



Seksuelle overgrep mot barn – utvalgte temaer

Nasjonalt ressursenter for seksuelt misbrukte barn

Innhold

Innledning	5
1. Definisjoner og omfang	7
2. Barns seksualitet: Hva er naturlig og normalt, og hva er problematisk?	11
2.1 Normal seksualitet i førskolealder (0—6 år)	12
2.2 Normal seksualitet i skolealder/prepubertet (7–11/12 år)	13
2.3 Normal seksualitet i pubertetsalder/tidlig ungdom (12/13–15/16 år)	13
2.4 Problematisk seksuell atferd	14
2.5 Hvordan bør voksne reagere på seksuell atferd hos barn?	16
3. Skadevirkninger av seksuelle overgrep og motstandsdyktighet	18
3.1 Vanlige skadevirkninger	19
3.2 Tilknytning preget av traumatiske relasjoner	19
3.3 Posttraumatisk stress-syndrom (PTSD) og uspesifiserte forstyrrelser ved ekstremt stress (DESNOS; Disorders of extreme stress not otherwise specified)	20
3.4 Dissosiasjon	22
3.5 Forekomst av overgrep i spesielle grupper	24
3.6 Kvalitative studier av overgrepsutsatte, to eksempler	24
3.6.1 Psykiatriske symptomer hos overgrepsutsatte kvinner	24
3.6.2 Kjønnssrolleopplevelse hos seksuelt misbrukte menn	25
3.7 Beskyttelsesfaktorer og mestring (resilience)	25
4. Om overgripere	27
4.1 Barn og unge som forgriper seg seksuelt	30
4.1.1 Mangel på fokus og redsel for stigmatisering	30
4.1.2 Generelt om barn og unge som forgriper seg på andre barn	31
4.1.3 Risikofaktorer	31
4.1.4 Hva kjennetegner overgrepene og overgriperne?	33
4.1.5 Overgrep mellom søsken	34
4.1.6 Å utvikle en overgriperkarriere/risiko for tilbakefall	34
4.1.7 Utredning og behandling	35
4.1.7.1 Kartlegging/utredning	36
4.1.7.2 Behandling	36
4.2 Kvinner som forgriper seg seksuelt på barn	39
4.2.1 Hvor vanlig er overgrep fra kvinner?	39
4.2.2 Hvorfor oppdages overgrep fra kvinner så sjelden?	39
4.2.3 Hva gjør kvinner når de forgriper seg på barn?	39

4.2.4	Hva karakteriserer kvinner som forgriper seg seksuelt på barn?	40
4.2.4.1	Forskeres kategoriseringer	40
4.2.4.2	Utsattes beskrivelser	41
4.2.4.3	En gruppe innsatte kvinner	41
4.2.4.4	Et klinisk materiale	41
4.2.4.5	En gruppe studenter	41
4.2.5	Uheldige konsekvenser av å være misbrukt av kvinner	42
4.2.5.1	Kvinner misbrukt av kvinner	43
4.2.5.2	Menn misbrukt av kvinner	43
4.2.6	Oppsummering og avslutning	44
5.	Barn i risikozonen	45
5.1	Seksuelle overgrep mot barn med funksjonshemming	45
6.	Overgrep mot gutter	48
7.	Overgrep på institusjon og i fosterhjem	51
7.1	Institusjoner	51
7.2	Fosterhjem	53
8.	Rituelle overgrep og overgrep i lukkede miljøer	55
8.1	Karakteristika ved overgrepene	56
8.2	Troverdighet	57
8.3	Overgrep i satanistisk miljø	58
8.4	Overgrep i kristne eller andre religiøse miljøer	58
8.5	Overgrep i andre lukkede miljøer	59
8.6	Behandling og hjelp	59
9.	Overgrep og etniske minoriteter	61
9.1	Barns beste og barns rettigheter	62
9.2	Migrasjonsprosessen	62
9.3	Kommunikasjon	62
9.4	Barnemishandling og omsorgssvikt	63
9.4.1	Seksuelle overgrep mot barn	64
9.4.2	Omskjæring av jenter	64
9.5	Avslutning	65
10.	Barnepornografi, barneprostitusjon og salg av barn	66
10.1	Barnepornografi	66
10.2	Barneprostitusjon	67
10.3	Barnesexturisme	68
10.4	Menneskehandel med barn over grensene («trafficking of children»)	69
10.5	Offentlige og ideelle organisasjoners kamp mot kommersiell utnyttning av barn	69
11.	Barns pålitelighet som vitner	71

12. Samtaler med barn	75
12.1 Å fortelle om overgrep	75
12.2 Samtaleformer	76
12.2.1 Kollektive, forebyggende samtaler	76
12.2.2 Spontane samtaler	76
12.2.3 Arrangerte samtaler	78
13. Forebygging	81
13.1 Kunnskapsbygging i tjenester og organisasjoner	81
13.2 Generelt holdningsskapende arbeid	82
13.3 Forebygging på gruppe- og individniva	83
13.4 Tverrfaglig samarbeid	83
13.5 Programmer	83
13.6 Hjelp til overgripere	84
13.7 Kontroll av ansatte	84
13.8 Informasjon om overgripere i nærmiljøet	85
14. Behandling	86
14.1 Behandlingskontekst	86
14.2 Behandling i Norge	87
14.3 Behandlingsprogrammer	87
14.4 Problemer for bearbeiding hos seksuelt misbrukte barn	88
14.4.1 Tabuisering og hemmeligholdelse	88
14.4.2 Svik og mangelfull omsorg	88
14.4.3 Stigmatisering, skam og skyld	89
14.4.4 Seksualisering av atferd og relasjoner	90
14.4.5 Traumeaspektet	91
14.4.6 Tingliggjøring og følelse av selvverd	93
14.4.7 Sorg	93
14.4.8 Familien	94
15. Belastninger ved å arbeide med overgrep mot barn	95
15.1 Mestring av sekundært traumatisk stress	97
Referanseliste	98
Aktuelle lover	115



Innledning

Denne boka har blitt til parallelt med at Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn (NRSB) har utarbeidet en ny veileder for hjelpeapparatet på vegne av departementene. Rammene for fornyelsen av veilederen var relativt vide, og innholdet i boka var opprinnelig tenkt som en del av den nye veilederen. I slutfasen av arbeidet tok imidlertid Statens helsetilsyn en avgjørelse om at veilederen ble for omfattende dersom denne delen skulle med, og at fagdelen ikke var egnet som en del av en nasjonal veileder. Fagdelen ble derfor utelatt. NRSB mener innholdet i denne bør være av stor interesse for hjelpeapparatet og andre, og valgte derfor å utgi den som egen bok.

Boka belyser en rekke sentrale emner innenfor området seksuelle overgrep mot barn. NRSB har valgt å rette spesiell oppmerksomhet mot noen utvalgte emner fordi det er behov for å få belyst dem spesielt. Kapitlene varierer derfor noe i lengde og grundighet. Noen av kapitlene er en utdyping av emner som er berørt i veilederen. Flere av kapitlene utdyper temaer av en slik karakter at det ikke kan forventes at ansatte i hjelpeapparatet, eller andre som arbeider med barn, skal ha kunnskap om dem.

De utvalgte temaene er omfattende og kompliserte. Vi ønsker å rette en spesiell takk til psykolog Anne Poulsson og forsker Kari Killén, som har lest og kommentert manuskriptet før den endelige versjonen ble utarbeidet.

Nasjonalt ressurscenter vil også takke:

Direktør Erik Normann, forsker Svein Mossige, sykepleier Safia Abdi, psykolog Amalia Carli, faglig rådgiver Marianne Lind, psykolog Trine Anstorp, professor Eva Lundgren, sosiolog Marianne Sætre og kriminolog Ragnhild Hennem. Disse har lest og kommentert ett eller flere kapitler i boka og gitt flere nyttige innspill underveis. I tillegg har flere kapitler blitt forelagt

ulike fora i Nasjonalt ressursenters regi: Psykososialt forum, Forum for fylkeskommunale team og Arbeidsgruppe mot seksuelle overgrep i døvemiljøet (AMSO).

En særlig takk også til bibliotekar Hege Eriksen Oswald og sekretær Elin Bukier Thorsen ved ressursenteret som tålmodig har hjulpet til under hele prosessen.

NRSB håper boka kan være til nytte for alle som kommer i befatning med barn som har blitt utsatt, eller alle som bekymrer seg for at barn kan være utsatt for seksuelle overgrep.

Oslo, november 2002

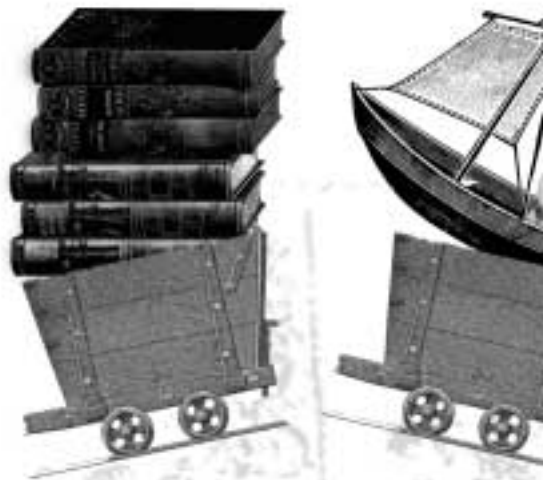
Nasjonalt ressursenter for seksuelt misbrukte barn

Carin Nordenstam
Klinisk sosionom
Prosjektleder

Geir Borgen
Barnelege

Marit Ihle
Spesialpsykolog

Morten Johansson
Barnevernkonsulent



1. Definisjoner og omfang

Å definere hva vi mener med «et seksuelt overgrep mot et barn» er vanskeligere enn vi kanskje skulle ønske. Forskere og forfattere har brukt forskjellige definisjoner og kommet til dels svært ulike konklusjoner mht. utbredelsen av fenomenet. Sprikende omfangstall har i sin tur 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.

Den juridiske definisjonen av seksuelle overgrep mot barn framgår av straffelovens kapittel 19 om seksuallovbrudd. Her benyttes begrepene seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd og seksuell handling eller omgang. Lovens oppbygning, strafferammene og de faktiske straffereaksjonene gjenspeiler en tankegang som graderer overgrepene først og fremst i forhold til fysiske eller ytre kjennetegn. Seksuell omgang som eventuelt inkluderer samleie, betraktes som et grovere lovbrudd enn en seksuell handling eller seksuelt krenkende atferd. Loven skiller også på om overgrepet begås av noen som er i slekt med barnet, om barnet er under overgriperens myndighetsområde, eller om overgriperen er en fremmed. Den seksuelle lavalderen er 16 år, og det er straffeskjerpende dersom barnet er under 14 år.

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 seksuell 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 eller egen maktposisjon
- handlingen baserer seg på den voksnes behov
- aktiviteten bryter med sosiale tabuer innenfor familien 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. I praktisk arbeid kan dette være en fordel fordi definisjonene dermed lettere favner den store variasjonen av overgrep som blir gjort mot barn, og de kan enklere fange opp «nye typer» overgrep som bl.a. muliggjøres gjennom moderne informasjonsteknologi.

Som det går fram ovenfor, er mange definisjoner fokusert på forholdet mellom barn og voksne. De siste årene har man også 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. Nyere forskning viser dessuten at et ikke ubetydelig antall voksne innleder sin «overgriperkarriere» som barn eller i ung alder. Det blir derfor viktig å inkludere i definisjonene seksuell aktivitet mellom barn hvor det er innslag av lureri, press, tvang, trusler eller vold.

Incest er inkludert i definisjonene ovenfor. En snever incestdefinisjon innebærer seksuelt samkvem mellom barn og deres biologiske foreldre eller besteforeldre. For ansatte i hjelpeapparatet vil det antakelig være nyttigere å bruke et utvidet incestbegrep som inkluderer alle som innehar en foreldrerolle eller en liknende omsorgsrolle i forhold til barnet. Vi snakker også om søskenincest.

I Skandinavia har debatten om hva man skal definere som et seksuelt overgrep, dreid seg mye om krenkelsenes fysiske karakter (Sætre 1997). 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 (Normann mfl. 1992). For eksempel betraktes en «samleieaktig» handling som grovere enn beføling, som igjen oppfattes som grovere enn blotting, sjikane eller posering. 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.

Fra enkelte hold er det reist kritikk mot de foreliggende omfangsundersøkelsene (Kutchinsky 1997, Sjøgren 1997, Sandfort 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 subpopulasjoner. 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 i forhold til dette.

Mørketallene mht. seksuelle overgrep mot barn er sannsynligvis høye. Det er vanskelig å gi sikre anslag på mørketallenes størrelse. Mange av omfangsstudiene baserer seg på selvrapporing. Dette er en usikker metode, bl.a. fordi de som velger å svare på spørreskjemaet, ikke behøver å være representative for befolkningen som helhet, fordi overgrep dissosieres og skyves ut av hukommelsen, 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 at mindre enn halvparten av ofrene forteller om eller avslører overgrepet i nær tidsmessig tilknytning til hendelsen. Relativt mange ofre forteller ikke om overgrepet før de blir spurt for eksempel i forbindelse med at de deltar i en spørreundersøkelse (Finkelhor mfl. 1990, Elliot 1993). Undersøkelser av ofre for dokumenterte seksuelle overgrep tyder på at mer enn en tredjedel ikke forteller om overgrepene når de blir spurt som voksne (Williams 1994, Widom og Morris 1997). Flere amerikanske studier viser dessuten at bare 6–12 % av de overgrep som avsløres, blir rapportert til myndighetene (Svedin 1999). Antall forhold som anmeldes til politiet, utgjør derfor bare «toppen av isfjellet». I år 2000 ble det i Norge anmeldt totalt 647 tilfeller av utuktig omgang med barn (Statistisk sentralbyrå). Flere av forholdene ligger mange år tilbake i tid.

