om det, må de blant annet ha tillit til at hjelpeapparatet kan ivareta deres situasjon på en god måte. Hjelpetilbudet må videre være tilgjengelig både for dem som utsettes for volden og for utøver. Det er viktig med et differensiert tilbud både til utøver og de ulike offerkategoriene. I svangerskapet møter kvinnen helsevesenet omlag 12 ganger. Dette gir

helsevesenet anledning til å bli kjent med familien, både deres problemer og ressurser, for å kunne støtte opp om mestringsevnen. Mange foreldre eller blivende foreldre vil vegre seg for å avdekke sine problemer av frykt for at de kan bli funnet mindre egnet som foreldre. Helsevesenets oppgave er imidlertid ikke å være dommere, men å se problemer som kan minskes eller forebygges (NOU 1998:18).

Referanser

Barlow, K., & Minns, R. A. (2000). Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *The lancet*, 356(9241), 1571-1572.

Barlow, K. M., Thomson, E., Johnson, D., & Minns, R. A. (2005). Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. *Pediatrics*, 116(2), 85.

BRÅ-rapport 2000:15. *Barnmisshandel - en kartlegging av polisanmälde brott mot barn* (Brottsförebyggande Rådet).

Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Furniss, T. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.

Caffey, J. (1972). On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *American Journal of Diseases of Children*, 124(2), 161-169.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.

Coffey, C., Haley, K., Hayes, J., & Groner, J. I. (2005). The risk of child abuse in infants and toddlers with lower extremity injuries. *Journal of pediatric surgery*, 40(1), 120-123.

DiScala, C., Sege, R., Li, G., & Reece, R. M. (2000). Child abuse and unintentional injuries: a 10-year retrospective. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 154(1), 16-22.

Flavin, M. P., Dostaler, S. M., Simpson, K., Brison, R. J., & Pickett, W. (2006). Stages of development and injury patterns in the early years: a population-based analysis. *BMC public health*, 6, 187.

Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D., et al. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*, 373(9658), 167-180.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68-81.

Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Moylan, C. A. (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 9(2), 84-99.

Hettler, J., & Greenes, D. S. (2003). Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? *Pediatrics*, 111(3), 602-607.

Hibbard, R. A., & Desch, L. W. (2007). Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, 119(5), 1018-1025.

Keenan, H. T., Hooper, S. R., Wetherington, C. E., Nocera, M., & Runyan, D. K. (2007). Neurodevelopmental consequences of early traumatic brain injury in 3-year-old children. *Pediatrics*, 119(3), 23.

Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1984). Landmark article July 7, 1962: The battered-child syndrome. By C. Henry Kempe, Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, William Droegemueller, and Henry K. Silver. *Journal of the American Medical Association*, 251(24), 3288-3294.

- Maguire, S., Mann, M. K., Sibert, J., & Kemp, A. (2005). Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of disease in childhood*, 90(2), 182-186.
- Myhre, M. C., Grøgaard, J. B., Dyb, G. A., Sandvik, L., & Nordhov, M. (2007). Traumatic head injury in infants and toddlers. *Acta Pædiatrica*, 96, 1159-1163.
- NOU 1982:26. Barnemishandling og omsorgssvikt: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Roaten, B., Partrick, D. A., Nydam, T. L., Bensard, D. D., Hendrickson, R. J., Sirotnak, A. P., et al. (2006). Nonaccidental trauma is a major cause of morbidity and mortality among patients at a regional level 1 pediatric trauma center. *Journal of pediatric surgery*, 41(12), 2013-2015.
- Schou, L., Dyb, G., & Graff-Iversen, S. (2007). Voldsutsatt ungdom i Norge - resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- SOU 2001:18. Barn och misshandel – En rapport om kroppslig bestraffning och annan misshandel i Sverige vid slutet av 1900-talet. Stockholm: Kommittén mot barnmisshandel.
- SOU 2001: 72. Barnmisshandel - Att förebygga och åtgärda. Slutbetänkande från Kommittén mot barnmisshandel: Socialdepartementet.
- Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C., et al. (2005). Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics*, 116(3), 609-613.
- Spencer, N., Wallace, A., Sundrum, R., Bacchus, C., & Logan, S. (2006). Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. *Journal of epidemiology and community health*, 60(4), 337-340.
- SSB. (2009). <http://www.ssb.no/emner/03/03/barneverng/tab-2009-07-06-10.html>
Retrieved 21 Mars, 2010.
- Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. In S. Mossige & K. Stefansen (Eds.), *NOVA Rapport* (Vol. 20/07, pp. s. 48-75). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA.
- WHO. (2002). World report on violence and health.
- Øia, T. (2007). Ung i Oslo: Levekår og sosiale forskjeller. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Barn som opplever vold i hjemmet

Av: Carolina Øverlien

April 2010

Innledning

En altfor stor gruppe barn vokser opp i familier der vold er en del av hverdagen. Ifølge FNs konvensjon om barnets rettigheter har alle barn rett til å vokse opp i et hjem fritt for vold og overgrep. Volden kan se ulik ut i ulike familier, og ulike typer vold overlapper ofte hverandre. Denne kunnskapsoversikt vil fokusere på den vold som oftest utføres av pappa mot mamma og som barna opplever på ulike måter.

De siste 15 årene av forskning på barn som opplever vold i hjemmet har med all tydelighet vist at disse barna påvirkes av volden både på kort og lang sikt (Edwards, Holden, Anda & Felitti, 2003; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith & Jaffe, 2003). Som en konsekvens av å oppleve vold kan barna utvikle ulike helsemessige, sosiale og kognitive problemer (for en oversikt, se Øverlien, 2010; Holt, Buckley & Whelan, 2008; Kracke & Hahn, 2008).

Det begrepet som oftest anvendes i de nordiske land for å beskrive fenomenet og denne gruppen barn er at de "bevitner" volden. Barna blir følgelig "vitner til vold". De siste år har forskningen dog problematisert begrepet "vitne til vold" ettersom studier som utgår fra barnas forståelse av vold viser at vold ikke er noe barnet er vitne til, i den forstand at de ser den på avstand. Barn som opplever vold i hjemmet, opplever den med alle sine sanser, bl.a. gjennom å se den, høre den, se materielle skader og kjenne sin mors redsel (Øverlien & Hydén, 2007). Forskning viser at de fleste barn som opplever volden befinner seg i samme rom som der voldsepisoden skjer. Ettersom små barn ofte befinner seg fysisk nære omsorgspersonene er de spesielt utsatt (Fusco & Fantuzzo, 2009; Fantuzzo & Mohr, 1999; Hughes, Parkinson, & Vargo, 1989).

Forskningsfeltet "barn som opplever vold i hjemmet" har i den senere tid interessert seg for barnets rolle i relasjon til volden. Et antall nyere studier har bidratt til å øke vår forståelse av hvordan barn selv opplever og håndterer volden og har tvunget oss til å revurdere vårt syn på barnet som en passiv observatør (se for eksempel Fusco & Fantuzzo, 2009; Øverlien & Hydén, 2009; Gewirtz & Medhanie, 2008; Källström Cater, 2004; Mullender & Morley, 2001; McGee, 2000; Edleson, 1999). Mange barn, spesielt de eldre, forsøker å påvirke situasjonen direkte gjennom for eksempel å ringe til politiet, gå til naboen og be om hjelp og/eller forsøke å beskytte mor med sin egen kropp (Øverlien & Hydén, 2009; Fusco & Fantuzzo, 2009; Joseph, Govender & Bhagwanjee, 2006; Gewirtz & Medhanie, 2008).

Jeg vil nå gå nærmere inn på disse spørsmålene for å gi et overblikk over forskningsfeltet.

Definisjoner

Forskning om barn som opplever vold i hjemmet, begynte i USA på slutten av 1970-tallet. Denne tidlige forskningen benyttet seg av to uttrykk for å beskrive fenomenet: "to witness" og "to observe". Barn som var vitne til vold ble dermed "witnesses" og "observers". Disse to uttrykkene er nå i den engelskspråklige litteraturen blitt byttet ut med begrepet "exposure". Et fåtall forskere, særlig fra de skandinaviske land og Storbritannia bruker uttrykket "experience" for å beskrive fenomenet og betone barnets subjektstatus (Näsman, Källström Cater & Eriksson, 2008; Øverlien, 2007; McGee, 2000; Peled, 1998). Dog råder det fortsatt i dag en utydelighet når det gjelder de begrepene som anvendes på feltet, noe som får betydning i vår streben etter klargjørende og økt kunnskap. Den vold som fedre oftest utsetter mødre for usynliggjøres gjennom at kjønnsnøytrale begrep som "Interpersonal violence (IPV)" anvendes for å beskrive mens vold mot kvinner.

Begrepet "exposure" kan i blant bety barnets direkte utsatthet for vold og overgrep i familien og/eller i omgivende samfunn og i andre sammenheng referere til at barnet på ulike måter opplever volden en forelder utsetter den andre for (se for eksempel Kracke & Hahn, 2008 for mer utfyllende diskusjon).

Det har blant annet sin forklaring i at:

- Forskningsfeltet er relativt nytt
- Feltet har sine røtter i ulike forskningsfelt, slik som "child meatement" og "domestic violence" og dermed også i ulike praksisfelt

- Feltet er tverrvitenskaplig og dermed fundert på ulike kunnskapsforståelser og i blant selv ulike vitenskaplige synsmåter.

Prevalens

Det er umulig å frambringe nøyaktige tall på hvor mange kvinner som utsettes for vold av menn de har en nær relasjon til og hvor mange barn som opplever denne volden. Vi vet at vold i nære relasjoner ofte underrapporteres, og mørketallene er dermed store. Svenske offerstudier viser at 20% av alle som har blitt utsatt for vold av en person de kjenner, kontakter politiet (Häll, 2003). Forskning viser også at prevalensstudier umulig kan gi et eksakt tall på spørsmål av sensitiv og tabuisert karakter der en persons definisjon av en opplevelse kan skille seg markant fra en annen persons opplevelse av en liknende hendelse. (Bossy & Farstad, 2009; Thoresen & Øverlien, 2009).

Frem til høsten 2007 fantes det ingen nasjonale omfangsstudier på hvor mange barn som opplever vold i hjemmet i Norge. Tidligere ble det referert til en landsomfattende studie om vold i parforhold i Norge som viste at 12% av de spurte kvinnene en eller annen gang hadde blitt utsatt for fysisk vold av en partner eller tidligere partner. I omkring en tredjedel av parforholdene med vold hadde barnet sett eller hørt volden (Haaland, Clausen & Schei, 2005). Når man spør barn og unge selv blir dog resultatet annerledes. I en amerikansk studie som innbefattet 1581 anmeldte voldssaker mot kvinner i nære relasjoner fant forskerne at 95% av barna i studien hadde sett volden. Av disse barn hadde 75% hatt en aktiv rolle i voldshendelsen (Fusco & Fantuzzo, 2000).

I 2007 kom den første norske omfangsstudien om vold mot barn (Mossige & Stefansen, 2007). I alt deltok 7033 avgangselever ved 67 videregående skoler rundt om i landet i undersøkelsen. Av disse rapporterte 7% at de noen gang i sitt liv hadde opplevd partnervold mot mor og 2% at volden var grov. 2% rapporterte at de hadde opplevd vold mot far, og veldig få hadde opplevd volden som grov.

Den mest omfattende svenske prevalensstudien som er blitt gjennomført når det gjelder antall barn som opplever vold i familien, kommer fra Kommiteen mot barnmisshandel (SOU 2001:72). De rapporterer at 10% av alle barn i Sverige en eller annen gang har sett pappa slå mamma, og at 5% ofte gjør det. I 2007 ble det gjort en oppfølging som viser lavere tall. Janson et. al (2007) rapporterer at 5% av barna i studien kjenner til at foreldrene har slått hverandre, og 2% oppgir at det skjer ofte. I Rädda Barnens rapport (2006) oppgir 12% av de 1761 18-åringene at de en eller annen gang i sin oppvekst så far/stefar slå mor/stemor. I et internasjonalt perspektiv er dette lave tall.

Konsekvenser

En litteraturgjennomgang av internasjonalt publiserte vitenskaplige artikler fra 1995-2008 viser en markant økning av antall artikler sammenliknet med perioden 1975-1995 (Øverlien, 2010; Øverlien, 2007). Disse artiklene taler sitt tydelige språk. Barn som opplever vold i hjemmet risikerer å få alvorlige psykiske og atferdsmessige problemer, som depresjon, angst og aggressiv atferd (Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl, & Russo, 2010; Ireland & Smith, 2009; Lang & Stover, 2008; Graham-Bermann & Seng, 2005; Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003; Johnson, Kotch, Catellier, Winsor, Dufort, Hunter & Amaya-Jackson, 2002; Edelson, 1999; Knapp, 1998; Adamson & Thompson, 1998). Imidlertid viser ovenstående forskning at reaksjonene er av en rekke ulike slag og varierer mye avhengig av det enkelte barn og dets livssituasjon. Forskere fant at disse barna hadde betydelig flere atferdsproblemer enn kontrollgruppen, som for eksempel utagerende oppførsel og lav sosial kompetanse (Kernic, Wolf, Holt, McKnight, Huebner & Rivara, 2003). Baldry (2003) fant at skolebarn som hadde opplevd vold i hjemmet, oftere mobbet andre barn, men også at de selv oftere utsettes for mobbing sammenliknet med kontrollgruppen. Denne sammenhengen var spesielt tydelig for jenter. I den norske omfangsundersøkelsen av Mossige og Stefansen (2007) framgikk det at ungdommer som rapporterte at de hadde opplevd grov vold mot en forelder hadde en økt risiko for utagerende atferd, depresjon og dissosiasjon sammenliknet med ungdommer uten slike opplevelser.

