



Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge

Kunnskapsstatus 2007

Seksjon Barn og unge

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress a/s

Seksuelle og fysiske overgrep mot barn – kunnskapsstatus 2007

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Seksjonen Barn og unge

| | |
|-------------------|----------------------|
| Geir Borgen | barnelege |
| Grete Dyb | dr. med. |
| Gertrud Haftstad | dr. grad. stipendiat |
| Tine Jensen | dr. psychol |
| Åse Langballe | dr. polit. |
| Mia Myhre | barnelege |
| John Nikolaisen | cand. psychol |
| Carolina Øverlien | dr. philos |

NKVTS , 2007
rev. utg. 2010

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 |
| Barn og ungdom som begår seksuelt krenkende handlinger | 23 |
| Referanser..... | 26 |
| Fysiske overgrep mot barn | 29 |
| Innledning..... | 29 |
| Omfang av fysiske overgrep mot barn | 29 |
| Barn som er spesielt utsatt..... | 29 |
| Fysiske skader hos barn etter mishandling..... | 30 |
| Skader og funn hvor det er grunn til å være spesielt oppmerksom på mishandling..... | 31 |
| Psykiske skader hos barn etter mishandling..... | 32 |
| Tiltak og forebygging..... | 32 |
| Referanser..... | 33 |
| Barn som opplever vold i hjemmet | 35 |
| Innledning..... | 35 |
| Definisjoner | 35 |
| Prevalens | 36 |
| Konsekvenser..... | 36 |
| Nordisk forskning om barn som opplever vold i hjemmet | 37 |
| Langsiktige konsekvenser..... | 38 |
| Barns resilience..... | 38 |
| Overlapping av vold og annen problematikk..... | 39 |
| Kjønn | 40 |
| Etnisitet..... | 41 |
| Barn på krisesenter i Norge | 41 |
| Avslutning..... | 42 |
| Referanser..... | 43 |
| Posttraumatiske stressforstyrrelser (PTSD) hos barn og ungdom..... | 51 |
| Bakgrunn | 51 |
| Diagnosen | 51 |
| Traumatiske hendelser..... | 52 |
| Posttraumatiske stresssymptomer hos utsatte barn..... | 53 |
| Familieperspektivet | 54 |
| Referanser..... | 54 |
| Behandling av barn utsatt for vold eller seksuelle overgrep..... | 58 |
| Terapi og behandlingsformer | 58 |
| Betydning av stressmestring og reduksjon av symptomer | 58 |
| Betydning av å snakke om traumet..... | 58 |
| Betydningen av affektregulering og kognitiv bearbeiding | 59 |
| Betydning av foreldredeltagelse..... | 59 |
| Referanser..... | 59 |
| Pålitelighet i barns utsagn | 61 |
| Barns vitneutsagn, dommeravhør | 61 |
| Påvirkningsfaktorer | 61 |
| Barns hukommelse | 61 |
| Begreper og språk..... | 62 |
| Påvirkning fra voksne..... | 62 |
| Forhold til omsorgspersoner | 62 |
| Referanser..... | 62 |

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 Smiles, 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 end 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 straffeskjerpene dersom barnet som utsettes er under 14 år, når det gjelder seksuell omgang er det ytterligere straffeskjerpene 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 ulik 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 intrafamiljære 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 sorteres 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-undersøkelsen 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 innbefatter 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 innbefatter 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.

Edgardh, 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 kysning, 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.

Problematisk 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 (Tambås, 1994), fortalte 35 % av de som var utsatt for alvorlige seksuelle overgrep som innebefattet 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 symptombilde 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, selvbekreidelse, 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 symptombylde. 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 attributions 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 kjønnsykdom 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 overgrepstilignende 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 sædrester, 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 puberteten – 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 "inntrengning" 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.

Barn og ungdom som begår seksuelt krenkende handlinger

Barn og ungdom som krenker andre seksuelt omtales ofte som en ensartet gruppe, imidlertid viser forskning at det er store forskjeller. Det er også stor variasjon i hvilke forklaringer de har oppgitt om årsak til at de har begått overgrep.

Forskning viser at det er store forskjeller innenfor gruppen barn og ungdom som krenker andre seksuelt. Dette gjelder både i forhold til hvilke overgrep de har begått, hvem som utsettes 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 hvor ofte de gjentar overgrep etter behandling (Långström, Grann, & Lindblad, 2000a; Oxnam & Vess, 2006; Worling, 2001).

De aller fleste unge som krenker andre seksuelt er gutter, men det finnes også beskrivelser av jenter som begår overgrep.