Tall tyder på at også hjelpeapparatet bare får kjennskap til en begrenset del av overgrepssakene. Det er god grunn til å anta at det er betydelig større forekomst av overgrepserfaringer blant barn som registreres i hjelpeapparatet, enn blant andre barn. Ansatte i hjelpeapparatet er fortsatt ikke tilstrekkelig oppmerksomme på problematikken. Bildet kompliseres av at mange av sakene sorterer under andre diagnoser eller saksnavn, og at det er uensartete rutiner for registrering.

Omfangstallene i prevalensundersøkelser (prevalens er den totale forekomsten av en sykdom/tilstand i befolkningen på et gitt tidspunkt) vedrørende seksuelle overgrep mot barn varierer sterkt. Finkelhor (1994a) har gått gjennom prevalensstudier fra 20 forskjellige land og hevder bl.a. at variasjonen i omfangstallene skyldes metodologiske ulikheter og bruk av ulike definisjoner i de forskjellige undersøkelsene. Gorey og Leslie (1997) har utført en meta-analyse 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 (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 samleieliknende forhold. Tallene er i overensstemmelse med den norske omfangsundersøkelsen fra 1986 (Sætre mfl. 1986).

Finkelhor fant i sin gjennomgang (1994a) at jenter var halvannen til tre ganger mer utsatt for overgrep enn gutter. Videre var jenter gjennomgående mer utsatt for intrafamiære overgrep. Disse utgjorde mellom en tredjedel og halvparten av jentenes overgrepserfaringer. I den norske undersøkelsen fra 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 (Sætre mfl. 1986, Finkelhor 1994b). Overgrep fra jevnaldrende eller barn eller ungdom under 18 år som forgriper seg på barn, utgjør minst en tredjedel av overgrepene (Finkelhor 1994b, Becker mfl. 1988).

2. Barns seksualitet: Hva er naturlig og normalt, og hva er problematisk?

Det er mange måter å oppfatte seksualitet og spesielt barns seksualitet på. Det vil føre for langt her å gå inn i grundige drøftinger av de forskjellige oppfatningene. Framstillingen vil derfor søke å ha en mest mulig praktisk vinkling. I Norge synes det å være en gjengs oppfatning i fagmiljøene at barn har en form for seksualitet, men at den er annerledes og uutviklet i forhold til voksen seksualitet. Vi lever i en tid da popidoler dyrkes av barn helt ned i barnehagealder. Reklamebransjen spiller på de samme strengene og utøver et massivt press på barnegenerasjonen. Dette fører til at mange barn ser ut som «små voksne» som både kler og oppfører seg utfordrende. De sender ut «signaler» til voksne som barna ikke er seg bevisst, og som ikke har grunnlag i barnas eget følelsesliv. Dette gjør dem sårbare og utsatt for lite ønskelig interesse fra enkelte voksne.

Seksuell atferd hos barn kan grovt deles inn i to kategorier:

- normal seksuell atferd relatert til barnets utvikling
- problematisk seksuell atferd, ofte kalt seksualisert atferd

Seksualisert atferd er atferd som er uvanlig for aldersgruppen. Atferden kan bringe barnet eller andre barn inn i risikosituasjoner eller skape ubehag for andre. Det er glidende overganger mellom de to og en viss faglig uenighet om når atferd anses å være problematisk. Videre vil atferd som vanligvis betraktes som normal, kunne være problematisk og avspeile en vanskelig livssituasjon hvis barnet ukritisk og ofte tyr til denne atferden (for eksempel kan forsømte barn onanere mye som en form for selvtrøst).

De vanligste måtene å få kunnskap om barns seksualitet på er å (Lippert 1999):

- spørre voksne om hva de husker fra barndommen (retrospektive undersøkelser)
- spørre voksne som er sammen med barn til daglig
- observere barn (for eksempel i en barnehage) over en avgrenset tidsperiode
- sammenlikne barn i behandlingsapparatet med seksualisert atferd med barn som ikke har denne atferden
- spørre barn

Den siste framgangsmåten er heftet med etiske og metodiske vansker og er lite brukt. Retrospektive undersøkelser kan være preget av glemsel, fortrengning eller feilerindring samt at det bildet vi får, gjenspeiler en annen tid enn

vår. Ved direkte observasjon går man glipp av det barn gjør utenfor voksnes synsvidde. Vår kunnskap er derfor svært ufullstendig og dessuten preget av den kulturen vi lever i.

2.1 Normal seksualitet i førskolealder (0–6 år)

Voksnes observasjoner av små barn kan tyde på at barn i førskolealder kan oppleve en form for seksuell opphisselse (guttеспедbarn kan få erigerte penis-er), at de kan nyte å ta på egne kjønnsorganer (vanligst fra 2-årsalderen), og at enkelte barn også er i stand til å få en slags orgasme. Dette skal ha vært observert allerede i spedbarnsalder. Hvorvidt og hvor tidlig barna har slike opplevelser, kan bero på medfødte individuelle forskjeller og på tilfeldigheter; hva de har oppdaget ved egen kropp, og hva slags inntrykk og stimulering de har fått utenfra. Det ser også ut til å være visse kjønnsforskjeller mht. når barn oppdager kjønnsorganet sitt (gutter når de er 6–8 måneder, jenter 2–3 måneder seinere, Galenson i Lippert 1999). Fra de er ca. 1,5 år gamle, er det ikke uvanlig at barn stimulerer kjønnsorganene sine (onanerer). Disse blir mer tilgjengelige når barnet slutter med bleier, samtidig med at barnets motoriske ferdigheter øker. Gutter bruker oftest hända, mens jenter enten bruker hända eller kniper eller gnir seg mot gjenstander.

Intervjuer av ansatte i barnehager (Lindblad mfl. 1995) har vist at onani kan observeres hos førskolebarn av begge kjønn, men i undersøkelsen var det over tre ganger så vanlig hos barn med atferdsforstyrrelser (17 %). I hele barnegruppen var det vanlig (22 %) å se på andre barns kjønnsorganer. Dette nådde et høydepunkt i 3-årsalderen. Den seksuelle leken som forekom oftest, var «doktorlek» (6 %). Nest vanligst var å la seg engasjere i lek som etterliknet seksuell aktivitet (4,4 %). Det var imidlertid uvanlig å sette i gang slik lek (1,6 %). De fleste barna, spesielt de små, hadde ingen motforestilling mot å vise seg nakne. En del av barna (10,4 %) hadde brukt seksuelle ord.

Det kan se ut til at mødre ser mer seksuell atferd hos barna enn barnehageansatte. Amerikanske forskere (Friedrich mfl. 1998) har fått mødre til 2–12 år gamle barn til å fylle ut skjemaer med spørsmål om seksuell atferd hos barna. Over 20 % av foreldrene hadde minst en gang i løpet av de siste 6 månedene observert at barna i 2–5-årsgruppa hadde masturbert med hånd eller gjenstand. 44 % av foreldrene til jentene og 60 % av foreldrene til guttene i samme aldersgruppe hadde sett at barna hadde berørt sine egne kjønnsorganer hjemme. Ca. 43 % av foreldrene fortalte at barna hadde berørt, eller prøvd å berøre, morens eller andre kvinners bryster. Den seksuelle atferden nådde en topp i 5-årsalderen for så å avta med årene.

En undersøkelse av Rosenfeld (i Lippert 1999) viste at de aller fleste barn i 2–4-årsalderen har berørt mors bryster (90 %) og fars penis (60–65%), vanligvis når foreldrene var nakne (for eksempel i badesituasjoner). Det var imidlertid uvanlig at barna berørte genitalier til folk utenfor familien, eller at de ba

voksne om å berøre barnas egne kjønnsorganer.

Noen ganger tar eksperimentering med seksualitet, for eksempel i en barnehage, mer avanserte former. En mulig forklaring på dette er at ett eller flere barn i gruppen har kunnskap om og erfaringer med seksualitet ut over det som er vanlig for alderen, og at de inspirerer de øvrige barna til seksualisert lek. Det blir da viktig å finne kilden til denne kunnskapen. Ett eller flere av barna kan være misbrukt av eldre barn eller voksne.

2.2 *Normal seksualitet i skolealder/prepubertet (7–11/12 år)*

Kunnskap om seksualitet i denne fasen har vi hovedsakelig fra intervjuundersøkelser av voksne. Lippert (1999) gir en oversikt fra tre slike undersøkelser som viste at 59–74 % av de spurte hadde vært med på leker med kysning, klemming, blotting og (ikke-genital) berøring. Rundt 20 % av de spurte hadde opplevd genital berøring. Tall fra undersøkelsene tydet på at gutter oftere tok initiativ til de seksuelle lekene enn jenter, og at jenter oftere enn gutter hadde erfaringer med det samme kjønn. 10–20 % av barna hadde gjort sine erfaringer med søsken eller fettere/kusiner. En del av aktiviteten mellom søsken hadde preg av utnyttelse. 15–58 % hadde, i de forskjellige undersøkelsene, ingen erindring om å ha vært involvert i noen form for seksuell lek i denne alderen.

De vanligste seksuelle aktivitetene i denne fasen ser ifølge Lippert ut til å være doktorlek, å vise fram kjønnsorganer, å eksperimentere med stimulering av kjønnsorganer, mor-og-far-lek (eventuelt med «puling» med eller uten tøy), kysseleker, og annet, som å lage «stygge» tegninger og synge «stygge» sanger. Det er også grunn til å anta at barn informerer hverandre en god del. Seksuelle og/eller romantiske fantasier gjør seg også gjeldende i denne aldersgruppen uten at man vet så mye om forekomsten (Lippert 1999). Lippert understreker at den seksuelle aktiviteten i hovedsak dreide seg om få episoder i avgrensede perioder av informantenes barndom.

I en ny svensk undersøkelse ble 269 elever i siste klasse i videregående skole spurt om deres seksuelle erfaringer før puberteten (Larsson 2000). Den vanligste aktiviteten var undersøkelse og stimulering av egne kjønnsorganer. 83 % svarte at de hadde en form for seksuell erfaring ved at de hadde tatt på kjønnsorganene sine, og 82 % hadde deltatt i seksuelle aktiviteter med en eller flere venner. Felles aktiviteter handlet for det meste om kyss og klem, prat om sex og å se på og undersøke andres kjønnsorganer. For gutter fra 11-årsalderen var det ganske vanlig å se på pornografiske filmer eller blader sammen med andre gutter.

2.3 *Normal seksualitet i pubertetsalder/tidlig ungdom (12/13–15/16 år)*

Puberteten inntreer vanligvis i 11–12-årsalderen, men den kan også begynne

tidligere. Denne fasen er preget av biologisk intensivert modning med hormonelle forandringer som bl.a. fører til menstruasjon hos jenter, sædproduksjon og utløsning hos gutter og hårvekst på nye kroppsområder. Seksuell aktivitet begrenser seg vanligvis til masturbering, sannsynligvis mest hos guttene, iblant i fellesskap. Mange er opptatt av kropp og utseende. En del viser nysgjerrighet i forhold til pornografi. Tegneserier med mer eller mindre eksplisitte seksuelle tema er på moten. Ungdommer henter informasjon om sex fra blader, Internett og fjernsynskanaler. Ofte gir disse mediene et vrengebilde av et sunt og normalt kjønnsniv. Jenter begynner å sminke seg og eksperimenterer med klær og kan i begynnelsen av puberteten være mer opptatt av sine tette venninneforhold og altopplukende hobbyer, som hester, enn av gutter. Seinere er de gjerne opptatt av eldre gutter. Gutter har ofte en seksuell nysgjerrighet overfor eldre jenter og voksne kvinner. Guttene kan være opptatt av og uttrykke seksualitet på en måte som kan virke krenkende på jentene (Dagsavisen 18. september 2000). Seksuell drift og forelskelse oppleves gjerne som to forskjellige ting. Munck (1999) har med bakgrunn i flere skandinaviske undersøkelser anslått at kun en tredjedel av ungdommen har hatt samleie når de fyller 17 år. Andre undersøkelser angir en gjennomsnittlig debutalder på 16,4 år for jenter og 16,9 år for gutter. Debutalderen skal ha vært stabil over en årrekke (Winblad i Järnefors 2000). Det er vanlig å skifte partner ofte.

Ungdomsmiljøene er svært ulike. Noen miljøer er ytterst «uskyldige» med ungdom som aldri har sett et pornografisk blad. Andre miljøer er preget av festing og tidlig seksuell debut. For å forstå og tolke ungdoms seksuelle atferd, er det nødvendig å kjenne til ungdomskulturen både generelt og på det aktuelle stedet.

2.4 *Problematisk seksuell atferd*

Problematisk seksuell atferd er atferd som setter barnet eller andre barn i en utsatt og eventuell risikofylt posisjon, eller andre i ubekvemme situasjoner. Ofte har barn med denne typen atferd vært utsatt for seksuelle overgrep eller seksuell overstimulering. Jo yngre barnet er, jo større risiko er det for at det har vært misbrukt. Det er imidlertid ingen automatikk i dette. Uansett trenger barnet og familien hjelp.

Tony Cavanagh Johnson (Johnson 1998, Gil og Johnson 1993) har utarbeidet en klassifisering av seksuell atferd som kan være til hjelp. Hun skiller mellom fire kategorier barn:

- barn som leker sexleker. Dette er barn med aldersadekvate seksuelt pregede leker. Disse lekene vil vanligvis være å betrakte som normale, og man behøver ikke bekymre seg (med mindre barnet har mye sexleker over lang tid)
- seksuelt reaktive barn. Dette er barn som reagerer med problematisk seksuell atferd på en eller annen form for seksuell overstimulering (seksuelle

- bilder og effekter eller seksuell aktivitet, overgrep)
- barn med utstrakt felles seksuell atferd. Dette er forsømte og ofte misbrukte barn som søker seg til andre barn gjennom seksuelle handlinger for å føle trøst og samhørighet
- barn som forgriper seg seksuelt. Dette er barn som ofte er misbrukt selv, og som hyppig lever ut aggresjon og/eller angst ved å tvinge og misbruke andre barn, gjerne på en tvangspreget måte

For alle disse gruppene barn kan atferden til dels være motivert og akkompagnert av seksuell opphisselse, men den behøver ikke være det.