En stor del av den psykologiske og sosialmedisinske forskningen benytter seg av det internasjonale diagnosesystemet Diagnostic and statistical manual of mental disorders (American Psychiatric Association, 2000) og diagnosen Posttraumatisk stressyndrom (PTSD). Dette er en diagnose som tradisjonelt sett har blitt brukt på voksne, men antallet barn som har fått diagnosen har økt markant de siste ti årene (Dyb, 2005). Siden 1997 har det blitt gjort en rekke studier som har funnet at barn som har opplevd vold i hjemmet har en økt risiko for PTSD (cf. Griffing, Lewis, Chu, Sage, Madry & Primm,

2006; Card, 2005; Jarvis, Godon & Novaco, 2005; Rossman, 1998). Lehmanns (1997) resultater viser for eksempel at 50% av barna i hans studie som hadde opplevd vold i hjemmet, oppfylte kriteriene for en PTSD-diagnose.

Vold mot gravide kvinner kan resultere i en rekke negative konsekvenser for det ufødte barnet. Vold som rettes mot gravide kan derfor forstås som vold rettet mot barn (for en gjennomgang av forskning på vold mot gravide og konsekvenser for barna, se Macy, Martin, Kupper, Casanueva & Guo, 2007). Et interessant tema som har blitt utforsket først og fremst de siste årene, er voldens psykologiske konsekvenser for de små barna. Forskere har funnet at barn helt nede i ettårsalderen viser tydelige negative responser når det lever med en far som utsetter deres mor for vold. En studie av Bogat, DeJonghe & Levendosky (2006) fant traumesymptomer hos ettåringer som hadde opplevd alvorlig vold mot mamma. En lignende studie fant at ettåringer som hadde opplevd vold mot mamma viste høyere nivåer av stress når de ble konfrontert med verbal konflikt, sammenlignet med kontrollgruppa (Dejonghe, Bogat, Levendosky, Von Eye & Davidson, 2005).

Noen studier har i senere år undersøkt sammenhengen mellom å oppleve vold i hjemmet og dyremishandling. Studier som Currie (2006) fant at barn som hadde opplevd vold i hjemmet plaget dyr oftere enn andre barn, og DeGue & DiLillo (2009) mener at dyremishandling derfor bør ses som en "red flag indicative" i forhold til vold i hjemmet. Det settes spørsmålsteget ved denne sammenhengen i en review artikkel av McPhedran (2009). Hun mener at "the relationship [between violence against animals and interpersonal violence] may not be as clear as some have argued" og at det snarere handler om "a host of problem behaviours typically clustered together (s. 49-50).

Barn som vokser opp med voldsopplevelser i hjemmet blir ikke mindre følsomme for volden med tiden. Tvert i mot fant Cummings (1994) at barn som gjentatte ganger ble utsatt for vold reagerte sterkere gjennom mer og mer aggressiv atferd. Lignende funn rapporteres av Adamson & Thompson (1998). De barna i deres studie som hadde opplevd vold i hjemmet, reagerte mer intenst på konflikt enn barn som ikke hadde opplevd vold i hjemmet. Den "normaliseringsprosessen" som noen forskere hevder skjer med kvinner utsatt for vold (se Lundgren, 1991) ser ikke ut til å være fruktbar teori for å forstå barn og deres reaksjoner på volden.

Alle barn som opplever vold i hjemmet viser heller ikke nødvendigvis de samme symptomene. Barnas reaksjoner varierer blant annet av barnets sårbarhet, kjønn, alder og utvikling, i tillegg til deres kontekstuelle livssituasjon som tidligere opplevelser av aggresjon og konflikt (Cummings, Kouros & Pappa, 2007; Osofsky, 2003; Carlson, 2000). Yngre barn har større risiko for å oppleve vold og for å vise negative psykologiske reaksjoner, siden de har større vanskeligheter med å forstå, begrepsliggjøre volden, og å distansere seg fra voldsepisoden (Graham-Bermann & Edelson, 2001). En studie av Rossman (2000) viser at barn som har opplevd vold i mer enn 75% av livet sitt viser flere og mer alvorlige PTSD-symptomer enn barn som har opplevd vold i kortere perioder i livet.

At barn påvirkes negativt av å oppleve vold i hjemmet er noe ovenstående studier viser med all tydelighet, men hvordan dette går til er mindre klart. Fosco, DeBoard & Grych (2007) har studert det de mener er en prosess der barnet påvirkes fra hvordan de forstår og tolker volden. Forskerne mener at barnets reaksjoner er avhengig av deres livssituasjon for øvrig, deres personlige egenskaper og kontekstuelle faktorer som gatevold og kulturell forståelse av vold.

Nordisk forskning om barn som opplever vold i hjemmet

Arbeidene til en rekke nordiske forskere har i løpet av de siste årene økt forståelsen av hva det innebærer å vokse opp i en familie der mor utsetter far for vold (Øverlien & Hydén, 2007; Forsberg, 2005; Weinehall, 2005, 1997; Solberg, 2004; Källström Cater, 2004; Almqvist & Broberg, 2004; Eriksson, 2003; Hydén, 1995; Christensen, 1988). Den nordiske forskningen skiller seg på en rekke ulike måter fra den angloamerikanske og er derfor verd å diskuteres separat. Forskjellene har både å gjøre med vitenskaplig forankring, men også med valg av metode og forståelse av barn generelt. De nordiske forskerne ha valgt å fokusere på ulike aspekter av volden i familien, men de har det til felles at de slår fast at volden er en del av barnets hverdag. Flere av forskerne, som Solberg (2007) og Øverlien et. al (2009) anvender også et barndomssosiologisk perspektiv. Dette innebærer at man velger å ikke bare se barnet som et offer for volden, men også som aktør og subjekt i sitt eget liv og dermed som kompetent informant.

I flere av de nevnte studiene fremkommer det tydelig at volden ikke er noe barna kan velge bort eller ikke berøres av. I Almqvists & Brobergs (2004) studie hadde nesten alle de 74 barna som deltok i studien, befunnet seg på det stedet hvor volden skjedde minst en gang. I Hydéns (1995) studie var 69% av de 122 hjemmeværende barna som deltok i studien til stede ved voldsepisoden. Barn ser volden, hører den, kjenner den på mors redsel, opplever hvordan spenningen mellom foreldrene øker forut for voldsepisoden, ser de materielle ødeleggelsene og blir ikke sjelden fysisk utsatt for volden. Barn som vokser opp med vold i hjemmet kan plages av visuelle minner i tillegg til kroppslige minner og lydminner (Socialstyrelsen, 2005). En studie viser at de lydminnene barna har kan oppleves som ekstra plagsomme (Øverlien & Hydén, 2007).

Langsiktige konsekvenser

Noen studier har fokusert på de langsiktige konsekvensene for barna. ACE-studien (The Adverse Childhood Experience Study) viser en tydelig sammenheng mellom negative livsopplevelser i barndommen, som å oppleve vold mot mamma, og atferdsmessige problemer i voksen alder, som narkotikamisbruk og vold i nære relasjoner (Edwards et al., 2003). Flere andre studier viser en tydelig sammenheng mellom det å ha opplevd vold i hjemmet som barn og psykologiske og sosiale problemer senere i livet, som depresjon, traumesymptomer og alkoholmisbruk (cf. Turner & Kopiec, 2006; Rossman, 2001; Maker, Kimmelmeier & Peterson, 1998; Henning, Leitenberg, Coffey, Turner & Bennett, 1996). Studier har også funnet en sammenheng mellom opplevd vold i hjemmet som barn og fysiologiske problemer sånn som høye hjertefrekvenser og kortisolnivåer (Stride, Geffner & Lincoln, 2008).

Herrera & McCloskey (2001) intervjuet 299 barn som hadde opplevd vold i hjemmet under oppveksten. Fem år senere undersøkte de dommer fra ungdomsdomstoler og fant ut at et stort antall av disse barna hadde blitt dømt for et eller annet lovbrudd. Studier som disse gir en viss støtte for sosial læringsteori (Bandura, 1963) som sier at man i barndommen lærer seg atferd gjennom sitt sosiale miljø. Denne atferden fører man senere med seg i voksen alder.

Forskning viser at voksne som har opplevd vold i hjemmet som barn oftere utsetter andre for vold sammenlignet med voksne som ikke har opplevd vold som barn. De uttrykker også oftere at det er berettiget å bruke vold i nære relasjoner (Lichter & McCloskey, 2004; Wallace, 2002; Maker et al., 1998). Resultater fra en studie av Renner & Slack (2006) viser at barn som utsettes for omsorgssvikt eller opplever vold i hjemmet hadde større risiko for å utsettes for vold som voksne. Muligens har man dermed funnet en viss støtte for teorien om lært hjelpesløshet (Seligman, 1975) som sier at hjelpesløshet er en atferd man lærer seg og fører med seg i relasjoner i sitt voksne liv.

Disse forskningsresultatene har på den ene siden ført til en antagelse om at vold i hjemmet føres videre fra generasjon til generasjon. På den andre siden har beskrivelser av 'the intergenerational transmission of violence' fått sterk kritikk fordi den ikke har kontrollert for andre variabler som kan bidra til utøvelsen av vold som voksen (Mullender & Morley, 2001) og for at det bidrar til et uheldig statistisk tenkende rundt volden og dens konsekvenser. Et eksempel på denne typen innvendinger ble fremmet av Bevan & Higgins (2002) som mener at andre former for emosjonelt vold mot barn, som forsømmelse, er viktigere risikofaktorer med hensyn til sannsynligheten for å utøve vold som voksen. Wolf & Foshee (2003) er kritiske til sosial læringsteori og mener at teorien er altfor forenklet. De fant at gutter som har vokst opp med vold i familien, ikke utsetter sine partnere for vold oftere enn gutter som ikke har vokst opp i et slikt miljø.

Barns resilience

Noen barn kan oppleve en eller flere potensielt traumatiserende hendelser uten å vise psykologiske eller atferdsmessige problemer. De barna som ikke bare viser mangel på problematisk adferd og psykologiske vansker, men også noen form av kompetanse tross de vanskeligheter han/hun står overfor, mener man oppviser resiliens (Kitzmann et al. 2003). Mange forskere mener at vi har for lite kunnskap om årsakene til denne typen resiliens og variasjoner i barns reaksjoner på vold, og at dette derfor er et forskningsfelt som det er behov for å undersøke ytterligere. Det er også åpenbart at feltet har vært fokusert på det individuelle barnets evne til å vise resiliens, snarere enn å fokusere på familiens eller samfunnets evne til resiliens. Studier som fokuserer på barnets, familiens og samfunnets resiliens viser at barn som viser resiliens bor i familier og samfunn med lite kriminalitet og stoffmisbruk (Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomás & Taylor, 2007). Forskerne konkluderer derfor med at

"for children residing in multi-problem families, personal resources may not be sufficient to promote their adaptive functioning" (s. 232). Det er også tydelig at desto færre negative opplevelser barnet utsettes for, desto bedre resiliens (Jaffee et al, 2007).

En del forskning fokuserer på morens betydning for hvordan barnet takler og reagerer på volden. Det antas at positiv kontakt og sterk støtte fra moren er av sentral betydning for den måten barnet takler volden på (Mullender, Hague, Imam, Kelly, Malos & Regan, 2002; Katsikas, 1996; Emery, 1982). Forskning tyder på at morens respons på volden er en faktor som påvirker barnets respons. Å se mamma forsvare seg i stedet for å forbli passiv kan være av betydning for barnet (Holden, 2003). Levendosky et al. (2003) fant at et barns oppførsel og reaksjon på volden kan modereres av måten barnets omsorgspersoner samhandler med barnet på. Forskerne mener at barn av mødre som forsøker å kompensere de negative opplevelsene med å være spesielt støttende og oppmerksomme på barnas behov har færre atferdsproblemer enn mødre som ikke evner å gjøre dette. For barn som opplever fars vold mot mor finnes kanskje ikke denne positive samhandlingen og støtten, eller den kan være sterkt redusert. Velkjente beskyttende faktorer som god selvfølelse og tilgang til støttende slektninger og venner kan forsvinne eller reduseres på grunn av volden (Mullender et al., 2002).

Å påstå at vold mot mor påvirker hennes evne til å ta vare på sine barn er kontroversielt, og kalles i den internasjonale litteraturen for "blaming the mother". Flere studier viser og problematiserer dette, som de mener overfokuserer på mødrene og deres omsorgsevne (Damant, Lapierre, Lebossé, Thibault, Lessard, Hamelin-Brabant, Laverigne. & Fortin 2010; Lapierre, 2008; Devaney, 2008). Muligens handler denne overfokuseringen om normer og holdninger, men den har også som Edlsson (1999) betoner, å gjøre med at mødre og deres barn er en mer lett tilgjengelig gruppe for forskere å studere enn for eksempel fedre og kontekstuelle faktorer. Det finnes likevel forskning som viser at volden har negative konsekvenser for hvordan mødre tar vare på barna i den tiden hun blir utsatt for vold (Holden & Richie, 1991; Walker, 1984). Holden et al. (1998) fant dog at denne effekten ikke lenger var synlig 6 måneder etter at volden hadde opphørt (for en oversikt over forskning på voldsutsatte kvinners omsorg for sine barn, se Eriksen, 2007).

Men det finnes også forskning som peker på at morens handlinger og emosjonelle status ikke har den viktige beskyttende funksjon for barnet som andre forskere mener. Kilpatrick & Williams (1998) fant at morens emosjonelle status, barnets alder og kjønn og barnets måte å takle volden på ('coping style') ikke hadde noen betydning for hvorvidt barnet utviklet PTSD.