Barn og ungdom som krenker andre seksuelt forstås her som barn og ungdom (under 18 år) som gjentar problematisk seksuelt krenkende handlinger eller begår grovt krenkende handlinger overfor andre barn, ungdom eller voksne. Slike handlinger er ikke normal seksuell utforskning eller manglende kunnskap om hvor grensene for akseptert atferd går. Med unntak av noen avgrensede kliniske studier, finnes det lite forskning om barn og ungdom som har begått seksuelle overgrep i Norge.

Omfang

Norsk kriminalstatistikk (Statistisk Sentralbyrå, 2007, tabell 15) viser at det i 2004 var 71 barn mellom 5 og 15 år som var siktet for en seksualforbrytelse. I gruppen ungdom mellom 15 og 18 år var 102 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 USA utgjør barn og ungdom under 18 år en tredjedel av den registrerte seksualkriminalitet (FBI, 2006).

En norsk undersøkelse har kartlagt hjelpeapparatets befatning med denne typen saker. Psykisk helsevern for barn og unge og barnevernkontor 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 17 i 2004. De fleste barna hadde begått overgrep mot en bekjent eller mot noen innenfor familien. Typen overgrep var inndelt etter de juridiske begrepene seksuell atferd, seksuell handling og seksuell omgang. De fleste hadde begått seksuell omgang, dernest seksuell handling og seksuell atferd. 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)

En annen måte å undersøke forekomst på er å spørre utsatte om alder på overgriper. I en norsk undersøkelse fant man at nesten halvparten av utsatte jenter mellom 18-20 oppgav at overgriper var under 20 år (Mossige, 2001). Andre forskere har kartlagt antall utøvere ved å spørre gutter om de har begått seksuelle overgrep (Kolivas & Gross, 2007). Slike selvrapporteringsundersøkelser gir et langt høyere antall utøvere av seksuelt krenkende handlinger enn kriminalstatistikken

Karakteristika ved barn som har begått seksuelle overgrep

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 (S. Righthand, Welch, C., 2001).

Eksisterende litteratur om barn under 12 år som begår seksuelle overgrep er i stor grad kliniske beskrivelser (se for eksempel Araji, 1997; Gil & Johnson, 1993), og i liten grad systematisk forskning. I en litteraturgjennomgang av empirisk og klinisk litteratur fant Araji (1997) at barn og unge som forgriper seg seksuelt kommer fra dårlig fungerende familier med vanskelig skilsmisse, 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, sosial kompetanse og sosiodemografiske forhold.

Karakteristika ved ungdom som har begått seksuelle overgrep

Det er store forskjeller på ulike grupper ungdommer som begår seksuelt krenkende handlinger med hensyn til antall offer, kjønn og alder på offer, samt type handlinger og grad av vold i overgrepene (Långström, Grann, & Lindblad, 2000a; S. Righthand & Welch, 2004; S. Righthand, Welch, C., 2001; van Wijk et al., 2005).

Studier tyder på at ungdom som begår seksuelle overgrep har kan deles inn i følgende grupper:

- Tenåringsgutter som voldtar andre gutter eller menn
- Tenåringsgutter som voldtar voksne kvinner
- Tenåringsgutter som begår overfallsvoldtekter på jevnaldrende
- Tenåringsgutter som begår voldtekter mot jenter de kjenner / møter på fest og lignende
- Tenåringsgutter som har sex med barn med mye lavere alder enn dem selv
- Tenåringsgutter som blottet seg
- Tilbakestående ungdommer som har sex med barn
- Tenåringsjenter som gjør seksuelle handlinger med barn de passer på
- Tenåringsjenter som tvinger yngre jenter til å være med på seksuelle handlinger

Risiko for å begå nye overgrep etter behandling og/eller straff (tilbakefall) er også vanskelig å vurdere. Underrapportering i forhold til denne typen overgrep gjør at estimater for tilbakefall er vanskelig å måle.

I en klassisk typologi 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 parafilier

En svensk undersøkelse utført av Långström og medarbeidere (2000a) fant frem til at barn og ungdom som hadde begått seksuelle overgrep kunne inndeles i fem ulike grupper etter de handlingene de hadde utført og noen andre karakteristika som bakgrunnshistorie, tilbakefall og andre egenskaper.