Lindblad mfl. (1995) fant i sine intervjuer av barnehageansatte at tvangsmessig onani eller onani uten nytelse og eventuelt med smerte, var svært uvanlig i barnehagene. Det var heller ikke vanlig å holde gjenstander mot eller putte dem inn i skjede eller anus (kun 1,2 % av barna gjorde det), men dette *kunne* forekomme som del av en doktorlek («gi stikkpille» eller «ta tempen») og måtte ikke nødvendigvis bety at barnet hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Lindblad mener imidlertid at fagfolk må undersøke nærmere bakgrunnen for slik sjeldent forekommende seksuell atferd.

Mange voksne som arbeider med barn, er usikre på hva som er normal seksuell lek, og som derfor bør tolereres (eventuelt henvises til det private rom), og hva som er uvanlig og bør følges opp og/eller stoppes. Kikuchi (1995) har utarbeidet et enkelt skjema som går på tvers av aldersgruppene, for å kunne skille barns normale seksuelle atferd fra overgrepsatferd. Hun ser på motivet for handlingen, relasjonen mellom barna, aktiviteten og effekten/emosjonen som følger handlingen (fritt gjengitt):

	<i>normalatferd</i>	<i>overgrepsatferd</i>
<i>motivasjon:</i>	nysgjerrighet	kontroll, hevn, tvang
<i>relasjon:</i>	gjensidighet, felles interesse, enighet	ulikhet i makt/kunnskap, mobberelasjon, opplevd mangel på valgmulighet
<i>aktivitet:</i>	aldersrelatert, undersøke, berøre	eksplisitt gjentakelse av voksenssex: slikking, suging, penetrering av kroppshuler med penis, fingrer eller gjenstander
<i>emosjon/effekt:</i>	lyst, munterhet, behag, (ev. seksuell) opphisselse, spenning	følelse av overmakt, sinne, skadefryd, ev. seksuell opphisselse (den utsatte: ulyst, skam, angst, skyld)

Problematiske seksuell atferd i pubertetsalderen kan være (for) tidlig seksuell debut, sex med skiftende partnere og med partnere som er mye eldre. Jenter med uvanlig vulgær framtoning og utfordrende/sexy opptreden kan bli stigmatisert og utsette seg for økt risiko for overgrep. Overgriperatferd (se kap. 4), prostitusjon og seksuell grenseløshet eller seksuelt språk ut over det som er vanlig i det aktuelle miljøet, er også urovekkende. Ofte er problematisk seksuell atferd koblet til rus og vagabondering. Problematiske seksuell atferd krever oppmerksomhet fra hjelpere, og kan vitne om belastende hjemmeforhold, ofte med seksuelle overgrep.

2.5 Hvordan bør voksne reagere på seksuell atferd hos barn?

I hverdagen bør normal seksuallek over 4–5-årsalderen møtes med anerkjennelse, diskresjon og eventuell henvisning til det private rom. Den voksne kan sette ord på hva hun eller han ser: «Dere undersøker tisser, ser jeg.» Man må imidlertid forsikre seg om at ingen av barna er presset eller lider overlast på noen måte. Den voksne bør også signalisere til barna at de kan spørre voksne hvis de lurer på noe. Det er viktig å få tak i stemningen rundt slik seksuell lek; om den er god eller preget av angst, ubehag eller usikkerhet.

Det kan være en god pekepinn å kjenne etter sin egen «magefølelse». Et barns atferd kan oppleves som «ekkelig»; en kan oppleve at egne eller andres grenser blir krenket av barnet; en føler seg invadert; det er noe rart og annerledes i kroppskontakten eller med måten barnet henvender seg på; det er noe i blikket en reagerer på. Da er det grunn til å følge opp barnet, gi det anledning til å snakke og eventuelt stille spørsmål som: Hvor har du lært det, hvem har lært deg det, hvor har du sett dette? Kanskje kan den voksne på denne måten komme på sporet av overgrep eller begynne å nøste opp informasjon om risikofylte miljøer. Alternativt kan den voksne bli beroliget ved at det er en naturlig årsak til atferden (se også kap. 12 om samtaler med barn). Man bør imidlertid ha i minne at voksne kan ha forskjellige grenser for hva som oppleves ubehagelig.

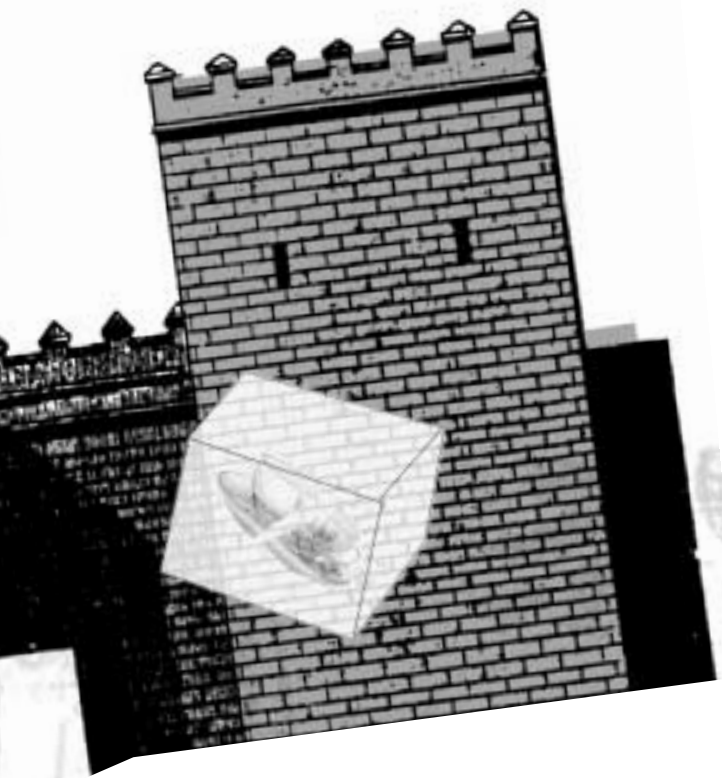
Problematiske seksuell atferd bør stoppes ved å sette grenser for barnet. Der som barnet fortsetter atferden etter flere gangers forsøk på å stoppe den, er det grunn til å undersøke saken nærmere og eventuelt trekke inn hjelpeapparatet.

Ett eksempel: Ei jente nærmer seg en mannlig førskolelærer. Hun setter seg overskrevet på fanget hans ansikt til ansikt med et «utfordrende» blick og begynner å gni seg mot kjønnsorganene hans. Førskolelæreren føler seg ille til mote. Han sier til jenta: «Du må gjerne sitte på fanget mitt, men jeg liker best at du sitter andre veien. Pleier du å sitte sånn? Hos hvem da?»

Et annet eksempel: En lærer kommer over to småskolegutter bak et tre i hjørnet av skolegården. Den ene (A) står med buksa på knærne og med et bekymret uttrykk. Den andre (B) flirer og ser ut som han skal til å dra den første gutten i tissen. Lærer: «Dette kan dere ikke gjøre i skolegården. Og du

(A) ser ikke særlig glad ut. Jeg synes du skal ta på deg buksa. Så vil jeg gjerne snakke med dere begge to. Jeg tenker vi (til A) tar en prat nå med en gang. Så skal vi (til B) snakke sammen etterpå.»

Ofte kan ansatte i barnehager, på helsestasjoner eller i hjelpeapparatet for øvrig, undervurdere barns problemer i forhold til seksualitet ved å regne med at barnet «vokser det av seg», eller ved å tro at atferden er et normalt uttrykk for barneseksualitet. Bekymrede foreldre kan føle seg dumme eller misforstått i slike situasjoner. Seksuell atferd ut over det normale og foreldres uro må tas på alvor. Hvis man er i tvil, bør man søke råd.



3. Skadevirkninger av seksuelle overgrep og motstandsdyktighet

Mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep, må ikke, men kan ha blitt traumatisert av opplevelsene, særlig hvis de har vært utsatt for vold og/eller trusler. Både barn og voksne vil ofte slite med ettervirkninger. Noen av dem blir tydelige først i voksen alder, mens andre ses mest hos barn. Videre kan skadevirkninger som debuterer i barnealder, vedvare opp i voksen alder.

Det er forsket mye på skadevirkninger etter seksuelle overgrep. Det synes å være relativ stor enighet om at skadevirkningene avhenger av mange faktorer, bl.a.:

- den utsattes konstitusjon
- alder ved overgrepstidspunktet
- overgrepens utstrekning i tid
- tidligere erfaringer
- familieforhold generelt
- hvem (nær eller fjern person) og hvor mange som har utført overgrep
- bruk av vold/aggresjon/trusler
- overgrepens art (med inntrengning i kroppens hulrom som mest alvorlig)
- omfanget av støtte og hjelp i forbindelse med avdekkingen og tiden etterpå

Vi skal dermed ikke bagatellisere såkalte milde overgrep (for eksempel posering eller sjikane) som i høy grad, avhengig av konteksten de skjer i, kan skade et barn (se kap. 1).

Seksuelle overgrep pågår ofte sammen med, og i samspill med, andre negative familiefaktorer som fysiske overgrep og omsorgssvikt (Killén 1999). Vi kan tenke oss familier der de seksuelle overgrepene er primære, men der de gir opphav til andre familieproblemer som igjen virker inn på den utsatte, og vi har familier der seksuelle overgrep er del av en mer omfattende omsorgssvikt. Det kan være vanskelig, om ikke umulig, å skille mellom hva slags skade som skyldes overgrep, og hva som skyldes andre negative familiefaktorer.

3.1 Vanlige skadevirkninger

Når det gjelder den umiddelbare virkningen av seksuelle overgrep på barn, se Sosial- og helsedirektoratet (2003), om signaler og reaksjoner. Noen vanlige skadevirkninger av seksuelle overgrep som ofte nevnes, er:

- sterk skyld- og skamfølelse
- negativt selvbilde
- sviktende tillit til andre mennesker
- isolasjon
- seksuelle problemer
- problemer med opplevelse av egen kjønnsrolle
- smertetilstander
- psykosomatiske tilstander
- angst og depresjon
- hallusinasjoner
- søvnvansker
- selvdestruktiv atferd
- suicidalitet
- tendens til å bli offer på nytt
- utvikling av overgriperatferd og en aggressiv, konfliktskapende væremåte

3.2 Tilknytning preget av traumatiske relasjoner

Barn som utsettes for alvorlige seksuelle overgrep av en nær omsorgsperson, vil kunne knytte seg til den voksne på måter som skader utviklingen av barnets selvopplevelse og tilpasningsevne og begrenser dets muligheter til å etablere intime og stabile forhold til andre (se bl.a. Bowlby 1988 og Ainsworth mfl. 1978). Dersom mor eller far er overgriper, vil denne bristen kunne bli svært alvorlig. En daglig atmosfære preget av omsorgssvikt og eventuelle andre former for mishandling vil forsterke virkningen av de seksuelle overgrepene (Killén 1997).

Barns (og voksnes) tilknytningsmønstre har vært gjenstand for mye forskning i de siste tiårene. Ved studier av barn opp til 20-månedersalderen har

man observert barnets reaksjoner ved atskillelse fra og gjenforening med en omsorgsperson og skiller mellom:

- barn med en sikker og trygg tilknytning til omsorgspersonen
- barn som er utrygge og unnvikende
- barn som er utrygge og ambivalente i forhold til omsorgspersonen
- barn med et disorganisert og forvirret mønster (Main og Solomon 1990)

De første tre kategoriene barn har utviklet et organisert tilknytningsmønster som gir en viss forutsigbarhet for barnet. Den siste gruppen av barn er låst i en uløselig konflikt. Den samme personen er opphav til trygghet og beskyttelse og samtidig en kilde til fare, skade eller sviktende omsorg, som når barnet er utsatt for seksuelle overgrep av en nær omsorgsperson. Barna viser ved gjenforeningen en konfliktbetont eller fryktfull atferd, de viser en atferd preget av depressivitet, eller de veksler mellom de forskjellige reaksjonene på en uorganisert måte (se også Killén 2000). Pat Crittenden har videreutviklet modellen til Ainsworth, Main og Solomon, beskriver endringer i tilknytningsmønstre gjennom utviklingsforløpet og ser tilknytning i et kulturelt perspektiv (se bl.a. Crittenden 1997, 2000).

Barn som har vært nødt til å knytte seg til foreldre som mishandler og forgriper seg seksuelt, kan takle situasjonen ved å dissosiere (se nedenfor), gjøre seg fysisk ufølsomme, sløve sanseinntrykkene sine og/eller ta på seg ansvaret for overgrepene. Slik vil barnet være i stand til å beholde tilknytningen til sin omsorgsgiver. Vi kan i denne forbindelsen snakke om et «traume-bånd» (James 1994).

En slik tilknytningsprosess skader utviklingen av barnets selvopplevelse og tilpasningsevne og begrenser dets muligheter til å etablere intime og stabile forhold. Usikker og angstfylt tilknytning hos voksne overgrep utsatte hører sammen med et symptom-bilde preget av angst, depresjon, sinne, irritabilitet, unngåelsesatferd, dissosiasjon, påtrengende minner, forstyrret selv-opplevelse, dysfunksjonell seksuell atferd, seksuelle bekymringer og spenningssøkende atferd (Roche mfl. 1999). Mange av disse symptomene er også karakteristiske for tilstanden hos personer med posttraumatisk stress-syndrom.

3.3 *Posttraumatisk stress-syndrom (PTSD) og uspesifiserte forstyrrelser ved ekstremt stress (DESNOS; Disorders of extreme stress not otherwise specified)*

Seksuelle overgrep kan, i likhet med andre traumer, føre til at den utsatte som voksen får et såkalt posttraumatisk stress-syndrom. Syndromet har fire hovedelementer:

- gjenopplevelse av det traumatiske, som dreier seg om påtrengende minner i form av bilder, drømmer, tanker og flashbacks relatert til den traumatiske opplevelsen

- unngåelsesatferd, som innebærer bestrebelser på å unngå alt som minner om traumet, som forsøk på å stoppe tanker, sosial tilbaketrekning og amnesi for traumet
- nummenhet (innsnevring av følelselivet eller følelseløshet) og depresjon
- hyperaktivering, som dreier seg om irritabilitet, eksplosivt sinn, å være skvetten og «på alerten», konsentrasjonsproblemer og vansker med å sovne inn og sove sammenhengende

Ifølge Horowitz (1986) er det vanlig å pendle mellom hyperaktivering og gjenopplevelse på den ene siden og unngåelsesatferd og nummenhet på den andre.