Overlappning av vold og annen problematikk

En stor mengde forskning viser at det er en sammenheng mellom vold i hjemmet og andre typer emosjonell, fysisk og seksuell vold (Margolin, Vikerman, Ramos, Duman Serrano, Gordis, Iturralde, Oliver & Spies 2009; Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl & Moylan, 2008; Lee, Kotch, & Cox, 2004; McGuigan & Pratt, 2001; Edleson, 1999; Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980). Det er for eksempel større risiko for fysisk barnemishandling når moren til barnet er utsatt for fysisk mishandling (Kelleher, Hazen, Coben, McGeehan, Kohl & Gardner. 2008; Knickerbocker, Heyman, Smith Slep, Jouriles & McDonald, 2007; Rumm, Cummings, Krauss, Bell & Rivera, 2000). Moore & Pepler (1998) fant at 42% av barna i deres studie som hadde opplevd vold i hjemmet var utsatt for fysisk mishandling. Ifølge en svensk statlig offentlig utredning (SOU 2001: 72) har denne gruppen barn 15 ganger større risiko for å bli utsatt for fysisk mishandling. I en gjennomgang av 30 studier fant Apple & Holden (1998) at mellom 30% og 60% av barn som var vitne til vold i hjemmet også ble utsatt for fysisk mishandling. Barn som opplever vold i hjemmet er også i risikozonen når det gjelder seksuelle overgrep. McCloskey, Figueredo & Koss (1995) fant at 10% av kvinnene i deres studie som var blitt utsatt for fysisk vold rapporterte at deres barn hadde blitt seksuelt misbrukt av deres mannlige partnere. I en studie av Chiodo, Leschied, Whitehead & Hurley (2008) framgikk det at de barn som både ble direkte fysisk utsatt for vold og opplevde vold mot mamma utviste de mest alvorlige atferdsmessige og psykologiske problemene, sammenlignet med de barn som ble utsatt for en type av vold.

Denne overlappning mellom ulike typer av vold har implikasjoner både for praksis og forskningsfeltet. Shlonsky & Friend (2007) betoner behovet for at sosiale myndigheter som arbeider med barn og familier med voldsproblematikk har god kunnskap om vold mot kvinner og omsorgssvikt og vold mot barn. En utredning om vold mot kvinner bør alltid også innebære en utredning av barnas situasjon. Damant et al. (2009) betoner at kvinner som utsettes for vold kan nås når de søker hjelp for barna,

ettersom deres studie viser at "women may be more inclined to reach out for support for their mothering rather than for their experiences of domestic violence" (s. 19).

Spørsmålet om barn som opplever vold i hjemmet også kan forstås som utsatte for omsorgssvikt og dermed muligens ha behov for plassering utenfor hjemmet, er et kontroversielt spørsmål som debatteres intenst i litteraturen (for en nærmere diskusjon og forslag til hvordan praksisfeltet kan håndtere dette, se Friend, Shlonsky & Lambert, 2008) Black, Trocmé, Fallon. & MacLaurin (2008) mener at kanadiske sosiale myndigheter ikke går til tiltak eller plasserer barn utenfor hjemmet når grunnen for utredning er at barnet opplever vold i hjemmet. Barn som opplever vold i hjemmet må også bli utsatt for annen omsorgssvikt for at det skal være tilstrekkelig grunn til noen form for intervensjon. Det fins også en kritikk som handler om myndigheter og hjelpeinstansers manglende evne til å avdekke vold og overgrep. Cohey (2007) retter kritikk mot sosiale myndigheter i USA og deres manglende evne til å avdekke vold i hjemmet. Når det gjelder nordiske forhold, rettes alvorlig kritikk mot BUP og deres tilsynelatende unnvikenhet når det gjelder vold i hjemmet. I Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm's (2006) studie av barn som søker hjelp hos BUP fremkommer det at behandlere registrerer voldsutsatthet (direkte voldsutsatt eller utsatt for seksuelle overgrep) hos 0,4% av barna. Når barna spørres direkte selv svarer 60% av dem at de har denne erfaringen. I en studie av Hedtjörn, Hultmann & Broberg (2009) ble behandlerne ved en BUP i Gøteborg bedt om å stille spørsmål om forekomst av vold i hjemmet. For studiens start ble det gjort en såkalt baseline studie der det framgikk at i 6% av tilfellene som søkte hjelp på klinikken forekom det vold. En analyse av sakene som hadde kommet inn etter at behandlerne begynte å stille spørsmål om vold viser at det i 21% av sakene forekom voldsproblematikk.

Overlappingen mellom ulike typer av vold og annen problematikk har også implikasjoner for forskningen. Daro, Edleson & Pinderhughes (2004) peker på at sammenhengen mellom ulike typer vold er så tydelig at framtidig forskning bør fokusere på denne sammenhengen gjennom såkalt 'cross-violence studies', for å unngå fragmentert forskning og for å kunne gi et mer helhetlig bilde av volden.

En grunn til at barn som opplever vold i hjemmet også utsettes direkte for vold er at de ofte selv griper inn i voldshandlingen. Barna er i større grad involvert i voldshendelser enn vi kanskje tidligere har forstått, og er derfor i stor risiko for selv å utsettes for vold. Edelson et al. (2003) rapporterer at 25% av barna til de 114 fysisk mishandlede kvinnene i deres studie hadde ringt etter hjelp under voldsepisoden og 25% hadde grepet inn selv. Jo mer alvorlig vold moren var utsatt for, jo større var risikoen for at barnet grep inn i voldsepisoden. Voldsutøverens biologiske barn grep sjeldnere inn enn barn som ikke var voldsutøverens biologiske barn. I en studie om barns involvering under voldsepisoden (Fusco & Fantuzzo, 2009) framgikk av politirapporter at 11% av de barn som grep inn fysisk ble fysisk skadet. Edelson et al (2003) mener at deres funn viser at sikkerhetsspørsmålet med hensyn til disse barna er meget alvorlig.

Vold mot barn som griper inn i voldsakten kan være utilsiktet. I andre tilfeller benytter fedre barna som verktøy for å skade eller true moren. Denne typen vold er blitt kalt "Medea Syndrom". I en studie av McCloskey (2001) hadde 65% av mennene som utsatte sine ektefeller for vold også truet med å skade barna. Beeble, Bybee & Sullivan (2007) gjennomførte intervjuer med 156 kvinner utsatt for vold. De aller fleste (88%) oppga at voldsutøveren hadde anvendt barna for å kunne fortsette å kontrollere og utsette kvinnene for vold.

Kjønn

Til tross for at vold mot kvinner er en kjønnet foreteelse er det få studier om barns situasjon som har et kjønnsperspektiv, eller der spørsmål som gjelder kjønn er det sentrale spørsmålet. Man pleier ofte å si at gutter og jenters reaksjon på volden skiller seg på det viset at guttene eksternaliserer sine følelser gjennom for eksempel å bli aggressive, mens jentene internaliserer sine følelser gjennom for eksempel å bli selvdestruktive og deprimerte. Forskningen gir et samlet, men ikke entydig bilde når det gjelder dette.

De forskere som har sett på kjønn, er først og fremst interessert i å måle om gutter og jenter har ulike reaksjoner på volden. Dulmus, Ely & Wodarski (2003) fant signifikante forskjeller når det gjelder 6-12-årige jenter sammenlignet med gutters reaksjoner på å oppleve volden. De unge jentene hadde flere internaliserte symptomer som angst og uro, og guttene hadde flere eksternaliserte symptomer, som sosialt avvikende atferd. I en stor longitudinell studie av Sternberg, Lamb, Guterman, Abbott & Craig (2006), viste jentene flere både eksternaliserte og internaliserte symptomer sammenlignet med

guttene. Også Adamson & Thompson (1998) fant forskjeller mellom jentenes og guttenes reaksjoner. De fant at guttene reagerte med mer intens sinne og nedstemthet sammenlignet med jenter.

En studie av Moretti, Obsuth, Odgers & Reebye (2006) viser at gutter som hadde opplevd sin fars vold mot mor var mer aggressive mot jevnaldrende enn jenter som hadde opplevd fars vold mot mor. Forskerne argumenterer for at gutter lærer sin atferd av fedrene sine, mens jentene lærer av mødrene sine. Videre viser studien at gutter og jenter som har opplevd mammas vold mot pappa er mer aggressive enn de som opplever pappas vold mot mamma. Dette tolkes av forskerne som at mor, både for gutter og jenter, er en viktigere person når det gjelder tilknytning.

Annen forskning har vist at kjønn ikke har vært av betydning for reaksjonene på vold eller har gitt motsatte resultater fra de nevnt ovenfor. Kilpatrick & Williams (1998) viser i sin studie at barnets kjønn ikke har betydning når det gjelder risiko for PTSD. Spaccarelli, Sandler & Roosa (1994) fant at jenter viste eksternaliserte symptomer (for eksempel aggressivitet) som en respons på vold, mens gutter ikke gjorde det. På lik linje med Spaccarelli et al. (1994) viser Jaffe, Wolfe & Wilson (1990) i sin studie at det er jenter snarere enn gutter som reagerer med negativ utagerende oppførsel. Fosco et al. (2007) konkluderer at "gender differences in children's understanding of and response to interparental conflict and domestic violence have been inconsistent" (p. 12). Forskerne mener videre at barns reaksjoner på volden må også forstås i relasjon til hvilket kjønn voldsutøveren har. Hypotesen i Howells & Rosenbaum (2008) var at både jenter og gutter skulle vise mer negative reaksjoner ved å oppleve pappas vold enn mammas, men den fant ikke støtte i deres studie. Barn, uansett kjønn, oppviste negative reaksjoner, uansett om voldsutøveren var mamma eller pappa.

Etnisitet

Et lite antall studier har belyst de ekstra utfordringene som barn fra minoriteter som opplever vold i hjemmet møter (cf. Imam, 1994; Fantuzzo & Lindquist, 1989). Mullender et al. (2002) intervjuet 14 barn med sørasiatisk bakgrunn som opplevde vold i hjemmet. Forskerne mener at barna, i tillegg til at de er tvunget til å oppleve volden, også må takle vanskeligheter knyttet til patriarkalske tradisjoner og kollektivistiske familieverdier som ytterligere forverrer deres livssituasjon.

Barn på krisesenter i Norge

En del av de barna som opplever vold i hjemmet bor en tid av sitt liv på krisesenter. Vi vet at disse barn er en spesiell gruppe, og jeg velger derfor å belyse dem spesielt her. De har opplevd vold over en lengre tid, deres mammaer tilhører en lav sosio-økonomisk gruppe i samfunnet, og majoriteten har innvandrerbakgrunn (Øverlien, Jacobsen & Evang, 2009). I en svensk studie om barn på krisesenter hadde to tredjedeler av dem behov for profesjonell behandling (Almkvist & Broberg, 2004).

Barn på krisesenter er et forskningstema som først de senere årene har fått oppmerksomhet i Norge. Leira (1990) var en av de første som rettet søkelyset mot dette temaet. Fortsatt er fagfeltet lite utviklet i Norge, spesielt sammenlignet med problemets omfang og den oppmerksomhet kvinner på krisesentre har fått.

Det innebærer at det mangler kunnskap om barn på krisesenter i Norge. De studier som er redegjort for nedenfor, har vært begrensede og har med få unntak omfattet ett eller noen få, utvalgte krisesenter. Dette er ikke unikt for Norge. Verken Sverige eller Danmark har gjort landsomfattende studier om barn på krisesenter. I Sverige har studier om barn på krisesenter med få unntak (Almkvist & Broberg, 2004; Källström Cater, 2004) vært begrensede.

Olsens (1998) rapport *Der vi bor der gråter alle damene* tar utgangspunkt i hennes ettårige arbeid med barn ved Oslo Krisesenter. Refleksjoner omkring tiden på senteret og møtet med barna som bodde der, resulterte i flere forslag til tiltak for å forbedre krisesenteroppholdet for barna. Blant annet peker Olsen på mangelen på boliger i Oslo og at barna av den grunn kan bli boende på senteret i lange perioder. På samme tid gjorde Holmsen (1999) en studie på krisesenteret i Moss. Målet var å få innblikk i barnas opplevelser av vold i hjemmet og flyttingen til krisesenteret som et resultat av denne volden. Holmsen utviklet en metode der hun benyttet seg av samtalebilder og barnetegninger som en måte å gjøre det lettere for barna å fortelle om disse temaene på. Hun fant at barna hadde lett for å snakke om bildene, men vanskeligere for å snakke om seg selv. Barna snakker om oppholdet på krisesenteret som positivt, men med usikkerhet om fremtiden.

En av de tidligste rapportene i Norge om barn på krisesenter er utarbeidet av Midjo (1992). Rapporten bygger på spørreundersøkelser ved alle krisesentrene og tar for seg tilbud til barn i form av blant annet utemiljø, vaktordninger og aktiviteter. Midjo omtaler dette som "tilrettelegging av en barnearena". Krisesentrene svarte også på en annen spørreundersøkelse fra Midjo, hvor temaet var kvinnene og barna som brukere. Rapporten er tydelig analytisk i sin form, spesielt når det gjelder begrepene "barn" og "barndom". Midjo konkluderer blant annet med at krisesenteret er en arena hvor det daglige arbeidet har kvinner i fokus, ikke barn, og der barns hverdagsliv kan bli stillestående og isolert.