Tabellen viser inndeling av type overgrep og andre karakteristika for handlinger begått av ungdommer i alderen 15-20 år (Långström et al (2000a)).

| Gruppe | Beskrivelse av overgrep | Andre karakteristika |
|--------|---|---|
| 1 | Penetrering av gutter / menn på offentlig sted | |
| 2 | Ikke-kontakt overgrep (blotting med mer) | 90 % begått flere overgrep |
| 3 | Penetrerte jenter / kvinner fra tenårene og oppover på offentlig sted | Svært voldelig gruppe |
| 4 | Forgrep seg mot barn de kjente på private steder | 30 % flere offer 70 % flere ganger med samme offer |
| 5 | Penetrasjon mot tenåringsjenter innendørs | Moderat vold |

Undersøkelser viser at ungdom som har begått seksuelt krenkende handlinger har vokst opp med familieproblemer og vært utsatt for omsorgssvikt, mishandling, vold, fattigdom og seksuelle overgrep (Johnson & Knight, 2000; Jonson Reid & Way, 2001; Ryan, 1998; Sarwer, Kalichman, Johnson, Early, & Ali, 1993). I Sverige fant forskere at omlag halvparten av ungdommene som utsatte andre barn for overgrep hadde vært i kontakt med det psykiatriske hjelpeapparatet og hele 70% hadde kontakt med

barnevernet før de begikk overgrepet. Litt under halvparten (45 %) hadde vært plassert i fosterhjem eller institusjon før overgrepene fant sted (Langstrom & Lindblad, 2000).

Forskere har også beskrevet at majoriteten av ungdommer som forgriper seg seksuelt har vært utsatt for ulike traumatiske hendelser, og mange fylte kriteriene for PTSD- diagnosen (McMackin, Leisen, Cusack, LaFratta, & Litwin, 2002) eller alvorlig dissosiasjonsforstyrrelse (William N. Friedrich et al., 2001). Gruppen er også preget av sosial isolasjon og har få kamerater (Miner & Munns, 2005). Den siste faktoren forbindes ofte med høy tilbakefallsrate (Hanson, 2006)

Teorier om hvorfor barn og unge begår seksuelle overgrep

Mange forskere har fremsatt hypoteser og forklaringsmodeller for hvorfor voksne forgriper seg seksuelt på barn og unge (Barbaree, Marshall, & McCormick, 1998; Beech & Mitchell, 2005; Knight & Sims Knight, 2004; Langfeldt, 1999; William L. Marshall & Marshall, 2000; Prentky, Knight, Sims Knight, Straus, & et, 1989; Ward & Beech, 2006). For barn og unge som forgriper seg seksuelt, finnes færre forklaringsmodeller.

En hypotese om årsaken til at ungdommer begår seksuelt krenkende handlinger er at de har opplevd seksuelle overgrep som barn. Dette er en omdiskutert hypotese, men det finnes forskning som tyder på at det er likhet mellom overgrep som ungdommer har vært utsatt for og de overgrepene de selv har begått (Veneziano, Veneziano, & LeGrand, 2000).

En annen hypotese er at barn og ungdom som forgriper seg seksuelt har relasjonelle problemer som for eksempel tilknytningsvansker (Rich, 2006a) og andre sosiale problemer (Beech & Mitchell, 2005; Hudson & Ward, 1997; W. L. Marshall, Serran, & Cortoni, 2000).

Behandling og andre tiltak

Forståelsen av hvordan barn og ungdom som har begått seksuelle overgrep kan hjelpes gjennom terapi, har de siste årene fått mer oppmerksomhet (Rich, 2006b).

Det finnes ulike behandlingsmodeller som varierer fra strukturerte korttidsintervensjoner til langvarige psykoterapier / gruppeterapier. Kognitiv atferdsterapi (CBT) er mest omtalt i litteraturen. Mange av tilbudene er integrerte behandlingsmodeller med utgangspunkt i CBT og psykodynamiske elementer (W. L. Marshall, Marshall, L., 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 målt som nye hendelser etter at man er blitt avslørt, som regel registrert gjennom nye siktelsler, anmeldelser eller dommer. I en gjennomgang av tilgjengelige studier, fant forskerne at behandling synes å virke (Hanson & Bussiere, 1998), men det er gjort lite forskning som knytter behandlingens spesifikke innhold til effekten av behandlingen (Efta Breitbach & Freeman, 2004b). Det meste av denne forskningen foregår i U.S.A. og Canada, hvor kognitiv atferdsterapi (CBT) står sterkt. Nyere studier bekrefter tidligere positive resultater for CBT og Multisystemisk behandling (Fanniff & Becker, 2006), og en randomisert 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.

Tilbakefall

Mye av forskningen om personer som begår seksuelt krenkende handlinger omhandler tilbakefall. Tilbakefall måles vanligvis gjennom nye strafferettslige hendelser etter at man første gang har blitt oppdaget. Tilbakefall kan også måles ved selvrapportering.

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 & Bussiere, 1998). Andre studier har funnet at tilbakefallsfaren er høyest hos 18- åringene og går deretter nedover med økt alder (Doren, 2006b; Hanson, 2002).

I Norge viser kriminalstatistikken at 6 % av personer som var siktet for seksuelle overgrep i 1998 fikk en ny siktelse for seksuell kriminalitet innen 2003 (Statistisk Sentralbyrå, 2006).