Voksne som er utsatt for traumer i oppveksten, vil oftere reagere med PTSD etter en traumatisk opplevelse i voksen alder enn personer uten slike opplevelser i oppveksten (Putnam 1997, Shalev og Bargai 1999).

Stor traumebelastning ser ut til å svekke immunforsvaret (Putnam 1997).

PTSD-kriteriene er utviklet med henblikk på diagnostisering av voksne. For barn kan ettervirkningene av traumer arte seg som posttraumatisk lek (tvangsmessig repeterende lek preget av innholdet i traumet, se Terr 1991), mareritt der barnet gjenopplever den traumatiske situasjonen, disorganisert og/eller agitert atferd, innsnevring av lek og følelseliv, sosial tilbaketrekning, regresjon og tap av ervervede ferdigheter (Putnam 1997). Hvis traumet var et seksuelt overgrep, vil man også kunne se seksualisert atferd.

Traumatiserte barn vil ofte ha en evneprofil der de verbale skårene ligger under gjennomsnittet for hele testen. Nevrofysiologisk forskning peker i retning av at traumatiserte og forsømte barn får en overstimulering av de deler av hjernen som regulerer beredskap for kamp/flukt («arousal») og affekter, på bekostning av de delene som styrer den verbale aktiviteten, hukommelsen og systemene for meningsdannelse (se Putnam 1997). Mye tyder på at de nevrofysiologiske endringene er reversible, i alle fall til en viss grad (Putnam 1999).

Forskningsresultatene har konsekvenser for hvilke behandlingsstrategier vi velger. Det blir vesentlig å stimulere barnets symbolskapende og verbale funksjon, å skape mening og sammenheng i de utsattes liv og å skape ro og forutsigbarhet i barnets omgivelser. I tillegg blir det viktig å hjelpe barna å ta i bruk teknikker for å regulere kamp/flukt-beredskap («arousal») og følelser. Tidlig intervensjon er avgjørende.

Enkelte forskere opererer med betegnelsen DESNOS, eller såkalt kompleks PTSD, som innebærer en gjennomgripende endring av personligheten (Herman 1992, Allen 2001). Betegnelsen svarer til effekten av det Terr (1991) kaller type II-traumer. Diagnosen er ennå ikke offisielt etablert. Tilstanden er et utslag av langvarig traumatisering, spesielt i form av barnemishandling i oppveksten. De det gjelder, er preget av gjennomgripende karakterforandringer,

endring i selvopplevelse og relasjoner til andre, forandring av systemet for opplevelse av mening samt fysiologiske endringer. Evnen til å regulere og aktivere følelser er forstyrret, og individet somatiserer, har amnesi for traumene og dissosierer (Shalev og Bargai 1999).

Mange traumatiserte barn får diagnosen ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder). Det er lett å forveksle ADHD-problematikk med symptomer som oppstår på bakgrunn av traumer. Noen ganger er det umulig å skille tilstandene fra hverandre, men noen av tiltakene vil være svært forskjellig dersom barnet er utsatt for overgrep og/eller omsorgssvikt. Kartlegging av hyperaktive barns omsorgssituasjon og samspill i familien er derfor nødvendig.

3.4 *Dissosiasjon*

Filosofen, psykologen og psykiateren Pierre Janet introduserte begrepet dissosiasjon ved århundreskiftet 1800/1900. Dissosiasjon er det motsatte av assosiasjon, altså en oppsplitting. Man snakker både om normal og patologisk dissosiasjon. Det diskuteres hvorvidt det dreier seg om et kontinuum (grader av dissosiasjon fra normal til patologisk), eller om det er kvalitativt forskjellige fenomener (Putnam 1997). I ICD 10 utgjør dissociative lidelser (konversjonslidelser) en egen diagnostisk kategori med mange underkategorier. Ifølge Putnam har dissosiasjonen tre mulige funksjoner:

- automatisering av atferd
- utskillelse og isolering (compartmentalizing) av informasjon og affekt
- endring av identitet og fremmedgjøring fra selvet

Dissosiasjon som begrep inngår altså i en diagnose, det innebærer en beskrivelse av en tilstand, og det betegner en prosess og en forsvarsmekanisme. Et eksempel på normal dissosiasjon og automatisering av atferd er at man kan kjøre bil og være i egne tanker uten bevisst konsentrasjon om det tekniske ved kjøringen.

Ved å dissosiere kan individet beskytte seg mot å bli overveldet og ødelagt av uhandterlige og ekstremt smertefulle (psykiske og fysiske) opplevelser. I stedet for at man lagrer et minne i sin helhet med alle dets ingredienser (syns- og hørselsinntrykk, lukt, kroppssansning, tanke, følelse, handling, mening), splittes det opp i fragmenter som lagres atskilt fra hverandre. Slik slipper individet å forholde seg til helheten i sine opplevelser. Fragmentene kan trenge seg på bevissthetsnivået i form av flashbacks og hallusinasjoner, både i sovende og våken tilstand. Noen ganger kan fragmentene danne utgangspunktet for utvikling av delpersonligheter som kan begynne å leve sitt eget liv. Dette betegnes som en multipl personlighetsforstyrrelse. Den det gjelder, kan plutselig veksle fra en delpersonlighet til en annen uten å være klar over det selv, og uten å huske etterpå hva som har skjedd (se også Putnam 1997). Andre kan

fortelle dem at de har gjort ting som de selv ikke kan kjenne igjen. De som dissosierer, kan også oppleve en splittelse i selvet på en slik måte at de føler at de er utenfor seg selv, eller at de er observatør til egne opplevelser. Dette kalles depersonalisering. Videre kan de oppleve verden som uvirkelig. Dette kalles derealisasjon. Begge tilstander representerer en fremmedgjøring av individets forhold til verden og seg selv og inngår også som et element i PTSD.

Å dissosiere er i mange tilfeller nødvendig for et individ som stadig opplever følelsesmessig uholdbare situasjoner. En dissociativ lidelse gjør imidlertid livet komplisert, uforutsigbart og skremmende. Sammenhenger blir borte, og det skjer mye med individet som det selv og andre ikke forstår.

De aller fleste voksne (85–100 %) med multipel personlighetsforstyrrelse har en traumehistorie bak seg (Putnam 1997). Fysisk vold eller seksuelle overgrep koblet til fysisk vold i oppveksten ser ut til å være de viktigste risikofaktorene i forhold til å utvikle en dissociativ lidelse (Mulder mfl. 1998).

Barn som dissosierer, kjennetegnes ved:

- oppmerksomhetsproblemer, lærevansker, ujevnt kunnskapsnivå og fluktuierende evner
- hyppig dagdrømming
- hyppige episoder med transelignende atferd og amnesi for episoden som utløses av spesielle triggere som minner barna om traumet
- skiftende smak og preferanser
- at de hører stemmer; ser spøkelses om natta
- aggressive utbrudd eller episoder med seksualisert atferd som de ikke husker så mye av
- at de snakker med rar stemme; at de krangler med seg selv; at de har fantasifølgesvenner som kan ta kontroll over barnet
- klare, atskilte identiteter hos enkelte

Mange dissociative barn får diagnoser som ADHD, opposisjonell atferdsforstyrrelse, lærevansker, psykose, epilepsi og manisk-depressiv lidelse. Noen ganger er dette tilstander som eksisterer parallelt med en dissociativ lidelse. Andre ganger dreier det seg om feildiagnose. Tiltak for disse barna må først og fremst inkludere beskyttelse og omsorg. Deretter kan det være behov for psykoterapi. Splittelsen i barnet vil da være et viktig fokus. (se også Silberg 1996, Shirar 1996).

Flere klinikere og forskere (Barach 1991, Allen 2001) legger vekt på sammenhengen mellom tilknytningsmønstre og dissociative tilstander. Barn kan utvikle ulike tilknytningsmønstre i forhold til forskjellige personer, og/eller ulike tilknytningsmønstre til én og samme person når vedkommende er uforutsigbar, skremmende og farlig i ett øyeblikk, og omsorgsfull i neste øyeblikk. I det siste tilfellet kan vi si at barnet får et tilknytningstraume. Barnets

tilknytningsatferd blir disorganisert som en følge av at omsorgspersonen er uforutsigbar. Det traumatiserte barnet vil lett kunne utvikle en dissosiativ alternering mellom ulike tilknytningsmønstre (Allen 2001).

3.5 Forekomst av overgrep i spesielle grupper

En rekke undersøkelser påviser en overhyppighet av selvrapporterte seksuelle overgrep i barndommen i spesielle subpopulasjoner sammenliknet med normalforekomsten. Vi må imidlertid være oppmerksomme på at andre faktorer enn overgrep kan spille en rolle i utviklingen av tilstandsbildet. Årsaks-sammenhengen er derfor ikke nødvendigvis så enkel.

Alle grupper psykiatriske pasienter (se bl.a. Wurr og Partridge 1995) og særlig kvinnelige kronikere og «svingdørspasienter», har en forhøyet forekomst av seksuelle overgrep i oppveksten (Bugge i Boe og Christie 1991, Rypdal 1999). Det er dokumentert at pasienter som har vært utsatt for overgrep i barndommen, oftere enn andre pasienter er suicidale, har lengre sykehusopphold og er yngre ved første innleggelse (Read 1998). Det er høye forekomsttall blant personer med visse typer spiseforstyrrelser, spesielt bulimi, sammenliknet med forekomsttall i normalbefolkningen (Miller 1996, Hernandez 1995, Felitti 1991).

Man finner også til dels betydelig økt forekomst av seksuelle overgrep blant stoffmisbrukere og prostituerte (Tjersland 1995, Borchrevink og Christie 1991), likeledes blant innsatte i fengsel (Mason mfl. 1998, Fondacard mfl. 1999) og blant overgripere, særlig unge overgripere (Watkins og Bentovim 1992, Bentovim 1999). Om forekomst blant overgripere, se kap. 4.

Blant mødre til incestutsatte barn er det en overhyppighet av mødre som rapporterer at de selv har opplevd seksuelle overgrep som barn (Tamraz 1996).

Behandlere og andre som har med disse forskjellige gruppene av mennesker å gjøre, må være klar over at deres klienter kan ha en bakgrunn med seksuelle overgrep. Utredning, behandling og tiltak må ta høyde for dette.

3.6 Kvalitative studier av overgrepsutsatte, to eksempler

3.6.1 Psykiatriske symptomer hos overgrepsutsatte kvinner

Bernadine Ensink (1992) fra Amsterdam studerte symptomer hos 100 kvinner rekruttert gjennom ulike hjelpetilbud, som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. 64 av kvinnene opplevde hallusinasjoner. 50 av kvinnene skadet seg selv. 85 hadde selvmordstanker og 45 hadde forsøkt å ta livet av seg. 38 hadde symptomer forenlig med diagnosen multipl personlighetsforstyrrelse, og en tredjedel av dem opplevde dissosiative fugetilstander (opplevelse av tidstap og at man ikke kan gjøre rede for hva som har skjedd i

et gitt tidsrom). Kvinner med slike symptomer blir ofte feildiagnostisert og behandlet som psykotiske, med svært dårlig resultat.

3.6.2 Kjønsrolleopplevelse hos seksuelt misbrukte menn

Et dybdestudium (Gill og Tutty 1997) av ti overgrepsofsatte menn gir et karakteristisk bilde av hva mange overgrepsofsatte menn føler. Undersøkelsen viste at mennene opplevde at de ikke maktet å leve opp til samfunnets mannsideal, og at de derfor ikke kjente seg som «ordentlige mannfolk». De følte seg mislykkede fordi de opplevde ikke å ha kontroll over sitt liv, og fordi de ikke hadde vært i stand til å beskytte seg selv. De kjente seg skitne eller ødelagte, og de klarte ikke å føle intimitet med en partner i seksuelle situasjoner. Mennene hadde problemer med å etablere og opprettholde nære forhold til andre mennesker. Ingen av dem tvilte på sitt biologiske kjønn eller trodde overgrepene hadde noen sammenheng med deres seksuelle orientering (to var homofile).

3.7 Beskyttelsesfaktorer og mestring (resilience)

Forskjellige forskere har funnet at 20–44 % av ofrene for seksuelle overgrep i barndommen ikke synes å ha noen symptomer, tilpasningsproblemer eller psykiske vansker som voksne (Dufour mfl. 2000). Mens man tidligere var mest opptatt av hva som skader barn, har forskningen i de to–tre siste tiårene også rettet oppmerksomheten mot hva som gjør at enkelte barn tilsynelatende klarer seg godt på tross av store påkjenninger og miljømessig negative faktorer. På engelsk kaller man fenomenet for «resilience», som betyr «elastisk, spenstig». På norsk brukes gjerne ordene «motstandsdyktighet» eller «mestring» som betegnelse på barnets egne indre forutsetninger for å fungere adekvat, mestre stress og gjenvinne likevekten etter å ha vært utsatt for traumer (Dufour mfl. 2000). I tillegg brukes begrepet «beskyttelsesfaktorer» som en fellesbetegnelse på indre og ytre faktorer som påvirker individets reaksjoner på risikosituasjoner i positiv retning. Slik påvirkning kan skje på flere måter: gjennom å kompensere for de negative opplevelsene, gjennom å utfordre barnets mestringsevne og ved at barnet «stålsetter seg» eller blir immun.

Det er uenighet om begrepsdefinisjoner og mange metodologiske problemer i forbindelse med forskningen på dette feltet som vi ikke skal komme nærmere inn på her. Noen stiller imidlertid spørsmålet om motstandsdyktighet primært er relatert til sosial kompetanse. Mange traumeutsatte personer vil oppleve følelsesmessig smerte som de ikke lar gå ut over deres sosiale fungering. Chambers og Belicki (1998) fant signifikant flere søvnproblemer blant personer i en gruppe som hadde vært utsatt for traumer, og som ble ansett som motstandsdyktige (resilient), enn i en gruppe ikke-traumatiserte individer.