En annen forskningsrapport med et tydelig barneteoretisk perspektiv er utarbeidet av Solberg (2001). Hun intervjuet åtte barn ved to senter om deres opplevelser av krisesenteret. I likhet med Midjo (1992), men med utgangspunkt i et kvalitativt materiale, rettet hun oppmerksomheten mot ulike faser knyttet til krisesenteret, som flyttingen dit og oppholdsperioden. Hun analyserte i tillegg senteret som hjelpetiltak. Gjennom å ta utgangspunkt i den virkeligheten barna kom fra, snarere enn den allment vedtatte oppfatningen om hvordan et hjem der det lever barn, bør være, fant hun at barna opplevde det som en lettelse å komme til krisesenteret. Studien viser også barns ulike strategier for å forholde seg til sin livssituasjon.

Den seneste og den første landsomfattende studien i Norge om barn på krisesenter er Øverlien, Jacobsen & Evang (2009). I studien kartlegges barn og ungdom på krisesentrene når det gjelder deres situasjon og utfordringer, samt behov for informasjon, hjelp og oppfølging. Formålet er å få forståelse for hvordan barn og unge som oppholder seg på krisesenter, opplever tiden før og under krisesenteroppholdet, og hvilke tanker, forestillinger og ønsker de har for fremtiden. Datamaterialet i kartleggingsstudien består av et spørreskjema til daglig leder på 50 av landets 51 krisesenter og intervjuer med 22 barn (4–17 år) som bodde eller nylig hadde bodd på syv ulike krisesenter. I tillegg til intervjuene er det innsamlet et etnografisk materiale. I studien konkluderes at barnas status på krisesentrene er uklar, at mange barn og unge viser at de mangler informasjon og forståelse om hvor de er, hvorfor de er der, og hva som skal skje etterpå og at barna utvikler ulike strategier for å håndtere problemet med å måtte holde bostedet hemmelig.

Avslutning

Barn som opplever vold i hjemmet er et forskningsfelt som, i likhet med flere andre forskningsfelt, strever med dilemmaer og problemer som forvansker og i blant forhindrer utvikling av ny kunnskap. Som nevnt over er et problem de ulike begrep og definisjoner som anvendes. Dette skaper forvirring og vansker med å sammenligne studier, et problem som har sin grunn i at feltet utvikles raskt og har røtter i ulike vitenskaplige felt. Feltet er fragmentert og bidrar derfor for eksempel lite til vår forståelse av hvordan ulike typer av vold henger sammen. Det fins få prevalensstudier, og de som fins lykkes ikke alltid i å fange opp problemet og dets kompleksitet. De er ofte ikke sammenlignbare med andre studier pga. kulturelle ulikheter og ulike definisjoner av vold. Feltet strever også med metodologiske dilemmaer som vanskeliggjøres av tabuisering og en rekke myter og svakt begrunnede forestillinger. I tillegg fins et behov for kvalitativ forskning som kan øke vår forståelse av fenomenet, dets aktører og samfunnets rolle og ansvar (for en diskusjon om brister og behov på forskningsfeltet, se Øverlien, 2010; Kracke & Hahn, 2008; Holden, 2003; Carsson; 2000).

Mye av forskningen betoner også behovet for forskning som søker å forstå barna og de problemer de oppviser som en følge av voldsopplevelsene i en større kontekst. Volden og barnas reaksjoner kan ikke bare forstås som enkelthendelser med målbare reaksjoner, men må ses i sin kulturelle og sosiale sammenheng. Flere forskere, som Kracke & Hahn (2008) og Margolin et al. (2009), mener derfor at en fruktbar vei i framtidig forskning er å applisere en økologisk forståelsesramme der man velger å se barnet i relasjon til familien, omsorgspersoner og samfunnet for øvrig. En økologisk forståelsesramme innebærer også at man ser på konteksten av hendelsen og eventuelle tidligere potensielt traumatiske hendelser i barnets liv. Mye av forskningsfeltet er i dag oppdelt mellom ulike typer av vold (fysiske, seksuelle og emosjonelle). Saunders (2003) mener at fremtidens forskning på barn og unge utsatte for vold og overgrep må integreres for å kunne beskrive overlappningen av ulike typer av vold og på denne måten få en bedre helhetsforståelse for voldsutsatte barn og unges livssituasjon.

Referanser

- Adamson, J. L. & Thompson, R. A. (1998). Coping with interparental verbal conflict by children exposed to spouse abuse and children from nonviolent homes. *Journal of Family Violence*, 13(3), 213-232.
- Almqvist, K., & Broberg, A.. (2004). Barn som bevittnat våld mot mamma – en studie om kvinner & barn som vistas på kvinnojourer i Göteborg. Göteborg: Göteborg stad.
- Apple, A. E. & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology*, 12, 578-599.
- Baldry, A. C. (2003). Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 27(7), 713-732.
- Bandura, A. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Beeble, M. L., Bybee, D. & Sullivan, C. M. (2007) Abusive Men's Use of Children to Control Their Partners and Ex-Partners. *European Psychologist*, 12(1), 54-61.
- Bevan, E. & Higgins, D. J. (2002). Is domestic violence learned? The contribution of five forms of child maltreatment to men's violence and adjustment. *Journal of Family Violence*, 17(3), 223-245.
- Black, R., Trocmé, N., Fallon, B. & MacLaurin, B. (2008) The Canadian child welfare system response to exposure to domestic violence investigations. *Child Abuse & Neglect*, 32, 393-404.
- Bogat, G. A., DeJonghe, E., & Levendosky, A. A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect* 30, 109-125.
- Bossy, D. & Farstad, G. (2009) Informanternes beskrivelser av overgrepshendelser og det å være vitne til vold mot foreldre. Kvalitative beskrivelser og analyse. I Mossige, S. & Dyb, G. (red.) *Voldsutsatte barn og unge i Oslo. Forekomst og innsatsområder for forebygging*. NOVA Rapport 22/09.
- Card, J. (2005). Posttraumatic stress disorder in children exposed to domestic violence: Parental versus self-report. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66(3-B)
- Carlson, B. E. (2000). Children exposed to intimate partner violence: Research findings and implications for intervention. *Trauma, violence and abuse: a review journal* 1, 321-342.
- Christensen, E. (1988). *Opvækst eller overlevelse. Psykisk forsvar mot vold og strategier for overlevelse hos 4-6 årige barn i familjer med hustrumishandling*. Köpenhamn: Sikon.
- Chiodo, D., Leschied, A. W, Whitehead, P. C. & Hurley, D. (2008) Child welfare practice and policy related to the impact of children experiencing physical victimization and domestic violence. *Children and Youth Services Review*, 30, 564-574.
- Coohey, C. (2007) What criteria do child protective services investigators use to substantiate exposure to domestic violence? *Child Welfare*, 86(4), 93-122.
- Cummings, E. M., Kouros, C. D. & Pappa, L. M. (2007) Marital Aggression and Children's Responses to Everyday Interparental Conflict. *European Psychologist*, 12(1), 17-28.
- Cummings, E. M. (1994). *Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. New York: Guilford Press.

Currie, C. L. (2006). Animal cruelty by children exposed to domestic violence. *Child abuse & Neglect*, 30, 425-435.

Damant, D., Lapierre, S., Lebossé, C., Thibault, S., Lessard, G., Hamelin-Brabant, L., Lavergne, C. & Fortin, A. (2010) Women's abuse of their children in the context on domestic violence: reflection from women's accounts. *Child & Family Social Work*, 15, 12-21.

Daro, Deborah, Edleson, Jeffrey L., & Pinderhughes, H. (2004). Finding common ground in the study of child maltreatment, youth violence, and adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(3), 282-298.

DeGue, S. & DiLillo, D. (2009) Is animal cruelty a "red flag" for family violence?: Investigating co-occurring violence toward children, partners, and pets. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(6), 1036-1052.

Dejonghe, E. S., Bogat, G. A. Levendosky, A. A., Von Eye, A., & Davidson, W. S. (2005). Infant exposure to domestic violence predicts heightened sensitivity to adult verbal conflict. *Infant Mental Health Journal*. 26(3), 268-281.

Devaney, J. (2008) Chronic child abuse and domestic violence: children and families with long-term and complex needs. *Child & Family Social Work*, 13, 443-453.

Dulmus, C., N., Ely, G., & Wodarski, J. S. (2003). Children's psychological response to parental victimization: How does girls and boys differ? *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 7(3-4), 23-36.

Dyb, G. (2005). Posttraumatic stress reactions in children and adolescents. Doctoral Theses at Norwegian University of Science and Technology 2005:206.

Edleson, J.L. (1999) 'Children's Witnessing of Adult Domestic Violence', *Journal of Interpersonal Violence* 14(8): 839–70.

Edleson, J. L., Mbilinyi, L. F., Beeman, S. K., & Hagemeister, A. K. (2003). How children are involved in adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(1), 18-32.

Edwards, V. J., Holden, G. W., Anda, R. F., & Felitti, V. J. (2003). Experiencing multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health: Results from the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-60.

Emery, R. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92(2), 310-330.

Eriksson, M. (2003). I skuggan av pappa. Familjerätten och hantering av fäders våld. Stehag: Förlags AB Fondolin.

Fusco, R. A. & Fantuzzo, J. W. (2009) Domestic violence crimes and children: A population-based investigation of direct sensory exposure and the nature of involvement. *Children and Youth Services Review*, 31, 249-256.

Fosco, G. M., DeBoard, R. L. & Grych, J. H. (2007) Making Sense of Family Violence. Implications of Children's Appraisal of Interparental Aggression for Their Short-and Long-Term Functioning. *European Psychologist*, 12(1), 6-16.

Fantuzzo, J. W., & Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The Future of Children*. 9(3), 21-32

Fantuzzo, J. W. and Lindquist, C. U. (1989). The effects of observing conjugal violence on children: a review and analysis of research methodology. *Journal of Family Violence*, 4(1), 77-94.

Fitzgerald, M., Hanson, R., Saunders, B & Smith, D. (January 24th 2007). Data from the national survey of adolescents (NSA): A Prospective study of violence exposure and psychosocial outcomes. Paper presented at the 21st Annual San Diego International Conference on Child and Family Maltreatment.

Forsberg, H. (2005). "Talking feels like you wouldn't love Dad anymore": Children's emotions, close relations and domestic violence. In: E. Eriksson, M. Hester, S. Keskinen & K. Pringle, Tackling men's violence in families. Nordic issues and dilemmas. Bristol, UK: The Policy Press.

Friend, C., Shlonsky, A. & Lambert, L. (2008) From evolving discourses to new practice approaches in domestic violence and child protective services. *Children and Youth Services Review*, 30, 689-698.

Gewirtz, A. H. & Medhanie, A. (2008) Proximity and Risk in Children's Witnessing of Intimate Partner Violence Incidents. *Journal of Emotional Abuse*, 8(1/2), 67-82.

Graham-Bermann, S., & Edelson, J. L. (2001). Domestic violence in the lives of children. Washington: American Psychological Association.

Graham-Bermann, S., & Seng, J. (2005). Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children. *The Journal of Pediatrics*, 146(3), 349-354.

Griffing, S., Lewis, C. S., Chu, M., Sage, R., Madry, L., & Primm, B. (2006). Exposure to interpersonal violence as a predictor of PTSD symptoms in domestic violence survivor. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(7), 936-954.

Haaland, T., Clausen, S-E., & Schei, B. (2005). Vold i parforhold – ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Hedtjärn, G., Hultmann, O. & Broberg, A. G. (2009) Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld. *Läkartidningen*, 106(48), 3242-3247.

Henning, K., Leitenberg, H., Coffey, P., Turner, T., & Bennett, R. T. (1996). Long-Term psychological and social impact of witnessing physical conflict between parents. *Journal of Interpersonal Violence*. 11(1), 35-51.

Herrenkohl, T. I., Sousa, C. Tajima, E. A., Herrenkohl, R. S. & Moylan, C. A. (2008) Intersection of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence. *Trauma Violence Abuse*, 9(2), 84-99.

Herrera, V. M., & McCloskey, L. A. (2001). Gender differences in the risk for delinquency among youth exposed to family violence. *Child Abuse & Neglect*. 25, 1037-1051.

Holden, G. A., Geffner, R., & Jouriles, E. N. (1998). Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues. Washington DC: American Psychological Association.

Holden, G. W., & Richie, K. L. (1991). Linking extreme marital discord, child rearing, and child behaviour problems: Evidence from battered women. *Child Development*, 62, 311-327.

Holden, G. W., Stein, J. D., Ritchie, K. L., Harris, S. D., & Jouriles, E.N., (1998). Parenting behaviours and beliefs of battered women. In G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles (Eds.) *Children exposed to marital violence, Theory, research, and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association.

Holden, G. A. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 151-160.

Holmsen, M. (1999). "Vi bor her fordi pappa slår mamma": En kvalitativ undersøkelse som gjør bruk av intervju, samtalebilder og barnetegninger for å snakke med barn på krisesenter om deres situasjon. Moss: Krisesenteret i Moss.

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, 797-810.

Hughes, H. M., Parkinson, D. L., & Vargo, M. C. (1989). Witnessing spouse abuse and experiencing physical abuse: A "double whammy"? *Journal of Family Violence*, 4, 197-209.

Hydén, M. (1995). *Kvinnomisshandel inom äktenskapet. Mellan det omöjliga och det möjliga*. Stockholm: Liber.

Häll, L. (2003). *Offer för våld och hotelser bland kvinnor och män 1980-2003*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån

Imam, U. F. (1994). Asian children and domestic violence. In A. Mullender & R. Morely (Eds), *Children living with domestic violence: Putting men's abuse of women on the child care agenda*. London: Whiting and Birch.