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.

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.

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.

Doren, D. M. (2006b). 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. (2004b). Treatment of juveniles who sexually offend: An overview. *Journal of child sexual abuse, 13*(3-4), 125-138.

Fanniff, 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., Koplín, 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 & 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, Fernandez, Y. M., Marshall, L. E., Serran, G.A. (Ed.), *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.

Hudson, S. M., & Ward, T. (1997). Intimacy, loneliness, and attachment style in sexual offenders. *Journal of interpersonal violence*, 12(3), 323-339.

James, A. C., & Neil, P. (1996). Juvenile sexual offending: One-year period prevalence study within Oxfordshire. *Child Abuse & Neglect*, 20(6), 477-485.

Johnson, G. M., & Knight, R. A. (2000). Developmental antecedents of sexual coercion in juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 12(3), 165-178.

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.

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.

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.

Langfeldt, T. (1999). Forståelse og behandling av voksne overgripere. I *Personer som begår seksuelle overgrep mot barn* (Skriftserie 7). Oslo: Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA.

Langstrom, 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. (2000a). A preliminary typology of young sex offenders. *Journal of adolescence*, 23(3), 319-329.

Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2000). The origins of sexual offending. *Trauma, violence & 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.

- 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.
- Prentky, R. A., Knight, R. A., Sims Knight, J. E., Straus, H., & et, a. (1989). Developmental antecedents of sexual aggression. *Development and psychopathology*, 1(2), 153-169.
- Rich, P. (2006a). *Attachment and Sexual Offending: Understanding and Applying Attachment Theory to The Treatment of Juvenile Sexual Offenders*. Hoboken: John Wiley & Sons Ltd.
- Rich, P. (2006b). *Attachment and sexual offending: Understanding and applying theory to the treatment of juvenile sexual offenders*. Chichester: 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.
- Statistisk Sentralbyrå. (2007). *Kriminalstatistikk. Tabell 15. Siktete, etter kjønn, alder og type hovedlovbrudd. 2004*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
http://www.ssb.no/a_krim_tab/tab/tab-2007-04-13-15.html
- Statistisk Sentralbyrå. (2006). *Kriminalstatistikk. Tabell 24. Tilbakefall i femårsperioden 1999-2003 blant siktete i 1998, etter lovbruddsgruppe i 1998 og lovbruddsgruppe ved tilbakefall. Absolutte tall og prosent*. Oslo: SSB.
http://www.ssb.no/emner/03/05/a_krim_tab/tab/tab-2006-12-01-24.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.
- Worling, J. A. (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.

Fysiske overgrep mot barn

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 legevakt 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 innleggelse 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 hjernebinnen (subdurablødninger), 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 ; Perkonigg 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* (Brottsforebyggende 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 selvrporteringsstudie 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

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 Komiteen 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 Rådna 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 & Pimm,

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, Kemmelmeier & 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 hjelpsløshet (Seligman, 1975) som sier at hjelpsløshet 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 resiliens

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 for 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, Lavergne. & Fortin 2010; Lapierre, 2008; Devaney, 2008). Muligens handler denne overfokuseringen om normer og holdninger, men den har også som Edelsson (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.

Overlapping 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 overlapping 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 Hedtjärn, 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 kjønnnet 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 voldsutøverer 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 voldsutøverer 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 forståelsesramma 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 overlappingen 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) Informantenes beskrivelser av ovregrepshendelser 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.
- Coohy, 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 fädrens 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., & Ritchie, 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 selvrapporderingsstudie 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 Physiologial 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 opplever 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).

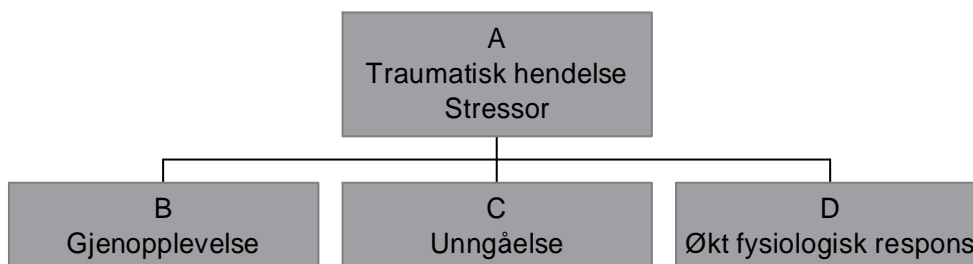
Diagnosen

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., Brønne, 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 severly 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, familieterapi 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 familieterapi. 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, hyperårvåkenhet, 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 hyperaktivitet. 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; Vadermas, 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 forhørs- 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). *Vitnep psykologi*. 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.