Flere variabler er identifisert som personlighetstrekk eller predisponerende (indre) faktorer hos mishandlede, men motstandsdyktige (resiliente) individer.

Heller mfl. (1999) har i en oversiktsartikkel pekt på noen av de viktigste:

- gode utviklede kognitive og atferdsmessige ferdigheter
- sterk selvtillit
- indre forankret kontroll (internal locus of control: en følelse av å ha styring med og kontroll over sitt eget liv)
- evne til å legge skylden for overgrepene utenfor seg selv
- selvkontroll (i betydningen evne til selvbeherskelse eller impulskontroll og til å beskytte seg mot forstyrrelser utenfra)
- «ego-resilience»: dvs. en fleksibilitet som tillater personen å tilpasse seg etter omstendighetene, for eksempel å slippe av på selvkontrollen når det er på sin plass

Waaktaar og Christie (2000) legger vekt på mestring, kreativitet, kontinuitet og fellesskap som viktige beskyttelsesfaktorer. De beskriver et gruppetilbud til traumeutsatte barn, som er bygd opp for å styrke barna i forhold til disse indre og ytre faktorene. For øvrig er kognitive forhold som hvordan personen oppfatter seg selv, verden, overgrepet og overgriperen, svært viktige for den utsattes evne til å klare seg godt. Dette vil følgelig også stå i fokus i behandlingen av overgrepsutsatte barn og voksne.

En beskyttelsesfaktor som synes viktigere enn andre, er en varm og støttende relasjon mellom barnet og minst en av foreldrene. I fravær av støttende foreldre hjelper det med en tilsvarende relasjon til en annen voksen. Videre blir en strukturert skolehverdag og deltakelse i fritidsaktiviteter eller andre former for positive fellesskap regnet som gode beskyttelsesfaktorer (Heller mfl. 1999).



4. Om overgripere

De fleste seksuelle overgrep mot barn begås av menn. Retrospektive undersøkelser indikerer at 5–10 % av alle overgripere er kvinner (se kap.1 og kap. 4.2), og at 30–50 % av alle overgripere er en person under 18 år (Becker mfl. 1988, Ryan 1991). De fleste overgrep begås av en person i barnets familie eller nærmiljø. Det kan være barnets far eller mor, stefar, stemor, bestefar eller bestemor, onkler eller tanter, søsken eller venner av familien. Det kan også være en lærer, trener, ansatt i barnehagen eller fritidsklubben, nabo eller barnevakt. Av og til er det en helt fremmed.

Overgriperne er en heterogen gruppe. De skiller seg sjelden ut med påfallende eller avvikende karaktertrekk. Undersøkelser viser at mange overgripere strever med psykologiske problemer, men at det er stor variasjon i hva slags vanskeligheter de opplever. Voksne som selv har opplevd overgrep, er overrepresentert blant voksne som forgriper seg på barn. Hvor mange overgripere dette gjelder, er vanskelig å fastslå. En del overgripere vil hevde at de har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, for å få sympati (Bullens 1999). Andre vil ikke avsløre sine overgrepserfaringer, enten fordi minnene om overgrepene er for pinlige, de er skjøvet ut av hukommelsen, eller erfaringene er bagatellisert eller definert som noe annet, for eksempel kjærlighet («my mother was just loving me, in the only way she knew how», Saradjian 1997 s. 6).

Et flertall av overgriperne har et sterkt psykisk forsvar og vil regelmessig benekte (delvis også for seg selv) eller bagatellisere sine handlinger. Ved å innrømme overgrep risikerer de tap av sosial status og tap av rettigheter. Så lenge en overgriper vil ha fordel av å benekte overgrep, må vi regne med at han vil gjøre det (Vizard 1994, Mossige 1997).

Noe upresist kalles ofte alle som har begått overgrep mot barn, for pedofile. Det tilslører virkeligheten. Ordet pedofili er opprinnelig gresk og betyr «kjærlighet til barn». Den seksuelle interessen hos den pedofile er rettet mot barn under pubertetsalder. Pedofile oppfattes ofte som barnekjære og ser ut til å ha god evne til kontakt og samvær med barn. Samtidig kan de ha problemer

med å etablere og opprettholde voksne relasjoner. Pedofile opererer ofte i miljøer med nærhet til barn, for eksempel ved lekeplasser eller i svømmehaller. Noen ganger arbeider de i barnehager eller med fritidsaktiviteter for barn. Selv omtaler de gjerne seg selv som barnas venn og en person som tar avstand fra vold og tvang (Kvarnmark og Tidefors Andersson 1999). Det er imidlertid viktig å ha klart for seg at ikke alle med seksuell interesse for barn forgriper seg, og at mange som forgriper seg på barn også er seksuelt tiltrukket av voksne og kan ha voksne seksualpartnere.

Overgrep mot barn kan være sporadisk og situasjonsbetinget atferd eller representere en mer permanent legning hos overgriperen. Noen overgripere blir seksuelt opphisset utelukkende av barn (den klassiske pedofile), mens andre kan vise et seksuelt tenningsmønster overfor både voksne og barn. Mange av dem som føler en sterk seksuell tiltrekning til barn, har hatt denne disposisjonen siden de var i tenårene. Enkelte kamouflerer sin perversjon gjennom aktivt å skaffe seg forbindelser med alenemødre for å få kontakt med deres barn. Noen forgriper seg mot egne barn eller både mot egne og andres barn. En del voksne som forgriper seg mot egne barn (incest), har hatt normale seksuelle relasjoner tidligere og blir interessert i barn som seksualobjekter først i voksen alder. Ofte oppstår den seksuelle kontakten i forbindelse med kriser og problemer i voksenlivet (Kvarnmark og Tidefors Andersson 1999). I disse tilfellene er det ikke uvanlig at overgriperen samtidig har en seksuell relasjon til en voksen.

Mange forskere (særlig amerikanske) har forsøkt, men ikke klart, å lage en profil av «den typiske overgriperen». Overgrep forekommer i alle befolkningslag og kan skje i alle familier. Overgriperen har oftest et velfungerende ytre (Kvarnmark og Tidefors Andersson 1999). Normann (1993) understreker at det er «viktig at vi alle avviser troen på at man kan se hvem som er overgriper, eller at det er noen helt klare kjennetegn. Nettopp det at vi ikke har noen slike klare tegn, gjør arbeidet med avsløring av overgrep så vanskelig».

Tidligere antok man bl.a. at den som forgrep seg på egne barn, ikke begikk overgrep mot barn utenfor familien og at den som forgrep seg på gutter, ikke hadde noen seksuell interesse i jenter, og vice versa. Mossige (1997) viser til nyere forskning og mener det er grunn til å stille spørsmål ved tidligere antakelser. I en undersøkelse av 561 dømte overgripere i USA (Abel mfl. 1988, Abel og Rouleau 1990) fant man at det var ganske uvanlig med bare én parafili (avvikende seksuell legning), og at flertallet av overgriperne hadde hatt flere parafilier. Mossige framholder at noen overgripere forgriper seg på ulike grupper barn, mens andre er svært selektive med hensyn til hvem overgrepet rettes mot.

Finkelhor (1986) hevder at noen avgjørende forutsetninger må være til stede for at overgrep skal skje. Den potensielle overgriperen må kjenne en form for følelsesmessig gjensidighet i forhold til barn og bli seksuelt opphisset

av dem. Videre må overgriperen ha en følelsesmessig blokkering mht. å utvikle en dyp og varig relasjon til en voksen partner («blockage»), og vedkommende må forsere indre sperrer mot å introdusere seksuelle kontakter med barn («disinhibition»).

Overgrep mot barn er sjelden impulsive handlinger. Overgriperens framgangsmåte vil ofte bære preg av planlegging og overveielser. Han eller hun har gjerne arbeidet målrettet i lang tid for å komme i kontakt med et spesielt barn.

Elliot mfl. (1995) beskriver fem strategier overgriperen kan ha for å komme i kontakt med barn:

- å overraske ensomme, ukjente barn
- utvikle en bekjentskapsrelasjon til barnet
- dra nytte av sin yrkesrolle
- bli god venn med foreldrene til barnet
- oppvarte barn i egen familie

Overgriperen velger å forstå det som skjer gjennom sitt eget perspektiv, og konstruerer sin egen virkelighet. Barna tillegges bestemte egenskaper, og overgriperen foretar valg som skaper nye forutsetninger for framtidige handlinger som til slutt leder fram til overgrep (Marlatt i Mossige 1995, Bullens 1999).

I engelskspråklig litteratur brukes ofte begrepet «grooming» for å beskrive overgriperens strategi og den prosessen som settes i gang. Overgriperen manipulerer, overtaler og forfører barnet ved først å opprette kontakt og oppnå tillit. I begynnelsen berører han eller hun barnet på en «uskyldig» måte, deretter blir både språk og berøring gradvis mer seksualisert. Overgriperen tester ut hva barnet tolererer, og prøver også å finne fram til og stimulere erogene soner og framkalle lystfølelser hos barnet. Barnet gjøres på denne måten «delaktig».

Fra overgriperens perspektiv kan det se ut som om alt skjer av seg selv. Dette er et sentralt tema å arbeide med i behandlingen av vedkommende.

De fleste som forgriper seg på barn, kjenner barnet godt. Noen få overgripere er ukjente for barnet. Det kan dreie seg om situasjoner der en ukjent person for eksempel overrumpler barn som er på vei hjem fra skolen, barn som leker på lekeplassen eller i skogen eller lokker barn inn i en bil. Tilnæringsmåten spenner fra å be barnet om hjelp, via å lokke og lure barnet med seg, til rene overfall.

Risikovurderinger er viktig, men vanskelig. De sikreste prediktive faktorene for ny overgrepssatferd er tidligere overgrepssatferd, antall tidligere overgrep og overgrepenes alvorlighet (Mossige 1997). Sannsynligheten for tilbakefall til tidligere atferd er langt høyere for den gruppen overgripere som har blitt dømt for mer enn ett overgrep (Marshall mfl. i Mossige 1997). Disse hadde en tilbakefallsprosent på mellom 33 og 71 målt i nye dommer. Dette må regnes som et underestimat. De som er registrert med bare ett overgrep, hadde en

tilbakefallsprosent på 10–21. Statistiske beregninger indikerer også at menn som begår seksuelle overgrep mot gutter, hyppigere har tilbakefall enn menn som begår seksuelle overgrep mot jenter (Mossige 1997). Høglend og Nerdrum (1999) skiller mellom det de kaller stabile og dynamiske risikofaktorer. Antall tidligere overgrep, omfanget av tidligere kriminalitet, overgrep mot ukjente, homoseksuell pedofili og aldri å ha vært gift eller samboende er faktorer som innebærer signifikant økt risiko for nye overgrep i framtiden. De hevder videre at viten om sosial ustabilitet, rusmisbruk og mulige overgrep i egen barndom også synes å kunne hjelpe oss å forutse nye overgrepshandlinger.

Beckett (2000) har oppsummert hvilke høyrisikofaktorer i forhold til å begå nye overgrep som man kjenner til hos voksne overgripere. De viktigste er mangel på empati for offeret, kognitive vrangforestillinger, å leve i ensomhet, lav selvtillit, avvikende seksuelle interesser (bl.a. seksuell preferanse for barn), å avbryte terapi, lav sosial kompetanse og tidligere kriminalitet.

Med en økende erkjennelse av feltets kompleksitet har man de siste årene også rettet større oppmerksomhet mot grupper av overgripere som i liten grad har vært fokusert tidligere. Disse blir beskrevet i resten av kapitlet.

4.1 Barn og unge som forgriper seg seksuelt

4.1.1 Mangel på fokus og redsel for stigmatisering

Det er stor motstand mot å rette oppmerksomheten mot barn og ungdom som forgriper seg seksuelt. En grunn kan være mangel på kunnskap om hvordan de kan hjelpes. Atferden deres blir ofte bagatellisert og forvekslet med «normal barneseksualitet». Vi lukker øynene og håper de vil «vokse det av seg». Vi er også redde for å at de unge skal få et stempel på seg som det er vanskelig å bli kvitt.

Mange synes det er problematisk å vurdere forskjellen mellom normal seksuell aktivitet og overgrepshandlinger av seksuell karakter. Det er viktig at vi har kunnskap om barns normale seksuelle utvikling slik at vi kan vurdere når barn får eller har en forstyrret seksuell atferd (se kap. 2).

Det er flere grunner til å rette oppmerksomheten mot barn og unge som begår seksuelle overgrep mot andre barn. Barn har begrensede forutsetninger for å forstå og ta ansvar for egne handlinger og er i stor grad prisgitt sitt miljø. Barna har rett til samme hjelp som andre barn med problemer. Dessuten vil hjelp til en ung overgriper bety god forebygging av nye overgrep.

Fagmiljøene diskuterer hvilke begreper vi skal bruke når vi snakker om barn og unge som krenker andre. Det virker lite adekvat å benevne et lite barn som «ung overgriper». For å unngå stigmatisering, bruker vi begrepene «barn med problematisk seksuell atferd», «barn med forstyrret seksuell atferd» eller

«barn som forgriper seg seksuelt på andre barn», når vi snakker om barn opp til puberteten. For ungdom fra puberteten (12–14 år) opp til voksen alder (18–20 år) bruker vi begrepene «ungdom som forgriper seg seksuelt», «ungdom med overgriperatferd» og noen ganger «unge overgripere».