Ireland, T. O. & Smith, C. A. (2009) Living in Partner-violent Families: Developmental Links to Antisocial Behavior and Relationship Violence. *Journal of Youth Adolescence*, 38: 323-339.

Jaffe, P. G., Wolfe, D. A., & Wilson, S. K. (1990). *Children of Battered Women*. Newsbury Park: Sage.

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomás, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighbourhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31, 231-253.

Janson, S., Långberg, B. & Svensson, B. (2007) *Våld mot barn 2006-2007: en nationell kartläggning*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Jarvis, K. L., Godon, E. E. & Novaco, R. W. (2005). Psychological distress of children and mothers in domestic violence emergency shelters. *Journal of Family Violence*, 20(6), 389- 402.

Johnson R. M., Kotch J. B., Catellier, D. J., Winsor, J. R., Dufort, V., Hunter W., & Amaya-Jackson, L. (2002). Adverse behavioural and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence. *Child Maltreatment*, 7(3), 179-186.

Joseph, S., K. Govender and A. Bhagwanjee (2006) ' "I Can't See Him Hit Her Again, I Just Want to Run Away . . . Hide and Block My Ears": A Phenomenological Analysis of a Sample of Children's Coping Responses to Exposure to Domestic Violence', *Journal of Emotional Abuse* 6(4): 23–45.

Katsikas, S. L. (1996). Long-term effects of childhood maltreatment: An attachment theory perspective. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 57(3-B).

Kelleher, K. J., Hazen, A. L., Coben, J. H., McGeehan, J., Kohl, P. & Gardner, W. P. (2008) Self-reported disciplinary practices among women in the child welfare system: Association with domestic violence victimization. *Child Abuse & Neglect*, 32, 811-818.

Kernic, M. A., Wolf, M. E., Holt, V. L., McKnight, B., Huebner, C. E., & Rivara, F.P. (2003). Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1231-1246.

Kilpatrick, K. L., & Williams, L. M. (1998). Potential mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 22, 319-330.

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.

Knapp, J. F. (1998). The impact of children witnessing violence. *Pediatric Clinic North America* 45(2), 355-364.

- Knickerbocker, L. Heyman, R. E., Smith Slep, A. M., Jouriles, E. N. & McDonald, R. (2007) Co-Occurrence of Child and Partner Maltreatment. Definitions, Prevalence, Theory, and Implications for Assessment. *European Psychologist*, 12(1), 36-44.
- Kracke, K. & Hahn, H. (2008) The Nature and Extent of Childhood Exposure to Violence: What We Know, Why We Don't Know More, and Why It Matters, *Journal of Emotional Abuse*, 8(1/2), 29-49.
- Källström C., Å. (2004). Negotiating normality and deviation. Father's violence against mother from children's perspectives. Örebro Studies in social work no 5. Diss. Örebro universitet.
- Lapierre, S. (2008) Mothering in the context of domestic violence: the pervasiveness of a deficit model of mothering. *Child & Family Social Work*, 13, 454-463.
- Lee, L-C., Kotch, J. B., & Cox, C. E. (2004). Child maltreatment in families experiencing domestic violence. *Violence and Victims*, 19(5), 573-591.
- Lehmann, P. (1997). The development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault. *Journal of Family Violence*. 3, 241-257.
- Leira, H. K. (2003). *Det gode nærvær: Kulturens psykologiske betydning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Leira, H. (1990). Fra tabuisert traume til anerkjennelse og erkjennelse: Del 1: Om arbeid med barn som har erfart vold i familien. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 27(1), 16-22.
- Levendosky, A.A., Huth-Bocks, A.C. Shapiro, D.L. and Semel, M.L. (2003) 'The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and preschool-age children's functioning', *Journal of Family Psychology* 17, 275-287
- Lichter, E. L. & McCloskey, L. A. (2004). The effects of childhood exposure to marital violence on adolescent gender-role beliefs and dating violence. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 344-357.
- Lundgren, E (1991) Våldets normaliseringsprosess. Två parter – två strategier. Stockholm : Riksorganisationen för kvinnojourer i Sverige (ROKS)
- Macy, R. J., Martin, S. L., Kupper, L. L., Casanueva, C. & Guo, S. (2007) Partner Violence Among Women Before, During, and After Pregnancy. Multiple Opportunities for Intervention, *Women's Health Issues*, 17: 290-299.
- Maker, A. H., Kemmelmeier, M., & Peterson, C. (1998). Long-Term psychological consequences in women of witnessing parental physical conflict and experiencing abuse in childhood. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(5), 574-589.
- Margolin, G., Vikerman, K. A., Ramos, M. C., Duman Serrano, S., Gordis, E. B., Iturralde, E., Oliver, P. H. & Spies, L. A. (2009) Youth Exposed to Violence: Stability, Co-occurrence, and Context. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(1), 39-54.
- McCloskey, L. A., (2001). The "Medea syndrome" among men: The instrumental abuse of children to injure wives. *Violence and Victims*, 16, 19-37.
- McCloskey, L. A., Figueredo, A. J., & Koss, M. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 66, 1139-1161.
- McGee, C. (2000). *Childhood experiences of domestic violence*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- McGuigan, W. M., & Pratt, C. C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25, 869-883.
- McPhedran, S. (2009) Animal Abuse, Family Violence, and Child Wellbeing: A Review. *Journal of Family Violence*, 24, 41-52.

Midjo, T. (1992). Barn på krisesenter for mishandlede kvinner: Et forprosjekt. Trondheim: Norsk senter for barneforskning.

Moore, T., & Pepler, D. (1998). Correlates of adjustment in children at risk. In G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles, (Eds.). *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 157-184). Washington DC: American Psychological Association.

Moretti, M. M., Obsuth, I., Odgers, C. L. & Reebye, P. (2006). Exposure to maternal vs paternal partner violence, PTSD, and aggression in adolescent girls and boys. *Aggressive Behavior* 32, 385-395.

Mossige, S. & Stefansen, K. (2007) Vold og overgrep mot barn og unge : en selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. NOVA Rapport 20/07.

Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C. Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C. & Russo, M. J. (2010) The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *Journal of Family Violence*, 25: 53-63.

Mullender, A., Hague, G., Imam, Umme, Kelly, Liz, Malos, E., & Regan, L. (2002). *Children's perspectives on domestic violence*. London; Thousand Oaks: Sage.

Mullender, A. & Morley, R. (Eds.) (2001). *Children living with domestic violence: Putting men's abuse of women on the child care agenda*. London: Whiting & Birch Ltd.

Näsman, E., Källström Cater, Å. & Eriksson, M. (2008) Perspektiv på barns röster om våld. I Eriksson, Källström Cater, Å., Dahlkild Öhman, G. & Näsman, E. (Red.) *Barns röster om våld. Att tolka och förstå*. Malmö: Gleerups.

Olsen, M. (1998). "Der vi bor der gråter alle damene": En rapport om tiltak for barn på Oslo krisesenter. Oslo: Oslo Krisesenter.

Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: Implications for prevention and Intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 6(3), 161-170.

Peled, E. (1998). The experience of living with violence for preadolescent children of battered women. *Youth & Society*, 29(4), 395-430.

Renner, L. M. & Slack, K. S. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*, 30(6), 599-617.

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

Rossmann, B. B. (1998). Descartes's error and posttraumatic stress disorder: Cognition and emotion in children who are exposed to parental violence. In G.W. Holden, R. Geffner, & E.N. Jouriles (Eds.) *Children exposed to marital violence* (pp. 223-256). Washington, DC: American Psychological Association.

Rossmann, B. B. (2000). Time heals all: How much and for whom? *Journal of Emotional Abuse*. 2, 31-50.

Rumm, P. D., Cummings, P., Krauss, M. R., Bell, M. A., & Rivera, F. P. (2000). Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. *Child Abuse & Neglect* 24, 1375-1381.

Rädda Barnen (2006). "Hur många vuxna tror på en unge egentligen???" En undersökning av ungas upplevelser av våld under uppväxten. Stockholm: Rädda Barnen.

Saunders, B. E. (2003) Understanding Children Exposed to Violence: Toward an Integration of Overlapping Fields *Journal of Interpersonal Violence*, 18(4), 356-376.

Schlonsky, A. & Friend, C. (2007) Double Jeopardy: Risk Assessment in the Context of Child Mltreatment and Domestic Violence. I Roberts. A. R. (red.) Battered Women and Their Families. Intervention Strategies and Treatment Programs. New York: Springer Publishing Company.

Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: on depression, development, and death. San Francisco: W.H. Freeman.

SOU 2001:72 Barnmisshandel – att förebygga och åtgärda, slutbetänkande av Kommittén mot barnmisshandel.

Socialstyrelsen (2005). När mamma blir slagen. Att hjälpa barn som levt med våld i familjen. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Solberg, A. (2001). Fokus på unge brukere på krisesenter. Oslo: NIBR.

Solberg, A. (2007). Hur förhåller sig barn til våld i hemmet? I M. Eriksson (Red.), Barn som upplever våld. Nordisk forskning og praktik. Stockholm: Gothia. 25-38.

Sox, R. (2004). Integrative review of recent child witness to violence research. Clinical Excellence for Nurse Practitioners. 8(2), 68-78.

Spaccarelli, S., Sandler, I. N., & Roosa, M. (1994). History of spousal violence against the mother: Correlated risks and unique effects in child mental health. Journal of Family Violence, 9, 177-202.

Sternberg, K. J., Lamb, M. E., & Samia Dawud-Noursi, S. (1998). Using multiple informants to understand domestic violence and its effects. In G.W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles. (Eds.) Children Exposed to Marital Violence (pp.121-156). Washington DC: American Psychological Association.

Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Guterman, E., & Abbott, Craig B. (2006) Effects of early and later family violence on children's behaviour problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. Child Abuse & Neglect, 30(3), 283-306.

Straus, M. A., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. K. (1980). Behind closed doors: Violence in the American family. New York: Anchor Press.

Stride, S., Geffner, R. & Lincoln, A. (2008) The Physiologicial and Traumatic Effects of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence. Journal of Emotional Abuse, 8(1/2), 83-101.

Thoresen, S., & Øverlien, C. (2009). Trauma Victim: Yes or no? Why it may be difficult to answer questions regarding violence, sexual abuse, and other traumatic events. Violence Against Women, 15, 699-719.

Turner, H. A., & Kopiec, K. (2006). Exposure to interparental conflict and psychological disorder among young adults. Journal of Family Issues 27(2), 131-158.

Walker, L. (1984). The battered woman syndrome. New York: Springer Publishing Company.

Wallace, H. (2002). Family violence: Legal, medical, and social perspectives. Boston: Allyn & Bacon.

Weinehall, K. (1997). Att växa upp i våldets närhet: ungdomars berättelser om våld i hemmet. Umeå universitet, Institutionen för pedagogik. Diss.

Weinehall, K. (2005). "Take my father away from home": children growing up in the proximity of violence. In: E. Eriksson, M. Hester, S. Keskinen & Pringle, K. Tackling men's violence in families. Nordic issues and dilemmas. Bristol, UK: The Policy Press.

Wolf, K. A. & Foshee, V. A. (2003). Family violence, anger expression styles, and adolescent dating violence. *Journal of Family Violence*, 18(6), 309-316.

Wolfe, D., 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.

Øverlien, C. & Hydén, M. (2007), Att tvingas lyssna - hur barn bevittnar pappas våld mot mamma. *Barn*, 1(25), 9-25.

Øverlien, C. (2007). Barn som upplever pappas våld mot mamma - vad säger forskningen? *Nordisk sosialt arbeid*, 27(4), 238-250.

Øverlien, C. & Hydén, M. (2009). Children's actions when experiencing domestic violence. *Childhood*, 16(4), 479-496.

Øverlien, C., Jacobsen, M., & Evang, A. (2009) Barns erfaringer fra livet på krisesenter. En landsomfattende studie om flukten, oppholdet og forestillinger om fremtiden. Oslo: Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress. Rapport nr. 2/2009

Øverlien, C. (2010). Children exposed to domestic violence. What have we concluded and challenges ahead. *Journal of social work* 10, 80-97.

Posttraumatiske stressforstyrrelser (PTSD) hos barn og ungdom

Eksposering for traumatiske hendelser i barndommen kan gi alvorlige helsemessige konsekvenser både i barndommen og i voksen alder. Prevalensstudier i mange land har forsøkt å kartlegge hvor utbredt det er at barn blir utsatt for traumatiske hendelser.

Bakgrunn

Siden PTSD ble beskrevet hos barn for over 25 års siden (Terr, 1981; 1983) er det blitt vist at ulike traumatiske hendelser øker risikoen for posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og ungdom. Dette gjelder for eksempel hendelser som overgrep mot barn, (Ackerman, Newton, McPherson, Jones & Dykman, 1998; Deblinger, et al., 1989; Kaplow, Dodge, Amaya-Jackson, & Saxe, 2005), vold (Kilpatrick, et al., 2003), kronisk sykdom (Connolly, McClowry, Hayman, Mahony & Artman, 2004; Pelcovitz, et al., 1998), ulykker (de Vries, et al., 1999; Ellis, Stores & Mayou, 1998; Kassam-Adams & Winston, 2004; Saxe et al., 2005; Stallard, et al., 1998; Zatzick et al., 2006), krigsopplevelser (Adjukovic, 1998; Macksoud & Aber, 1996) og katastrofer (Goenjian, et al., 2001; Pynoos, et al., 1993).