4.1.2 Generelt om barn og unge som forgriper seg på andre barn

En stor andel seksuelle overgrep utføres av barn og unge under 18 år. Størsteparten av disse blir ikke kjent for offentlige myndigheter. Studier fra USA og England viser at barn og unge er ansvarlig for 15–30 % av alle voldtekter og 30–50 % av alle seksuelle overgrep mot barn. Opp til 50–60 % av de som begår seksuelle overgrep som voksne, forgrep seg første gang før de fylte 18 år. I flere store nordamerikanske undersøkelser finner man at de fleste av de unge som forgriper seg, begikk sitt første overgrep før de fylte 15 år, og ca. en fjerdedel av dem begynte før 9-årsalderen. Majoriteten av dem er gutter. Man regner med at ca. 5 % av dem er jenter (Ryan mfl. 1996, Långström 2000a, Finkelhor 1990, Abel mfl. 1987, Becker mfl. 1988, Larsson 2002, Glasgow mfl. 1994). I en amerikansk studie av mer enn 1600 barn og unge som hadde forgrepet seg seksuelt, fant man at gjennomsnittsalderen for dem som forgrep seg, var 14 år. Barna som ble utsatt, var gjennomsnittlig 6 år (Ryan mfl. 1996).

Omtrent dobbelt så mange jenter som gutter blir krenket seksuelt av andre barn eller unge (Ryan mfl. 1996, Kjellgren 1998, Beckett mfl. 2000). I de aller fleste tilfellene er offeret kjent for den som forgriper seg. En større undersøkelse fra England av 303 unge overgripere viste at 38 % av de unge var i familie eller i slekt med offeret, 37 % var venner, naboer eller klassekamerater, 9 % var på samme institusjon, og 16 % var ukjente for hverandre (Beckett mfl. 2000). I to svenske undersøkelser fant man liknende tall (Kjellgren 1998, Svensson 1998).

4.1.3 Risikofaktorer

Det vil ofte være dypereliggende problemer bak overgrepshandlinger fra barn og ungdom. Seksuell vold har sin bakgrunn i et samspill mellom forskjellige biologiske, psykologiske, sosiale, familiemessige og samfunnsmessige faktorer. Ingen risikofaktor alene er nødvendig eller tilstrekkelig for å utvikle en overgriperatferd av seksuell karakter. Traumatisering, seksuelle overgrep i oppveksten, forstyrret tilknytning, avbrudd i omsorgen, omsorgssvikt (for eksempel i form av rusmisbruk hos foreldrene) og det å ha vært utsatt for eller vært vitne til vold i hjemmet er vesentlige risikofaktorer (se bl.a. Bentovim 1999).

Noen barn kan føle en indre tvang til å gjenta en handling de selv har vært utsatt for. Tvangen til gjentakelse er nær knyttet til det å ha blitt utsatt for traumer. Ofte dreier det seg om skrekkopplevelser der barnet ikke kan takle den angsten og redselen som hendelsen har forårsaket. Barn bearbeider ofte

sin redsel og angst ved å gjenta opplevelsen i lek. Mulighetene til en naturlig reparasjon av overgrepsopplevelser av seksuell karakter er begrenset. Barnet kan iscenesette situasjoner som likner på overgrepssituasjonen, og erstatte offerrollen med en mer aktiv rolle. Det kan resultere i seksuelle overgrep mot andre.

Over halvparten av de unge som forgriper seg, har selv vært utsatt for psykiske, seksuelle eller fysiske krenkelsener og/eller har vært utsatt for eller vært vitne til vold i hjemmet (Bentovim 1999).

Jo yngre barnet er når det begår et seksuelt overgrep, jo større er sannsynligheten for at barnet selv har vært utsatt. I to studier av barn med atferdsproblemer av seksuell art (Johnson 1988, Cooper mfl. 1996) fant forskerne at det var betydelig flere seksuelt traumatiserte gutter i den gruppen som viste overgrepsatferd før 7-årsalderen, enn blant dem som var eldre da de forgrep seg den første gangen. Ifølge Larsson (2002) har over halvparten av barna under 13 år og ca. en tredjedel av tenåringene (13–19 år) som begår overgrep, egne opplevelser av å ha blitt seksuelt misbrukt.

I en liten studie av jenter (4–13 år) som hadde forgrepet seg seksuelt, fant Johnson (1989) at alle jentene selv hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. I en undersøkelse av alle jenter i barnepsykiatrisk behandling i Seattle i en fem-årsperiode, fant man et lite utvalg av jenter som hadde forgrepet seg mot andre barn. Alle jentene hadde vært utsatt for seksuelle overgrep, de fleste i lengre tid (McClellan mfl. 1997).

Studier viser også at unge overgripere som selv har vært utsatt for seksuelle overgrep, utsetter flere ofre, og de er mer tilbøyelige til å begå overgrep mot ofre av begge kjønn enn overgripere som ikke selv har vært utsatt for seksuelle overgrep (Becker og Stein i Långström 2000a, Cooper mfl. 1996).

I en forskningsoversikt viser Långström (1999) at mindre enn 10 % av de guttene og jentene som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, er blitt registrert for seksuelle overgrep som *voksne*. Det ser imidlertid ut til å være en forskjell mellom kjønnene når det gjelder tendensen til å utvikle et mer etablert overgrepsmønster. De fleste kvinner som forgriper seg seksuelt (77 % i en undersøkelse av Mathews mfl. 1997), sier de har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. Til sammenlikning viser forskjellige undersøkelser av mannlige overgripere (bl.a. Langevin mfl. 1985, Abel mfl. 1984) at 20–40 % selv har vært utsatt for overgrep. En liknende forskjell ser også ut til å gjelde for barn.

I dag har vi fått mer kunnskap om hvordan traumer og omsorgssvikt forstyrrer og hemmer hjernens utvikling i de tidlige barneårene, og om hvordan hjernen påvirkes positivt når vi bryter onde sirkler (Perry 2000). Dette understreker nødvendigheten av tidlig intervensjon.

4.1.4 *Hva kjennetegner overgrepene og overgriperne?*

Både hos barn og voksne ser det ut til at de grunnleggende drivkreftene bak overgrepshandlinger av seksuell karakter er seksuell opphisselse og lyst og/eller feilkanaliserte behov. Lystopplevelsen kan være vekket før barnet er modent for det. Seksuell opphisselse og lyst er vanligvis blandet sammen med aggresjon, behov for kontroll, dominans og makt, i tillegg til behov for nærhet og berøring (Larsson 2002, Kjellgren 2000).

Statistikk fra Rädda Barnens Pojkmottagning viste at 63 % av en gruppe overgrepsutsatte gutter hadde opplevd overgrep fra unge overgriperere, som inkluderte penetrasjon eller forsøk på penetrasjon. Mer enn en tredjedel av krenkerne hadde brukt fysisk vold (Nyman mfl. 2001). Långström (1999) har studert 56 unge som hadde forgrepet seg mot 88 barn ved totalt 392 anledninger. 80 % av dem hadde begått overgrep som omfattet samleie (analt/vaginalt/oralt) eller forsøk på samleie. 70 % av overgriperne hadde brukt vold eller trusler om vold. Forskere i Oxford (Beckett mfl. 2000) studerte en gruppe med over 300 unge som hadde forgrepet seg seksuelt. 47 % av dem oppga at overgrepet omfattet penetrasjon (oral, vaginal og/eller anal), 30 % oppga at de hadde blitt seg, og 41 % oppga andre typer seksuelle overgrep.

En analyse ved Rädda Barnens Pojkmottagning av 64 tenåringsgutter som hadde forgrepet seg, viste at guttene var krenket tidlig i livet, de ble ofte mobbet, manglet jevnaldrende kamerater og var henvist til å leke med søsken eller yngre gutter i nabolaget. Alt dette hadde gitt dem en følelse av å være utenfor fellesskapet. Man mente at dette hadde bidratt til at guttene hadde utviklet en aggressivitet som de seksualiserte på en uheldig måte (Nyman mfl. 2001).

Andre hyppig forekommende problemer hos unge overgriperere er:

- skoleproblemer. Ryan (1999) fant at majoriteten av de unge overgriperne hadde innlæringsproblemer eller atferdsproblemer i skolen. Långströms undersøkelse (1999) viste at en tredjedel av ungdommene hadde fått spesialundervisning på skolen og omtrent halvparten av dem hadde skolerresultater klart under gjennomsnittet. Forskerne i Oxford (se over) konkluderte med at 29 % av guttene i deres undersøkelse hadde milde eller moderate intellektuelle problemer
- rusmisbruk (15 % i Långströms undersøkelse)
- ikke-seksuelle lovbrudd. Abel mfl. (1987) og Rubinstein mfl. (1993) fant en overhyppighet av andre typer lovbrudd i ungdomsårene blant voksne overgriperere. Også blant en del gutter som begår seksuelle overgrep mot barn, er dette en del av et mer omfattende og kriminelt mønster. En stor undersøkelse fra USA med mer enn 1600 unge som forgrepet seg, viste at 63 % av de unge hadde begått ikke-seksuelle lovbrudd på et tidligere tidspunkt (Ryan mfl. 1996). I en svensk undersøkelse fant man at halvparten av de unge som forgrepet seg, tidligere

hadde blitt dømt for ikke-seksuelle lovbrudd som skadeverk og mishandling (Långström 1999)

- atferdsproblemer, i form av omfattende krenkelser av andre av ikke-seksuell karakter, aggressiv og destruktiv atferd eller bedrageri. Dette er hyppig forekommende hos 50 – 90 % av de unge (Dolan mfl., Richardson mfl., Shaw mfl., alle referert i Långström 2000a, Beckett 2000)

Mange av de unge i Långströms undersøkelse (1999) hadde tidligere vært i kontakt med hjelpeapparatet.

4.1.5 Overgrep mellom søsken

Et område som lenge har vært ignorert, er seksuelle overgrep mot søsken. Sakene havner sjelden i offentlighetens søkelys. Omfanget er usikkert, og skadene har blitt oversett. Foreldrene kommer i en svært spesiell situasjon. De vil ofte benekte overgrepene, selv om det foreligger tydelige bevis. Mange profesjonelle hjelpere har også en tendens til å bagatellisere søskenovergrep (Kjellgren 1997, Becker 1986, O'Brien 1989).

Undersøkelser som har vært utført de siste 20 årene, viser at vold mellom søsken er den vanligste formen for familievold. Søskenincest foregår oftest mellom eldre brødre og yngre søstre (Caffaro og Conn-Caffaro 1998). De traumatiske ettervirkningene kan være store, ikke minst fordi overgrep mellom søsken ofte blir oppfattet som en del av barns naturlige lek og eksperimentering og/eller blir bagatellisert. Når overgrepene avdekkes, vil barnet ofte oppleve en dobbel traumatisering. Familien splittes i to, noen tar parti for offeret, andre støtter «overgriperen». Mange barn som utsettes for søskenovergrep, er også utsatt for omsorgssvikt og/eller fysiske eller psykiske overgrep fra foreldrene (Caffaro og Conn-Caffaro 1998, O'Brien 1989). Psykisk omsorgssvikt og grenseløshet i familien bidrar til å berede grunnen for søskenincest.

O'Brien (1989) fant i en undersøkelse av 170 unge overgripere at 50 gutter (29,4 %) hadde forgrepet seg på sine egne søsken. Disse overgrepene viste seg å ha foregått over lang tid og var av svært alvorlig karakter. Nesten halvparten av søskenovergrepene (48 %) omfattet analt eller vaginalt samleie. Mer enn tre fjerdedeler av guttene forgrep seg på søsken under 9 år. Nesten halvparten av guttene var selv seksuelt misbrukt. Det viste seg at i 22 % av familiene forekom det andre former for incest. Påfallende mange av foreldrene hadde selv vært utsatt for seksuelle overgrep.

4.1.6 Å utvikle en overgriperkarriere/risiko for tilbakefall

Når et barn eller en ungdom forgriper seg første gang, kan det være begynnelsen på en lengre overgriperkarriere. Becker og Kaplan (1988) ser for seg tre mulige utviklingsveier etter at et barn eller en ungdom har begått sitt første overgrep:

- blindveien (engangstilfelle, skjer ikke igjen)
- en kriminell vei (fortsetter med seksuelle overgrep og andre lovbrudd)
- en vei med avvikende seksuell interesse. Ungdommen begår fortsatt seksuelle overgrep og utvikler et parafilt (avvikende) seksuelt tenningsmønster

I en svensk undersøkelse av 56 unge overgripere hadde 65 % av dem blitt dømt for nye lovbrudd og 20 % for nye seksuallovbrudd innen en periode på 4–5 år etter avsluttet straffeforfølgelse (Långström 2000b).

Richard Beckett (Erooga og Masson 1999) har foreslått noen kriterier på bakgrunn av alderen til ofrene som kan være høyrisikofaktorer i forhold til å begå nye overgrep. Dersom offeret er jevnaldrende med eller eldre enn den som forgriper seg, vil det være høyere risiko for nye overgrepshandlinger hvis den som krenker, har:

- gjort seg skyldig i andre kriminelle handlinger
- vist atferdsproblemer i barndommen
- en antisosial atferd som for eksempel skoleskulk, aggressivitet og høy impulsivitet i tenårene
- opplevelser av alvorlig følelsesmessig forsømmelse i løpet av oppveksten

Hvis offeret er et yngre barn, vil risikoen for nye overgrep øke hvis den som krenker, har:

- begått seksuallovbrudd på et tidligere tidspunkt
- uttalt at han eller hun er seksuelt interessert i barn
- en høy grad av kognitiv forvrengning
- dårlig sosial kompetanse
- egen erfaring med omfattende fysisk mishandling i løpet av oppveksten

4.1.7 Utredning og behandling

Når det ser ut som om et barn eller en ungdom har forgrepet seg på andre barn, må hjelpeapparatet raskt gjøre en vurdering av situasjonen. Hvis det ikke dreier seg om naturlige, jevnbyrdige forhold, må hjelpeapparatet ta hendelsen alvorlig slik at de som krenker andre barn seksuelt, og de som blir utsatt for slike overgrep, får tilbud om støtte og hjelp.

Målsettingen med behandlingen av unge overgripere er å stoppe overgrepene, forhindre at nye barn blir utsatt for overgrep, og å stoppe den utviklingsprosessen som for noen barn fører til at de selv utvikler en mer permanent overgriperatferd. Forskning viser at unge som krenker andre, erkjenner skyld dobbelt så ofte som voksne når de blir oppdaget og konfrontert med de seksuelle overgrepene (Martens 1991, Svensson 2000). Å erkjenne overgrepene forbedrer muligheten til behandling.