Rapportert prevalens av PTSD etter ulike hendelser varierer med bl.a. hendelsens alvorlighetsgrad, antall ganger barnet har vært utsatt for traumatiske hendelser, og når i forløpet PTSD blir målt (tid siden hendelsen). I en meta-analyse av 2697 barn utsatt for ulike typer traumatiske hendelser, ble det konkludert med at 36% av barna hadde PTSD (Fletcher, 1996). I en amerikansk studie av ungdommer i den generelle befolkning fant man at 16 prosent av jentene og 19 prosent av guttene hadde PTSD, depresjon eller rusproblemer og at disse plagene hadde en klar sammenheng med det å ha opplevd fysiske eller seksuelle overgrep eller vært vitne til slike hendelser (Kilpatrick, et al., 2003).

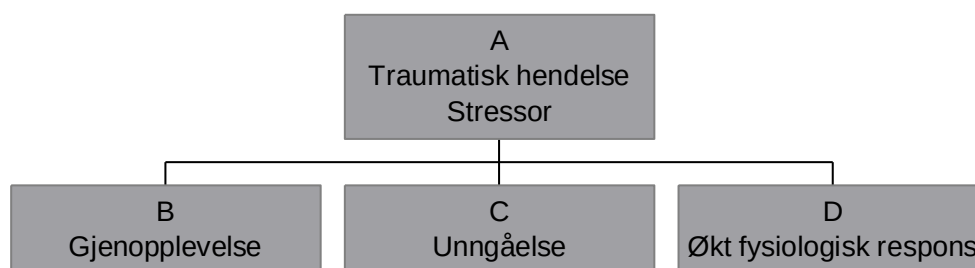
Diagnosen

PTSD diagnosen ble første gang beskrevet i DSM for barn i 1987 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 1987, 1994). Tilsvarende diagnose er inkludert i det diagnosesystemet vi bruker i Norge, ICD-10 (International Classification of Mental and Behavioral Disorders, World Health Organization, 1992a, 1992b)

PTSD kan ikke diagnostiseres uten at symptomene som utvikler seg settes i sammenheng med en hendelse. Denne hendelsens karakter beskrives nøye i DSM. Personen som er utsatt skal ha opplevd, eller vært vitne til eller blitt konfrontert med en hendelse som innebar livsfare, fysisk skade eller trussel om fysisk skade/ livsfare mot seg selv eller andre.

Det er imidlertid svært ulike hendelser som faller inn under denne definisjonen, og denne ulikheten bidrar til ulikhet i reaksjonsmønster og i hvor lang tid av barnets liv reaksjonene vil vare. Særlig er noen rapporter om langtidsvirkninger etter seksuelle overgrep alarmerende (Swanson et al., 2003). Hendelsen må også ha utløst umiddelbare emosjonelle reaksjoner. Den som utsettes må ha reagert med å bli svært redd, ha opplevd overveldende hjelpeløshet eller skrekk/avsky.

Barn kan i stedet for reagere med å bli svært oppkavet, virke forvirret eller skremt. Hendelsens karakter og de emosjonelle reaksjonene under eller like etter hendelsen, utgjør det DSM kaller en "stressor" (kriterie A).



Den som har opplevd en slik hendelse og har utviklet PTSD, vil i ulik grad ha symptomer på:

- gjenopplevelse
- unngåelse
- økt fysiologisk respons

GJENOPPLEVELSE

Fem ulike symptomer beskriver hvordan hendelsen kan gjenoppleves. Gjentatte og uønskede tanker og bilder fra det som skjedde kommer stadig tilbake både i våken tilstand og som drømmer. Mange opplever også såkalte "flashbacks" som er å oppleve at hendelsen eller deler av det som skjedde faktisk skjer igjen. I tillegg kan det å bli minnet om hendelsen vekke intense følelser eller fysiologiske reaksjoner.

UNNGÅELSE

Det er 7 ulike symptomer som beskriver unngåelse og følelsesmessig nummenhet.

Det å unngå hendelsen kan skje på et indre plan; ved at man unngår å ta frem hendelsen i samtaler eller i tanker. Det samme kan skje på det ytre plan; man unngår å gjøre aktiviteter eller unngår steder som kan få en til å tenke på det.

Følelsesmessig nummenhet handler om at en kan oppleve at følelsene har endret seg f.eks. at man får mindre interesse for aktiviteter som var viktige før hendelsen, man føler seg fremmedgjort i forhold til mennesker en står nær og opplever et innskrenket følelsesliv etter hendelsen.

ØKT FYSIOLOGISK RESPONS

Fem symptomer beskriver økt fysiologisk respons. Økt fysiologisk respons er knyttet til det autonome nervesystemet og gir utslag i vansker med å sovne og hyppige oppvåkninger, redusert terskel for sinneutbrudd og vansker med å samle tankene.

Sansene er i høyere beredskap enn ellers, og reagerer på lavere stimuli enn ellers, f.eks. kan smell i en dør vekke sterke reaksjoner.

Det diagnostiske systemet DSM beskriver altså tilsammen 19 kriterier som karakteriserer tilstanden posttraumatisk stressforstyrrelse, eller PTSD (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994).

For at diagnosen kan stilles, må følgende kriterier være tilstede hos den som er utsatt for en traumatisk hendelse: Begge A-kriteriene (stressor), minst ett kriterie for gjenopplevelse, minst 3 kriterier for unngåelse og minst to kriterier for økt fysiologisk respons. Diagnosen stilles dersom tilstanden har vart i minst en måned og har medført funksjonsnedsettelse.

Siden diagnosen mest er basert på studier hos voksne, hadde man lite kunnskap om hvordan denne definisjon på posttraumatisk stressforstyrrelse egentlig ville slå ut for barn.

Det var usikkert om barn som strevde med psykiske plager etter en traumatisk hendelse fikk diagnosen PTSD. Flere forskere har påpekt at for små barn er diagnosen problematisk (Scheeringa et al., 1995; 2003), bl.a. fordi det stilles krav til verbale uttrykk for symptomene i stor grad. For små barn blir det derfor hevdet at spørsmål om gjenopplevelse av hendelsen må erstattes av observerbare tegn gjenoppleve, slik som repeterende lek eller lek med traumatisk innhold. I tillegg kan det være problematisk å vurdere funksjonsnedsettelse hos små barn. Det er også vist at barn kan streve med enkelte posttraumatiske symptomer hyppig eller veldig intenst (for eksempel irritabilitet, sinne eller vonde drømmer) uten at kravene til diagnosen er oppfylt. Slike enkeltsymptomer kan påvirke barns daglige fungering i stor grad (Carrion et al., 2002). I klinisk vurdering av barn som har opplevd en traumatisk hendelse er det derfor god grunn til å være oppmerksom på enkeltsymptomers betydning og vurdere både hyppighet og intensitet av enkeltsymptomer.

Traumatiske hendelser

Prevalensstudier i mange land har forsøkt å kartlegge hvor utbredt det er at barn blir utsatt for traumatiske hendelser. I en gjennomgang av studier fra 21 land fant Finkelhor (1994) at prevalenstall for seksuelle overgrep varierte mellom 7-36 % for jenter og 3-29 % for gutter. Denne store variasjonen i estimert forekomst finnes også for fysiske overgrep. I en retrospektiv kohortstudie gjennomført i USA svarer 21 prosent at de har vært utsatt for fysiske overgrep fra foreldre i løpet av barndommen (Dube, Felitti, Dong, Wayne & Anda 2003), mens 4 % av svenske ungdommer rapporterer alvorlige voldshandlinger fra egne foreldre (SOU 2001).

Den store variasjonen i slike studier forklares bl.a. med bruk av ulike definisjoner for overgrepets art. Internasjonalt har kartleggingsstudier av potensielt traumatiserende hendelser i barne- og ungdomsårene i hovedsak omfattet overgrep av fysisk eller seksuell art. Ett av få unntak er Costello, Erkanli, Fairbanks og Angold (2002) som har rapportert forekomst av en rekke potensielt traumatiserende hendelser i barndommen. I Costello's studie hadde 25% opplevd minst en traumatisk hendelse i løpet av livet og 6% hadde opplevd minst en traumatisk hendelse siste tre måneder. De hyppigst rapporterte hendelser var plutselig død av nær familie, å være vitne til en traumatisk hendelse og seksuelle overgrep. På tross av store variasjoner i estimerte prevalenstall, er det i fagfeltet en økende erkjennelse av at en vesentlig andel barn og unge utsettes for traumatiske hendelser

Mens ulykker og katastrofer rammer vilkårlig og oppstår brått og uventet, vil traumatiske hendelser som vold og overgrep kunne ramme noen grupper barn i større grad enn andre. Studier indikerer at sosioøkonomiske og sosiodemografiske faktorer kan øke risikoen for å bli utsatt for vold i parforhold (Haaland, Clausen & Schei 2005, Pape & Stefansen 2004). Barn som vokser opp i familier med sosiale- og psykososiale problemer vil derfor kunne være mer utsatt for vold selv og være vitner til vold mot andre.

Posttraumatiske stresssymptomer hos utsatte barn

Traumatiske hendelser kan virke inn på barns utvikling og fungering. De første banebrytende rapportene belyste noen av de vanskene barn kan oppleve etter seksuelle overgrep (Browne & Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993). Selv om barn som utsettes for seksuelle overgrep kan utvikle mange ulike symptombilder, er det en stadig større anerkjennelse for at mange av symptomene faller innenfor de diagnostiske kriteriene for PTSD (Deblinger, et al., 1989), og studier har vist at opptil halvparten av de utsatte barna kan utvikle tilstanden (McLeer, et al., 1988). I tillegg er langtidskonsekvensene alarmerende. I en prospektiv studie av barn som var blitt utsatt for seksuelle overgrep og hadde fått hjelp av barnevernet, fant Swanston et al. (2003) at barna led av depresjon, angst og lavt selvbilde 9 år etter avdekking.

Å bli utsatt for vold eller oppleve at andre utsettes, synes også å representere en vesentlig risiko for utvikling av PTSD (Black, Harris-Hendriks & Kaplan, 1992; Kilpatrick, et al., 2003), mens få studier har kartlagt sammenhenger mellom voldsutsatthet og andre reaksjoner hos barnet. Barn kan også utvikle alvorlige posttraumatiske stressreaksjoner etter ulykker (Yule & Williams, 1990). De senere årene er dette også bekreftet i studier av barn etter trafikkulykker (Dyb, et al., 2003; Stallard, et al., 1998).

Ulike faktorer påvirker barns utvikling av PTSD etter traumatiske hendelser, slik som grad av fare og barnets subjektive opplevelser av hendelsen (Pynoos, et al., 1993; Bryant, et al., 2004), samt opplevd fare for eget liv (Vernberg, et al., 1996). Imidlertid vil utvikling av PTSD også være påvirket av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer forut for hendelsen. Studier av PTSD hos barn har undersøkt relevansen av alder, kjønn, sosioøkonomiske forhold, tidligere psykopatologi, og tidligere traumatiske hendelser. Studiene er inkonklusive i forhold til alder (Green, 1991; Lonigan, et al., 1991; Wolfe, et al., 1989). Jenter rapporterer høyere PTSD enn gutter, men studiene har ikke kontrollert for at jenter også opplever flere traumatiske hendelser i løpet av barndommen enn gutter (Foy, et al., 1996). Andre faktorer av spesiell interesse er tidligere traumatiske hendelser og belastninger i barnets liv (Neuner, et al., 2006).

Flere ulike typer traumatiske opplevelser kan føre til betydelig økt risiko for utvikling av psykopatologi hos barnet (Abram, et al., 2004; Dube, 2003). Andre forhold ved barnet som tidlig tilknytning, intelligens, mestring og kompetanse, sosiale ferdigheter, opplevelse av sammenheng, familieforhold og kvaliteten på barnets nære relasjoner (Heyerdal, 2001) kan ha betydning for hvordan barnet opplever og mestrer traumatiske hendelser. God foreldreomsorg kan også være en buffer mot sykdomsutvikling (Ghazinour, Richter, Emami & Eisemann, 2003), mens barn med foreldre som overveldes av egne emosjonelle reaksjoner kan ha økt risiko for negativ helseutvikling (Fairbrother, Stuber, Galea, Fleischman & Pfefferbaum, 2003).

Som for voksne, er PTSD hos barn en tilstand med høy komorbiditet, og er svært ofte assosiert med angst- og depressive tilstander (Ackerman, 1998; Famularo, 1996; Goenjian, 2001; Lipschitz, 1999). I tillegg er det vist at barn med PTSD har økt grad av ulike typer atferdsvansker (Saigh, 2002). Traumatiske hendelser kan derfor få svært uheldige konsekvenser for barn i en sårbar fase av livet.

Familieperspektivet

Når foreldre og barn utsettes for den samme traumatiske hendelsen, kan PTSD hos foreldre være assosiert med PTSD hos barna (Kilic, Ozguven & Sayil, 2003). Denne assosiasjonen er funnet i studier av krigsopplevelser (Dawes, et al., 1989), ulykker (Green, et al., 1991) og brann (Jones, Ribbe, Cunningham, Weddle & Langley, 2002).

I tillegg kan seksuelle overgrep mot barn og livstruende sykdommer initiere PTSD hos foreldre. Studier har vist at seksuelle overgrep mot barn begått av personer utenfor familien, kan føre til at foreldre utvikler PTSD som reaksjon på barnets traume (Dyb, Holen, Steinberg, Rodriguez & Pynoos, 2003; Manion, et al., 1996; Timmons-Mitchell, Chandler-Holtz & Semple, 1996). Tilsvarende funn er gjort i studier av foreldre til barn og ungdommer med livstruende sykdommer (Kazak, et al., 2004).