4.1.7.1 Kartlegging/utredning

Før vi går i gang med behandlingen av et barn eller en ungdom som forgriper seg seksuelt, må overgrepshandlingen(e) og den unges situasjon og behov utredes grundig. Vi kan ikke vurdere alvorlighetsgraden i den unges atferd før vi har gått i nær dialog med ham eller henne. For å kartlegge hendelsesforløpet har man i flere land valgt å la politiet avhøre ungdommer, også dem som er under kriminell lavalder, før barneverntjenesten og behandlingsapparatet går videre med sitt arbeid. På denne måten får den unge en tydelig reaksjon fra samfunnet. Avhøret kan gi viktig informasjon både til dem som skal behandle den unge, og til dem som skal behandle det utsatte barnet.

Utover en generell kartlegging er det viktig å foreta en seksuell kartlegging ved å be ungdommen «fortelle om»:

- når han eller hun fikk vite noe om sex og av hvem
- hvordan det «seksuelle klimaet» er hjemme
- hva slags erfaringer han eller hun har med seksuelle leker i førskole- og skolealder
- hvordan han eller hun reagerer på seksuelle handlinger mellom personer av samme kjønn og motsatt kjønn
- hvilke seksuelle fantasier han eller hun har
- hva han eller hun «tenner på», osv.

Dette bør ikke skje ved hjelp av avhørsliknende spørsmål. Man må også kartlegge overgrepets karakter. Hva utløste handlingen? Var det planlagt? Hvilke følelser hadde og har ungdommen i forhold til overgrepet? Man må videre kartlegge ungdommens empatiske evner og undersøke hvordan aggresjon og sinne kommer til uttrykk hos den unge.

4.1.7.2 Behandling

I dag finnes det svært få kontrollerte studier vedrørende effekten av behandling av unge overgripere. Samtidig finnes det mange behandlingsprogrammer i en rekke land. Fagfeltet trenger en systematisk evaluering av hvordan forskjellige behandlingsformer bidrar til å forebygge tilbakefall.

Innenfor fagfeltet arbeider man først og fremst etter to hovedlinjer. Internasjonalt har behandlingsprogrammer fått stor utbredelse der den unge tilbys kognitiv atferdsterapi i kombinasjon med en bred tilnærming i forhold til samarbeid med familie, nettverk og skole. Behandlingen er innledningsvis fokusert på problematferden til den unge med det uttalte målet å stoppe overgrepene. Terapien går konkret ut på å hjelpe de unge til å forstå at de har et problem ved at de skader andre, til å ta kontroll over livssituasjonen sin og til å få tak i og styrke egne ressurser. Behandlingen inkluderer individuelle tiltak for å minske benektning, påvirke tanker og holdninger hos den unge, gi sosial trening og trene impulskontrollen. Det blir viktig for den unge å finne

alternative måter å håndtere aggresjon og sinne på. Han eller hun må bli kjent med sine egne signaler slik at det blir lettere å stoppe seg selv når vedkommende er i ferd med å gå over streken.

Det er viktig å kombinere behandlingen med egnede tiltak på skolen og å arbeide strukturert med den unges familie. Behandlingen blir tydelig styrt av terapeuten og har vesentlige innslag av undervisning og feedback. Behandling av den unges traumer anses som noe sekundært og tas opp seinere i behandlingsforløpet. Se også Johnson (1990), Bullens og Hendriks (1997), Bentovim og Williams (1998).

Den andre hovedlinjen i behandling av unge overgripere er psykodynamisk. Her fokuser behandleren først og fremst på den unges egne erfaringer. Den enkeltes problem ses på som et uttrykk for uløste indre konflikter som på forskjellige måter må synliggjøres og tolkes for å øke den unges forståelse av seg selv og sine problemer. Barna trenger hjelp til å forstå og integrere følelser og tanker som er forbundet med egne opplevelser av fysiske, seksuelle og psykiske overgrep, forsømmelse, svik, ensomhet, separasjoner og død (se bl.a. Hildebrand og Gregersen 1994). Også i den psykodynamiske modellen legger man vekt på at barnet opparbeider en positiv følelse i forhold til seg selv og videreutvikler egne ressurser.

Tendensen internasjonalt har gått i retning av å utvikle modeller som kombinerer begge behandlingsretningene. Å arbeide med nettverk, skole og fritid vurderes som svært viktig i de fleste modellene. Et eksempel på en integrert modell finner vi ved Rådta Barnens Pojkmottagning (Nyman mfl. 2001).

Betydningen av den unges motivasjon for behandling er omdiskutert. Erfaringer fra utlandet tyder på at et ytre press kan være nødvendig for å få til en behandlingskontakt med en ung overgriper. Det kreves tydelige grenser og faste strukturer. Erfaringer fra BUP-Elefanten i Linköping (Larsson 2002) tilsier at ungdommen ikke trenger å være motivert når han eller hun begynner i terapi på poliklinikken. En viktig oppgave for behandleren er å skape en indre motivasjon hos den unge, bl.a. gjennom å tydeliggjøre hva han eller hun har å vinne ved å delta i behandlingsprosessen. Larsson og andre understreker at det er viktig at den unge risikerer sanksjoner, for eksempel fengselsstraff, hvis han eller hun ikke gjennomfører eller avbryter behandlingsopplegget. For mange unge er en slik «negativ motivasjon» nødvendig, spesielt i innledningsfasen. I flere land kan dommen gjøres betinget hvis den unge går inn i et behandlingsopplegg.

Internasjonale erfaringer viser at gruppebehandling av barn og unge kan være en effektiv metode. Dette gjelder både yngre barn og tenåringer. Gruppen har fordeler som familierapi og individualterapi ikke har. De unge opplever bl.a. at andre har de samme problemene som dem selv, og dette minsker ensomhetsfølelsen. De andre representerer også et viktig korrektiv dersom ungdommene tyr til bagatellisering og ansvarsfraskrivelse.

Gruppeterapi passer imidlertid ikke for alle. Særlig kan gutter med utagerende atferd og manglende impulskontroll og gutter med psykopatiske trekk være vanskelige å håndtere i en gruppe. Gruppebehandling kan være en lang prosess. Derfor må gruppesammensetningen vurderes nøye. Ikke alle behandlingssteder kan tilby gruppebehandling da det forutsetter tilgang på et visst antall pasienter.

Familiens behov for støtte er stort. Vanlige reaksjoner i familien er «sjokk», paralysering og skyldfølelse. Familiemedlemmene føler seg nedverdiget, mislykkede og kraftløse. Familien kan også reagere med aggresjon og ta avstand fra sitt eget barn (krenkeren) eller reagere med fornektelse og sinne overfor den som beskylder deres barn for overgrep.

Jo yngre barnet er, jo mer legger behandleren vekt på å skape trygghet og sikkerhet, og på det å lære barnet å håndtere følelser og å lære alternativ atferd. Yngre barn er mer følsomme og opplever lettere skam og skyld. Barna trenger konkrete og pedagogiske opplegg. Det er viktig å finne alternative former for kommunikasjon som barnet behersker bedre enn verbale uttrykksformer. Terapeutisk arbeid med mindre barn som har forgrepet seg på andre barn, er beskrevet bl.a. av Bentovim og Williams (1998), Johnson (1991), Svensson (1998) og Larsson (2002).

Noen barn har ikke det nettverket og den støtten de trenger for å delta i et behandlingsopplegg fordi foreldrene verken kan beskytte den unge eller eventuelle søsken og andre barn i nærmiljøet mot nye overgrep. Da kan det være nødvendig å plassere den unge i fosterhjem eller på institusjon. Fosterhjemsplassering kan være hensiktsmessig, spesielt for barn som ikke har for omfattende problemer. Sannsynligvis finnes det et begrenset antall fosterhjem som har tilstrekkelig med ressurser og kunnskap til å ivareta denne gruppen barn. Det kreves ofte en institusjon med spesialutdannet personale og et gjennomtenkt behandlingsprogram for å kunne møte de utfordringene som de mest problembelastede unge overgriperne representerer. Behovet for slike institusjoner er stort, men det er få aktuelle behandlingsplasser å oppdrive.

Familien eller de foresatte, for eksempel fosterforeldre eller institusjonspersonell, blir svært viktige samarbeidspartnere når behandlingen skal planlegges. Ofte er det aktuelt med en behandlingstid på over to år. Når man skal plassere en ungdom med overgriperatferd, må man ta hensyn til følgende:

- overgriper og offer må ikke plasseres på samme institusjon eller i samme fosterhjem
- en overgriper må ikke plasseres i et hjem der det er mindre barn
- ungdom med aggressiv seksuell atferd bør ikke plasseres sammen med tilbakeholdne eller forsagte overgripere

4.2 *Kvinner som forgriper seg seksuelt på barn*

4.2.1 *Hvor vanlig er overgrep fra kvinner?*

Overgrep fra kvinner blir sjelden avdekket. Undersøkelser om bl.a. omfang av seksuelle overgrep vitner likevel om at de finnes. I undersøkelsen til Sætre mfl. (1986) utgjorde kvinner 9–10 % av alle overgriperne. Ved Folkehelsas undersøkelse (Tambås 1994) oppga 90 % av de som deltok at overgriperen var en mann, mens 5 % oppga at overgriperen var en kvinne og ytterligere 5 % oppga at overgriperne var personer av begge kjønn. Svarprosenten var imidlertid lav i denne undersøkelsen (37 %). Tallene i begge undersøkelsene er basert på svar på spørreskjemaer. De tilsvarer tall fra en rekke andre prevalensundersøkelser. Finkelhor (1994b) anslår at ca. 5 % av dem som har forgrepet seg på jenter, og ca. 20 % av dem som har forgrepet seg på gutter, er kvinner. Noen undersøkelser av menn som har blitt utsatt for overgrep i oppveksten, angir en høyere andel overgrep fra kvinner. Etherington (1995) refererer en undersøkelse av to utvalg av menn i college fra to forskjellige regioner i USA der henholdsvis 78 og 72 % av overgriperne skal ha vært kvinner. Hun omtaler også andre omfangsundersøkelser der gjennomsnittlig 40–50 % av de som forgrepet seg på gutter, var kvinner (om svakheter ved selvrapporтерingsundersøkelser, se kap. 1).

4.2.2 *Hvorfor oppdages overgrep fra kvinner så sjelden?*

Det er et tabu i samfunnet forbundet med å se seksuelle overgrep mot barn generelt, og overgrep utført av kvinner spesielt. Vår kulturelt betingede oppfatning av kvinner som omsorgsfulle og ivaretagende, som seksuelt passive, om at de ikke seksualiserer relasjoner og om at de ikke er aggressive og makt-syke, gjør dette tabuet enda sterkere (Plummer i Davin 1999, Elliott 1993). Mange prøver å bagatellisere overgrep fra kvinner og tror at slike overgrep ikke er like brutale, alvorlige eller skadelige som overgrep utført av menn.

Kvinner kommer lett i kontakt med barn fordi de ofte er omsorgsgivere. Kvinnen regulerer innholdet i omsorgsrelasjonen og kan definere et eventuelt overgrep som en omsorgshandling overfor barnet. Barnet, på sin side, kan tolke eller velge å forstå et overgrep som omsorg. Overgrep fra kvinner blir derfor ikke så lett avslørt. De foregår oftest innenfor familien, og iblant er kvinnen eneste omsorgsgiver. Dette minsker sjansene for at overgrepene blir avdekket (Etherington 1995).

Miletski (1995) har gjennomgått litteratur som dreier seg om mor-sønnincest. Forfatteren nevner flere grunner til at overgrep fra mødre ikke blir erkjent og rapportert. Overgrepet kan være fortrent eller benektet, det kan være forbundet med skam å fortelle om det, eller den utsatte forbinder ikke det han eller hun har opplevd, med seksuelle overgrep.

De som er utsatt for overgrep fra kvinner regner ofte med at de ikke vil bli

trodd. Terapeuter stiller ikke adekvate spørsmål om det. Tabuet hindrer kvinnelige overgripere selv å innrømme sine overgrep (Saradjian 1997).

4.2.3 Hva gjør kvinner når de forgriper seg på barn?

Støttesenter mot incest i Oslo opprettet i 1993 en gruppe der 21 kvinner som hadde vært utsatt for kvinnelige overgripere, deltok (Lind 1995). Overgriperen var i de fleste tilfeller den utsattes mor, eventuelt i kombinasjon med andre. Overgrepshandlingene kvinnene fortalte om, spente fra amming av barn som er for store, til innføring av gjenstand i kroppens hulrom og tvang til sex med hund. Flere av kvinnene som hadde blitt utsatt for overgripere av begge kjønn, fortalte at det var følelsesmessig mye vanskeligere å snakke om overgrep fra kvinner enn overgrep fra menn.

Faller (1995) studerte 72 kvinner som hadde forgrepet seg på barn, ved en klinikk for utredning av overgrepssaker og behandling av overgrepsutsatte barn og deres familier i Michigan. Kvinnene utgjorde 15,3 % av alle overgriperne i sakene ved klinikken. Overgrepene dreide seg hovedsakelig om genital kontakt. 15 av 72 kvinner hadde hatt oral sex med barna, 17 hadde hatt samleie med dem, og i 15 saker hadde kvinnene utnyttet barn i prostitusjon og pornografi.

I tillegg til overgrep som omfattes av straffeloven, vil overgrep fra kvinner kunne dreie seg om forskjellige former for invasjon av barnets private sfære. Eksempler på dette er når omsorgsgivere er overdrevent opptatt av og maser på barnet mht. barnets avføringsfunksjon, bruker klyster på barnet uten at det er grunn til det, bader sammen med eller vasker barnet når det er utidig med hensyn til barnets alder og fungering, tvangsmessig vasker guttens forhud, eller har en annen atferd der den voksne bruker barnet for å tilfredsstille egne seksuelle eller erotiske lyster. Andre måter å forgripe seg på er å presse barnet inn i en kjønnsrolle som strider mot barnets biologiske kjønn, som forsøk på å hindre eller skjule pubertetsutviklingen ved for eksempel å snøre inn bryster. Noen forsøker å pådytte barnet en overgrepshistorie som ikke har grunnlag i virkeligheten (Saradjian 2001). Dette er også en form for overgrep.