Referanser

- Abram, K. M., Teplin, L. A., Charles, D. R., Longworth, S. L., McClelland, G. M. & Dulcan, M. K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 61, 403-410.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G. & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22, 759-774.
- Ajdukovic, M. (1998). Displaced adolescents in Croatia: Sources of stress and posttraumatic stress reactions. *Adolescence*, 33, 209-217.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th Ed.) APA: Washington, DC.
- Andrews, B., Brewin, C. R. & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 421-427.
- Black, D., Harris-Hendriks, J. & Kaplan, T. (1992). Father kills mother: post-traumatic stress disorder in the children. *Psychotherapy and psychosomatics*, 57, 152-157.
- Browne A, & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Bryant, B., Mayou, R., Wiggs, L., Ehlers, A. & Stores, G. (2004). Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. *Psychological Medicine*, 34, 335-346.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R. & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 166-173.
- Connolly, D., McClowry, S., Hayman, L., Mahony, L. & Artman, M. (2004). Posttraumatic stress disorder in children after cardiac surgery. *The Journal of Pediatrics*, 144, 480-484.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbanks, J. A., & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 99-112.
- Dawes, A., Tredoux, C. & Feinstein, A. (1989). Political violence in South-Africa: Some effects on children of the violent destruction of their community. *International Journal of Mental Health*, 18, 16-43.
- Deblinger, E., McLeer, S. V., Atkins, M. S., Ralphe, D. & Foa, E. (1989). Posttraumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. *Child Abuse & Neglect*, 13, 403-408.

de Vries, A. P. J., Kassam-Adams, N., Cnaan, A., Sherman-Slate, E., Gallagher, P.R. & Winston, F. K. (1999). Looking beyond the physical injury: Posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*, 104, 1293-1299.

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences in health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37, 268-277.

Dyb, G., Holen, A., Brænne, K., Indredavik, M., & Aarseth, J. (2003). Parent-child discrepancy in reporting children's posttraumatic stress reactions after a traffic accident. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 399-344.

Dyb, G., Holen, A., Steinberg, A. M., Rodriguez, N., & Pynoos, R. S. (2003). Alleged sexual abuse at a day care center: impact on parents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 939-950.

Ellis, A., Stores, G. & Mayou, R. (1998). Psychological consequences of road traffic accidents in children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 761-768.

Fairbrother, G., Stuber, J., Galea, S., Fleischman, A.R. & Pfefferbaum, B. (2003). Posttraumatic stress reactions in new York City children after the September 11, 2001, terrorist attacks. *Ambul Pediatr*. Nov-Dec; 3(6):304-11.

Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 409-417.

Fletcher, K. E. (1996). Childhood posttraumatic stress disorder. In E. J. Mach & R. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 242-276). New York: Guilford Press.

Foy, D. W., Madvig, B. T., Pynoos, R. S. & Camilleri, A. J. (1996). Etiological factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34, 133-145.

Ghazinour, M., Richter, J., Emami, H. og Eisemann, M. (2003). Do parental rearing and personality characteristics have a buffering effect against psychopathological manifestations among Iranian refugees in Sweden? *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(6), 419-28.

Goenjian, A. K., Molina, L., Steinberg, A. M., Fairbanks, L. A., Alvarez, M. L., Goenjian, H. A. & Pynoos, R. S. (2001). Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after hurricane Mitch. *American Journal of Psychiatry*, 158, 788-794.

Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M. J., Leonard, A. C., Gleser, G. C. & Smitson-Cohen, S. (1991). Children and disaster: age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 945-951.

Haaland, T., Clausen, S-E. og Schei, B. (red.) 2005: *Vold i parforhold – ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. (NIBR – rapport nr. 3.)

Heyerdal, K. (2001). Omsorgssvikt. I: Weisæth, L. & Dalgard, O.D. *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Jones, R. T., Ribbe, D. P., Cunningham, P. B., Weddle, J. D. & Langley, A. K. (2002). Psychological impact of fire disaster on children and their parents. *Behavior Modification*, 26, 163-86.

Kaplow, J. B., Dodge, K. A., Amaya-Jackson, L., & Saxe, G. N. (2005).). Pathways to PTSD, Part II: Sexually Abused Children. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1305-1310.

Kazak, A. E., Alderfer, M. A., Streisand, R., Simms, S., Rourke, M. T., Barakat, L. P., Gallagher, P. & Cnaan, A. (2004). Treatment of posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their families: a randomized clinical trial. *Journal of Family Psychology*, 18, 493-504.

- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kessam-Adams, N., & Winston, F. K. (2004). Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 403-411.
- Kilic, E.Z., Ozguven, H.D. og Sayil, I. (2003). The psychological effects of parental m health on children experiencing disaster: the experience of Bolu earthquake in Turkey. *Family Process*, 42(4), 485-95.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S. & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692-700.
- Lipschitz, D. S., Winegar, R. K., Hartnick, E., Foote, B. & Southwick, S. M. (1999). Posttraumatic stress disorder in hospitalized adolescents: Psychiatric comorbidity and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 385-392.
- Lonigan, C. J., Shannon, M. P., Finch, A. J., Daugherty, T. K. & Taylor, C. M. (1991). Children's reactions to natural disaster: Symptom severity and degree of exposure. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 135-154.
- Macksoud, M. S. & Aber, J. L. (1996). The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon. *Child Development*, 67, 70-88.
- Manion, I. G., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R. & Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1095-1109.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B. & Ralphe, D. L. (1988). Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 650-654.
- Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., Ruf, M., & Elbert, T. (2006). *Post-tsunami stress: A study of postraumatic stress disorder in children living in three severely affected regions in Sri Lanka*.
- Pape, H. & Stefansen, K. (red.) (2004) *Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslo befolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport nr.1)
- Pelcovitz, D., Libov, B. G., Mandel, F., Kaplan, S., Weinblatt, M. & Septimus, A. (1998). Posttraumatic stress disorder and family functioning in adolescent cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 205-221.
- Pynoos, R. S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R. & Manoukian, G. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.
- Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. A., Halamandaris, P. V. & McHugh, M. (2002). An analyses of the internalizing and externalizing behaviors of traumatized urban youth with an without PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 462-470.
- Saxe, G. N., Stoddard, F., Hall, E., Chawla, N., Lopez, C., Sheridan, R., King, D., King, L., & Yehuda, R. (2005). Pathways to PTSD, Part I: Children With Burns. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1299-1304.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J. & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 191-200.

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L. & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-70.

SOU 2001: 72: *Barnmisshandel - Att förebygga och åtgärda*. Socialdepartementet. (Sveriges offentliga utredningar).

Stallard, P., Velleman, R. & Baldwin, S. (1998). Prospective study of post-traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *British Medical Journal*, 317, 1619-1623.

Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N. & Oates, R. K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 967-984.

Terr, L. C. (1981). Psychic trauma in children: observations following the Chowchilla school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 138, 14-19.

Terr, L. C. (1983). Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1543-1550.

Timmons-Mitchell, J., Chandler-Holtz, D. & Semple, W. E. (1996). Post-traumatic stress symptoms in mothers following children's reports of sexual abuse: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 463-467.

Vernberg, E. M., La Greca, A. M., Silverman, W. K., & Prinstein, M. J. (1996). Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after hurricane Andrew. *Journal of abnormal psychology*, 105(2), 237.

Wolfe, V. V., Gentile, C. & Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20, 215-228.

World Health Organization (1992a). *International classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1992b). *International classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.

Yule, W. & Williams, R. M. (1990). Post-traumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 279-295.

Zatzick, D.F., Grossman, D.C., Russo, J., Pynoos, R., Berlinger, L. og Jurkovich, G. et. al.(2006). Predicting posttraumatic stress symptoms longitudinally in a representative sample of hospitalized injured adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (10), 1188-95.

Behandling av barn utsatt for vold eller seksuelle overgrep

Selv om ikke alle barn eller ungdom som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep trenger behandling, kan slike overgrep føre til betydelige psykiske, sosiale og helsemessige vansker. Hva slags symptomer barnet utvikler og hva slags hjelp barnet trenger vil som regel være avhengig av hva de har opplevd, varigheten av overgrepene, hvem som har utsatt dem for overgrep, barnets individuelle reaksjon på overgrepene, og barnets muligheter for å få støtte av sine omsorgspersoner (Pine 2002)

Terapi og behandlingsformer

Det brukes mange ulike terapiformer for å hjelpe barn med ettervirkninger av vold eller seksuelle overgrep. Dette inkluderer individualterapi, familierapi og gruppeterapi. Terapiteknikkene som benyttes er hentet fra et vidt spekter av psykologiske teorier, så som psykodynamisk teori, atferdsteori, kognitiv teori, innsiktsorienterte teorier, og strukturerte og strategiske teorier innen familierapi. Uansett teoretisk orientering må ethvert hjelpetiltak ta hensyn til omstendighetene rundt overgrepene, barnets utviklingshistorie, kjennetegn ved familien, og den sosiale og kulturelle kontekst barnet og hendelsene inngår i.

Når det gjelder hvilken behandlingsform som er mest virksomt for barn som har vært utsatt for traumer slik som vold og seksuelle overgrep, så finnes det dessverre få kontrollerte studier vi kan vise til (Cohen et al., 2000; Cohen et al., 2006b; Stallard, 2006). Av de studiene som er gjennomført er det imidlertid traumefokusert kognitiv atferdsterapi som har vist best effekt (Saunders et al. 2004).

I de anbefalte retningslinjene fra den Amerikanske psykologforening fremheves at behandling av traumatiserte barn bør inkludere følgende: direkte arbeid med symptomer og stressmestring, utforskning av traumet, identifisering og korrigerende av uhensiktsmessige følelser og tanker, i tillegg til at omsorgspersoner involveres i behandlingen (Cohen, 1998).

Betydning av stressmestring og reduksjon av symptomer

Mange barn som utsettes for vold og seksuelle overgrep utvikler posttraumatiske stress reaksjoner. Symptomene som ofte viser seg etter slike traumatiske hendelser og som knytter seg til PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) er:

- gjenopplevelse
- unngåelse / nummenhet
- økt fysiologisk aktivering

GJENOPPLEVELSE omfatter bl a påtrengende minner, repetisjonslek, tilbakevendende drømmer og ubehag eller kroppslig uro i situasjoner som minner om hendelsen.

UNNGÅELSE / NUMMENHET omfatter bl. a. unngåelse av tanker, følelser, aktiviteter, mennesker eller steder som vekker minner; minsket interesse for viktige aktiviteter; følelse av avstand eller distanse til andre; forkortet fremtidsperspektiv.

ØKT FYSIOLOGISK AKTIVERING omfatter bl. a. søvnproblemer, irritasjon, sinne, konsentrasjonsvansker, hyperarvåkenhet, overfølsomhet på overraskende stimuli. Disse symptomene kan føre til betydelige plager og påvirke barnets utviklingsmuligheter. En viktig del av behandlingen vil være å jobbe direkte med å redusere disse symptomene. Fysiologisk er kroppen ofte i en tilstand preget av hyperaktivering. Alt som minner om den traumatiske opplevelsen vil kunne vekke angstsymptomer. Det er derfor viktig å lære barnet å håndtere stress slik at barnet gradvis kan venne seg til minnene. Dette kan gjøres ved å lære barnet pusteøvelser og muskelavslappingsteknikker.

Betydning av å snakke om traumet

Det må legges til rette for at barn får snakket om det som hendte. Flere studier har dokumentert betydningen av at barnet blir snakket med, og at barnets opplevelser blir tatt på alvor og forstått av

omsorgspersoner (Jensen et al., 2005; Lawson & Chaffin, 1992; Mossige et al., 2005; Rosenthal et al., 2003).

Å hjelpe barnet med å utvikle en hensiktsmessig narrativ eller historie om det som hendte vil være en sentral del av det terapeutiske forløp. Fra utviklingspsykologisk teori og forskning vet vi at barns narrativer har mange viktige utviklingspsykologiske funksjoner som å gi mening til en hendelse, bidra til bearbeiding av opplevelser, bidra til selvforståelse og identitetsutvikling (Fivush et al., 2003; Miller, 1994).

Fortellingen om overgrepene hjelper barnet å få frem sine kognitive vurderinger av hendelsen, og bidrar til å formidle barnets mestringsstrategier. Ved at traumenarrativen formuleres og gjentas i trygge omgivelser, vil barnet gradvis lære seg å tåle å bli minnet om traumat. Dette bidrar til å redusere unngåelses symptomer og hyperaktivering (Cohen et al., 2006a).

Alle disse områdene ansees som sentrale i det terapeutiske arbeidet (Salmon & Bryant, 2002).

Betydningen av affektregulering og kognitiv bearbeiding

Det kan være viktig for terapeuten å arbeide med de følelsesmessige reaksjonene barnet har til de traumatiske opplevelsene i tillegg til å kartlegge dysfunksjonelle tanker barnet har om det som har skjedd. Et barn utsatt for seksuelle overgrep kan for eksempel ha feilaktige oppfatninger av hvem sin skyld det er at overgrepene skjedde, eller barnet kan tenke at det er ødelagt på forskjellige måter. Gjennom at barnet forteller kan terapeuten få tak i disse oppfatningene og bidra til å snu negative oppfatninger som på sikt kan ramme barnets selvfølelse og identitetsutvikling.

Betydning av foreldredeltagelse

Foreldre bør få hjelp til å forholde seg til overveldende tanker og følelser de kan ha om overgrepene barnet har vært utsatt for. Det viktig å lære foreldrene ferdigheter som kan hjelpe dem med å forholde seg adekvat til barnas avsløringer og barnets symptomer. For barnets utvikling er det av betydning at de voksne tror på det, og støtter og bekrefter dets opplevelser. Studier på seksuelle overgrep har vist gjentatte ganger at den viktigste faktor for barnas senere tilpasning er støtten de får fra sine foreldre og andre omsorgsgivere (Cohen & Mannarino, 2000; Elliott & Carnes, 2001; Everson et al., 1990; Lawson & Chaffin, 1992).

De fleste behandlinger vil som regel både forholde seg til og utforske den traumatiske hendelsen (hva som hendte og hvordan barnet forstår det som hendte), de konkrete symptomene barnet strever med, og hvordan hendelsen har virket inn på barnets relasjoner til andre. Behandlingsstudier viser at med hjelp og støtte fra omsorgsfulle voksne og gode psykologiske intervensjoner vil mange barn som har blitt utsatt for vold eller seksuelle overgrep klare seg bra.

Referanser

Cohen, J. A. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(9), 997-1001.

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

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

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 983

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Murray, L. K., & Igelman, R. (2006b). Psychosocial interventions for maltreated and violence-exposed children. *Journal of Social Issues*, 62(4), 737-766.

Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child maltreatment*, 6(4), 314.

- Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyon, D. K., Edelsohn, G. A., & et al. (1990). Maternal support following disclosure of incest. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development* 292-306.
- Fivush, R., Hazzard, A., Sales, J. M., Sarfati, D., & Brown, T. (2003). Creating coherence out of chaos? Children's narratives of emotionally positive and negative events. *Applied Cognitive Psychology*, 17(1), 1-19.
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1395-1413.
- Lawson, L., & Chaffin, M. (1992). False negatives in sexual abuse disclosure interviews: Incidence and influence of caretaker's belief in abuse in cases of accidental abuse discovery by diagnosis of std. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(4), 532-542.
- Miller, P. J. (1994). Narrative practices: Their role in socialisation and self-construction. In U. Neisser & R. Fivush (Eds.), *In: The remembering self: Construction and accuracy in the self-narrative* (pp. 158-179). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mossige, S., Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Children's narratives of sexual abuse: What characterizes them and how do they contribute to meaning-making? *Narrative Inquiry*, 15(2), 377-404.
- Pine. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological psychiatry*, 51(7), 519.
- Rosenthal, S., Feiring, C., & Taska, L. (2003). Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse & Neglect*, 27, 641-661.
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2004). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment* (revised report: April 26, 2004). Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center. <http://www.musc.edu/cvc/>.
- Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 26, 895-911.

Pålitelighet i barns utsagn

Mange ulike forhold virker inn på hvordan og i hvilken grad et barn kan eller vil avgi forklaring i et dommeravhør. Barnets erfaringsbakgrunn og modenhet, hva barnet spesifikt har opplevd, tiden som har gått fra den opprinnelige hendelsen og til barnet forteller om den, og hvordan både profesjonelle voksne (avhøreren) og barnets nære omsorgspersoner forholder seg til barnet spiller inn.

Barns vitneutsagn, dommeravhør

FNs Barnekonvensjon (1989, artikkel 12), barnevernsloven og barneloven viser til barns rett til å gi uttrykk for sine synspunkter, og bli hørt i saker som vedrører dem. I Norge har vi en ordning med avhør av barn utenfor rettsmøtet (dommeravhør) når barn under 14 år kan være utsatt for straffbare handlinger. Politiet etterforsker mistanke om vold og overgrep mot barn når det er rimelig grunn til å undersøke om det foreligger straffbare forhold som bør forfølges av det offentlige (Straffeprosessloven § 224). Barnets vitneutsagn blir viktig, fordi det sjelden finnes andre bevis.

Når barn vitner i vold og overgrepssaker, er følgende spørsmål om barns pålitelighet sentrale:

- I hvilken grad minnes barn sterke emosjonelle opplevelser?
- Kan eller vil barn fortelle om slike opplevelser?
- I hvilken grad er barn påvirkelige for press fra voksne, og lar seg lede til å gi usanne beretninger er sentrale spørsmål?

Påvirkningsfaktorer

Pålitelighet i rettslig sammenheng handler om både å fortelle alt slik en husker det, å ikke minimalisere (unnlate å fortelle), eller lyve (oppdikte, fordreie). Det har inntil ganske nylig, særlig innen politi og strafferettssystemet, vært en oppfatning om at barn generelt ikke er pålitelige vitner (Beth Grothe Nielsen, 1992). Nyere forskning viser imidlertid til et sammensatt bilde av faktorer som både kan fremme og begrense barnets pålitelighet (Ceci & Bruck, 1995; Fivush, 1993; Lamb, Stenberg & Esplin, 1998).

Det finnes ikke vitenskapelig belegg for å mene at barn generelt er mindre pålitelige enn voksne (Fivush, 1993; Ceci & Bruck, 1993). Vi vet i dag at barn generelt ikke dikter opp historier om vold og seksuelle overgrep. Pålitelighetsproblemet når barn vitner blir i større grad forstått i lys av at barn holder tilbake sine overgrepserfaringer (Cederborg, Lamb & Laurel, i trykk; Orbach & Lamb, 1999; Sjøberg & Lindblad, 2002), og at voksne kan påvirke barn til gi uriktige forklaringer (Ceci & Bruck, 1995). Ulike barn som har opplevd store påkjenninger vil ha helt forskjellige forutsetninger for å fortelle om sine opplevelser.

Eisen, Goodman, Davis & Quin (1999) oppsummerer følgende 3 faktorer som kan influere på barns pålitelighet:

- Forhold som influerer på barnet i kommunikasjonen med en voksen (for eksempel påvirkning, sjenanse)
- omstendigheter ved overgrepets karakter (for eksempel trusler)
- individuelle reaksjoner på vold og overgrep (følelsestilstander).

Barns hukommelse

Ved spørsmål om barns pålitelighet i rettslig sammenheng er man opptatt av i hvilken grad barnet bevisst kan gjenfortelle en bestemt hendelse det har opplevd; såkalt episodisk eller personlig minne (Christianson 1994, 1996). Omstendigheter rundt den opprinnelige hendelsen, alvoret ved hendelsen, hva som skjer fra hendelsen er opplevd, til den blir gjenfortalt, og hvor ofte den blir gjenfortalt virker inn på hvor nøyaktig og detaljert barnet kan fortelle om hendelsen både kort tid etterpå, og ved lengre tidsintervaller (Christiansson & Lofthus, 1990; Gudjonsson, 1992). Det høy grad av enighet om at barn som har opplevd svært følelsesmessige og sterke hendelser vil minnes disse godt, også etter lengre tid, på grunn av det følelsesmessige innholdet i hendelsene (Christianson, Engelberg & Holmberg, 1998; Hamann, 2001; Magnussen, 2004).

Følelsesmessige detaljer i slike hendelser gir opphav til sterke minner, og blir slik lettere å gjenkalle enn mer nøytrale hendelser. Andre forskere viser imidlertid til at det er sannsynlig at de sterke følelsesmessige belastningene som alvorlig vold og overgrep kan føre med seg, gjør at opplevelsene i mindre grad innkodes i det episodiske minnet. Hendelsene kan bli vanskelige å gjenkalle, og dermed vanskeligere å fortelle om (Johnson & Howel, 1993; Vademars, Hess & Baker-Ward, 1993).

At barn ikke forteller, eller forteller utydelig, behøver ikke å bety at det ikke er skjedd noe. Et barn som blir utsatt for gjentatte overgrep vil sannsynligvis minnes disse bedre enn barn som er utsatt for engangshendelser. Gjentatte erfaringer gir en repetisjon av opplevelsene som gjør at de blir tydeligere, og dermed lettere å gjenkalle. Der vold og overgrep er skjedd over lang tid, kan barnet ha vansker med å skille detaljer ved de ulike hendelser fra hverandre. Det betyr ikke at barnet ikke er pålitelig.

Begreper og språk

For at barnet skal minnes og gjenfortelle en hendelse, må det ha utviklet begreper som gir gjenkjennelse og forståelse for hendelsen, og språklige forutsetninger for å sette ord på hendelsen. Når barn skal svare på voksnes spørsmål, må barnet også forstå spørsmålene som stilles, og hensikten med dem. Terr (1998) påviser at barn ikke kan fortelle om traumatiske hendelser før de er fylt to til tre år. Opplevelser barnet erfarer før det har nådd et visst nivå i språkutviklingen kan vanskelig gjenfortelles.

Grovt kan vi si at det skjer milepæler i barns språkutvikling ved 3, 6 og 10-års alder. Når barnet er fylt 3 år, har det vanligvis utviklet et ordforråd og oppnådd sosial kompetanse som gjør at det kan formidle seg språklig om selvopplevde hendelser. Ved 6-års alder har barnet oppnådd kunnskap og forståelse som gjør at det lettere kan sette hendelser og opplevelser i en sammenheng, og dermed forstå bedre hva som har hendt. Ved ca 10 års alder er forskjeller i voksnes og barns språklige forutsetninger i stor grad jevnet ut.

Påvirkning fra voksne

En rekke undersøkelser viser hvordan voksne kan påvirke innholdet i et barns forklaring (Ceci & Bruck, 1995). Barn i alle aldre kan gi feil informasjon, også om betydningsfulle og personlige hendelser knyttet til egen kropp, hvis de blir utsatt for emosjonelt press og forventninger fra voksne, ledende spørsmål, og at barna får misvisende og feil informasjon.

Når barna derimot blir møtt av voksne med gode intervjuferdigheter, kan de helt ned i tre- års alder gi forbløffende nøyaktig og detaljrik informasjon (Ceci & Bruck, 1995; Fivush, 1993; Gamst & Langballe, 2004; Lamb, Strenberg & Esplin, 1998). Den voksne kan hjelpe barnet til å huske og å ville fortelle ved å tilrettelegge intervjusituasjonen slik at barnet blir trygt, gi god informasjon, vise respekt og interesse for barnets egne opplevelser og stille de rette spørsmålene.

Spørsmål om barns pålitelighet kan ha vel så mye med intervjuerens intervjuferdigheter å gjøre, som hukommelses- og utviklingsmessige begrensninger hos barn (Bruck & Ceci, 1999).

Forhold til omsorgspersoner

Barnets forhold til nære omsorgspersoner, hva slags støtte barnet får etter at det har fortalt om sine opplevelser, og om barnet blir trodd og beskyttet, vil også influere på om- og hvordan barnet forteller om egne erfaringer av vold og overgrep.

Referanser

Bruck, M., & Ceci, S.J. (1999). The suggestibility of children's memory. *Annual Reviews. Psychology*, 50, 419-439.

Ceci, S. J., & Bruck, M. (1995). *Jeopardy in the courtroom: A scientific analyses of children's testimony*. Washington, DC: American Psychological Association.

Ceci, S.J., & Bruck, M. (1993). The suggestibility of the child witness: A historical review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 113, 403-439.

Cederborg, A. C., Lamb, M. E., & Laurell, O. (I trykk). Delay of disclosure, minimization, and denial when the evidence is unambiguous: A multivictim case. I M. E. Pipe, M. E. Lamb, Y. Orbach, & A. C. Cederborg (Eds.), *Child sexual abuse: Disclosure, delay, and denial*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Christianson, S. Å., Engelberg, E., & Holmberg, U. (1998). *Avanserad förhørs- och intervjumetodik*. Borås: Natur och Kultur.

Christianson, S. Å., & Lofthus, E.F. (1998). Remembering emotional events: The fate of delied information. *Cognition and emotion*, 5, 81-108.

Eisen, M. L., Goodman, G. S., Davis, S. L., & Quin, J. (1999). Individual differences in maltreated children's memory and suggestibility. I *Trauma and memory*: Williams & Banyard.

Fivush, R. (1993). Developmental perspectives on autobiographical recall. I G. S. Goodman & B. L. Bottoms (Eds.), *Child victims, child witnesses: Understanding and improving testimony* (ss. 1-24). New York: Guilford Publications.

Fivush, R. (2002). The development of autobiographical memory. I H. L. Westcott, G. M. Davies & R. H. C. Bull (Eds.), *Children's testimony: A handbook of psychological research and forensic practice* (ss. 55-68). Chichester: Wiley.

Gamst, K. T., & Langballe, Å. (2004). *Barn som vitner: En empirisk og teoretisk studie av kommunikasjonen mellom avhører og barn i dommeravhør: Utvikling av en avhørsmetodisk tilnærming*. Doktoravhandling. Institutt for spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo.

Grothe Nielsen, B (1992). Seksuelle overgrep mot barn. Tre strafferettslige dogmer. *Nordisk sexologi*, 10, 92-104.

Gudjonsson, A. (1992). *The psychology of interrogations, confessions and testimony*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Hamann, S. (2001). Cognitive and neural mechanisms of emotional memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 5, 394-400.

Lamb, M. E., Stenberg, K., & Esplin, W. P. (1998). Conducting investigative interviews of alleged sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 22, 813-823.

Magnussen, S. (2004). *Vitnepsykologi*. Oslo: Abstrakt forlag.

Orbach, Y., & Lamb, M. (1999). Assessing the accuracy of a child's account of sexual abuse: A case study. *Child Abuse & Neglect*, 23, 91-98.

Sjöberg, R. L., & Lindblad, F. (2002). Delayed disclosure and disrupted communication during forensic investigation of child sexual abuse: A study of 47 corroborated cases. *Acta Pædiatri*, 91, 1391-1396.

Terr, L. C. (1998). What happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time documented traumatic events. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 96-104.

Vandermas, M. O., Hess, T. M., & Baker-Ward, L. (1993). Does anxiety affect children's reports of memory for a stressful event? *Applied Cognitive Psychology*, 7, 109-127.