4.2.4 Hva karakteriserer kvinner som forgriper seg seksuelt på barn?

Kvinner som forgriper seg på barn, utgjør en heterogen gruppe. Beskrivelser av personer eller grupper med kvinnelige overgripere varierer etter hvem og hvordan man spør, hvor man ser etter dem, og hva man spør etter.

4.2.4.1 Forskeres kategoriseringer

Flere forskere har laget kategorier for å studere karakteristika og forskjeller mellom kvinnene i de ulike kategoriene (Faller 1995, Saradjian 1997). Noen kategorier tar utgangspunkt i hvem som er ofre; små barn, ungdom i eller over puberteten, eller om de er i eller utenfor familien. Andre kategorier baserer seg på om kvinnene forgriper seg alene, eller sammen med andre.

Enkelte kvinner er fra familier med flere overgripere og flere ofre, og noen deltar (i tillegg) i produksjon av barnepornografi og/eller i prostitusjon. For øvrig grupperes gjerne kvinnene etter følgende karakteristika:

- om de er mødre, og i så fall om de er enslige, gifte eller skilte med samvær
- om de har en annen omsorgsrolle overfor barna (profesjonelt eller på fritiden)
- om de er jenter i puberteten

4.2.4.2 Utsattes beskrivelser

Rapporten fra Støttesenter mot incest (Lind 1995) inneholder bl.a. kvinners beskrivelser av sine overgripere, oftest sine egne mødre. De forteller bl.a. om kontrollerende og selvrettferdige mødre med et negativt syn på kvinner, med forakt for svakhet, med mangel på medfølelse, og med en eller annen form for psykisk ubalanse, inkludert rusatferd.

4.2.4.3 En gruppe innsatte kvinner

Davin (1999) har intervjuet og testet 76 kvinner i USA som sonet dommer for seksuelle overgrep mot barn. Hun fant at de fleste av dem hadde opplevd fysiske og psykiske overgrep i barndommen, først og fremst fra mødre. De fleste hadde også blitt utsatt for seksuelle overgrep fra menn. Kvinner som foregrep seg sammen med andre, hadde samlet sett blitt mishandlet oftere og mer alvorlig enn overgripere som opererte på egen hånd. De var imidlertid sjelden preget av alvorlig psykisk lidelse. De som opererte på egen hånd, hadde opplevd alvorligere seksuelle overgrep før fylte 10 år. Forekomsten av alvorlig psykisk lidelse eller forstyrrelse var stor i denne gruppen.

4.2.4.4 Et klinisk materiale

I sin undersøkelse av de 72 kvinnene som foregrep seg på barn, fant Fallér (1995) at over halvparten av kvinnene var mor til minst ett av ofrene. De øvrige var bestemødre, stemødre/fars kjæreste og familie eller naboer. 15 mødre hadde foregret seg alene. Det dreide seg om ti enslige mødre, to mødre med samvær og tre mødre i intakte ekteskap. Litt under en tredjedel av kvinnene var i en profesjonell rolle overfor barna. Fire av disse var profesjonelle omsorgsgivere og foregrep seg på egen hånd. De var svært engasjert i arbeidet sitt og hadde lite sosialt liv utenom. Medianen for alle kvinnene var to ofre, men gjennomsnittet var 4,5. Ca. halvparten av kvinnene hadde både gutter og jenter som ofre. 40 % foregrep seg bare på jenter, 11 % bare på gutter.

28 kvinner levde i «polyincestuøse» familier, dvs. familier med flere overgripere og flere ofre. I seks familier ble barna i tillegg utnyttet i pornografi og prostitusjon. Fire av overgriperne var jenter i puberteten. 15 kvinner deltok i

noe som så ut til å være overgrep i en rituell kontekst.

En tredjedel av kvinnene hadde en historie med en eller annen form for psykisk sykdom. En femtedel var mentalt tilbakestående, halvparten misbrakte eller hadde misbrukt rusmidler. I de fleste tilfellene var de seksuelle overgrepene kombinert med en eller annen form for omsorgssvikt. Noen av kvinnene kan ha blitt tvunget inn i overgrepshandlinger av sine mannlige partnere.

4.2.4.5 En gruppe studenter

I en artikkel kalt «Hidden perpetrators» (skjulte overgripere) beskriver Fromuth og Conn (1997) en studie av 546 kvinnelige collegestudenter mellom 17 og 21 år fra et universitet i sørøstre del av USA. Studentene besvarte skjemaer med spørsmål om de selv hadde involvert barn (definert som en person minst 5 år yngre enn dem selv) i seksuelle handlinger, og om de selv hadde vært utsatt for overgrep som barn (av en person minst 5 år eldre enn dem selv). Undersøkelsen kartla også psykisk helse og visse oppvekstvilkår. Hvis kvinnen var i alderen 13–16 år da hun opplevde overgrep, måtte overgriperen være minst 10 år eldre for at hun skulle inkluderes i gruppen av utsatte kvinner.

22 (4 %) av kvinnene fortalte om minst én handling fra deres egen side som tilfredstilte kriteriene for seksuelle overgrep mot barn (kyssing og klemming på en seksuell måte, beføling, samleie, oral-genital kontakt, krav om eller invitasjon til å gjøre noe seksuelt, blotting eller forslag om at barnet skulle blotte seg). De fleste av jentene (89 %) var mellom 10 og 14 år da de utførte den seksuelle handlingen, og de utsatte var fortrinnsvis småbrødre mellom 5 og 7 år. Det dreide seg for det meste om engangstilfeller og om berøring av kjønnsorganer. Oral-genital kontakt eller samleie utgjorde en fjerdedel av overgrepshandlingene. Få av kvinnene betraktet det de hadde gjort, som seksuelle overgrep.

De fleste av jentene som hadde forgrepet seg (77 %), hadde bak seg minst én hendelse som kan defineres som seksuelt overgrep. I motsetning til disse var det 28 % som hadde hatt slike opplevelser blant jentene som ikke hadde forgrepet seg. Bare 35 % av de som hadde forgrepet seg, og som selv hadde opplevd seksuelle handlinger, *oppfattet* seg imidlertid som misbrakte.

18 % av de som hadde forgrepet seg, uttrykte en vedvarende seksuell interesse for barn, mot 5 % i ikke-overgripergruppa (6 % totalt). Forskerne fant ingen forskjell i psykologisk tilpasning (målt med et spørreskjema) mellom kvinnene som hadde utført seksuelle handlinger mot barn, og kvinnene uten slik erfaring.

Man kan spørre i hvilken grad enkelte av handlingene som ble beskrevet i artikkelen, representerer overgrep av betydning, og om det var riktig å karakterisere jentene som utførte disse som overgripere.

4.2.5 *Uheldige konsekvenser av å være misbrukt av kvinner*

Det er vanskelig å finne statistiske data som er representative for befolkningen som helhet og som beskriver menns og kvinners særskilte problemer når de har blitt misbrukt av kvinner. Det finnes imidlertid en del dybdeintervjuer og undersøkelser av spesielle populasjoner.

4.2.5.1 *Kvinner misbrukt av kvinner*

En rekke undersøkelser dokumenterer at utsatte kvinner ser ut til å ha ekstra store problemer når de har vært utsatt for overgrep fra kvinner (Saradjian 2001, Lind 1995). Temaer som går igjen i flere studier, er problemer med egen identitet og å skille mellom seg selv og mor (følelse av å ikke ha noen mor og samtidig ha mor med over alt, være i mors makt, ikke ha noen egen identitet, frykt for å ha overtatt mors overgripers natur). Kvinnene mangler gjerne positive kvinne/mor-forbilder. Flere av kvinnene i Linds gruppe ble forvirret over hvilke signaler de sendte ut til andre kvinner, ettersom de ofte ble oppfattet som lesbiske og utsatt for tilnærmelser eller tvang fra andre kvinner.

I Linds materiale kom det også fram at noen kvinner valgte å ikke få barn. Andre hadde problemer med å ha fysisk kontakt med egne barn, og flere hadde angst for å misbruke dem.

Seksuelle problemer og seksualisering av relasjoner, inklusive en sammenblanding av omsorg og seksualitet, er et annet problemområde hos disse kvinnene. Dette hører man også om i forbindelse med utsatte gutter og overgrep fra menn.

Kvinnene vil videre ha en tendens til å føle mistillit til alt og alle. Følelsen av maktesløshet er uttalt, ofte fordi det er vanskelig å nå fram med ens egen overgrepshistorie. Mange blir møtt med vantro, og det er stor sannsynlighet for at kvinnene vil dissosiere eller fortrenge opplevelsene sine.

4.2.5.2 *Menn misbrukt av kvinner*

Fem prosent av mennene i Sætres mfl. (1986) undersøkelse, definerte overgrepene de hadde blitt utsatt for som interessante eller positive. Disse overgrepene var utført av kvinner. Samtidig som dette kan reflektere reelle opplevelser hos flere, ser det ut til at menn i stor grad benekter eller bagatelliserer overgrep kvinner har utsatt dem for (Saradjian 2001). Kulturelle koder som romantiserer forholdet mellom eldre kvinner og yngre gutter, kan ha preget oppfattelsen av slike hendelser og overskygget andre følelser og reaksjoner knyttet til overgrepet (Sætre 2001).

Undersøkelser av spesielle populasjoner går i retning av at overgrep fra kvinner, spesielt mødre, representerer et betydelig problem for de utsatte. Bentovims studium (1999) av seksuelt misbrukte gutter antyder at overgrep fra en kvinne, i større grad enn overgrep fra menn, øker risikoen for at gutten

utvikler overgriperatferd. Et studium av 83 menn som var dømt for voldtekt mot kvinner, viste at 59 % av dem selv hadde blitt seksuelt misbrukt av kvinner. I de fleste tilfellene (82 %) handlet det om samleier (Petrovich og Templar 1984).

Kasl (1990) beskriver opplevelser og oppfattelser hos *mannlige seksuelle overgripere* som har blitt misbrukt av kvinner. Mannen kan tro at han har tiltrukket seg mors eller kvinnens seksuelle interesse, og føler skam og skyld for dette og for at han har følt seg opphisset, fått ereksjon eller følt begjær etter sin egen mor. Han kan ha overdreven tro på egen maskulinitet og kan innbille seg at han har vært spesielt utvalgt og attraktiv. Han kan tro at det hele er normalt, og forbli i et «kjærlighetsforhold» til sin mor eller eldre elskerinne samtidig som han misbruker egne barn. På den andre siden kan han ha en følelse av å ikke være verdt noe og føle seg brukt, misbrukt, elsket og forkastet, såret og forlatt. Han kjenner frykt og usikkerhet, eller et raseri han ikke forstår. Forholdet til kvinner er preget av konflikt og ambivalens. Han kan utagere raseri, frustrasjon og sårhet gjennom voldtekt, kvinnemishandling og annen kriminell atferd.

4.2.6 *Oppsummering og avslutning*

Omfanget av overgrep fra kvinner er ukjent og tabubelagt. Det er imidlertid rimelig å anslå at hver 5. – 10. overgriper er en kvinne. Det er usikkert i hvilken grad kvinnelige overgripere har problemer med egen psykisk helse. Unge jenter som har forgrepet seg på et yngre barn som en engangsforeteelse, synes ikke å skille seg ut fra normalbefolkningen i forhold til psykisk helse. De kvinnene med et mer etablert overgrepsmønster som blir avslørt, og som forgriper seg alene, preges i stor grad av problemer med rusmisbruk, dårlig psykisk helse og/eller psykisk utviklingshemning. En stor prosentandel av kvinnene som forgriper seg, har selv vært utsatt for seksuelle og/eller andre overgrep. Overgrep fra kvinner i en morsrolle ser ut til å gi de mest alvorlige ettervirkningene.

Når en mor er overgriper, er hun ofte barnets eneste omsorgsperson, eller hun forgriper seg sammen med ektefelle, samboer eller venn. Barnets relasjon til foreldren(e) vil da preges av overgrepene på en annen og mer dyptgripende måte, enn hvis overgriperen er en person utenfor familien eller en far med samvær. Hele barnets verden vil da gjennomsyres av handlinger og holdninger som underminerer utviklingen av barnets identitet og følelse av egenverdi.

Det er ingen grunn til å bagatellisere overgrep fra kvinner, verken når det gjelder forekomst eller skadevirkninger. Behandlere og andre i hjelpeposisjoner må være oppmerksomme på at både kvinner og menn kan ha denne typen overgrepserfaringer, for å kunne yte god nok hjelp.

5. Barn i risikozonen

Alle barn *kan* bli utsatt for seksuelle overgrep. Mange opplever aldri overgrep, mens forekomsten av overgrep er høyere innenfor visse grupper barn. Funksjonshemmede barn er en slik gruppe (Kvam 1995). En annen gruppe barn i risikozonen er enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger. De representerer en gruppe barn som gjennomgående har opplevd en rekke traumatiske hendelser i hjemlandet og/eller under flukt. Mange av dem har vært utsatt for grove voldsovergrep som for eksempel seksualisert vold/voldtekt. (Barne- og familiedepartementet 2001). Andre eksempler er barn av rusmisbrukere, barn av foreldre med alvorlige psykiske lidelser, barn i voldelige familier, barn med en mangelfull tilknytning til foreldrene (se div. referanser i Svedin 2000b) og barn av mødre som selv har blitt misbrukt seksuelt i barndommen (Oates mfl. 1998, McCloskey og Bailey 2000). Disse barna vil ofte ha foreldre som ikke klarer å prioritere barnas behov og/eller å beskytte dem tilstrekkelig. Det betyr ikke nødvendigvis at foreldrene forgriper seg, men manglende beskyttelse kan gjøre barna mer sårbare for overgrep fra andre, i eller utenfor familien (Killén 1999). I slike familier vil man også relativt hyppig kunne se grenseoverskridende atferd fra foreldre, også på det seksuelle området.

5.1 *Seksuelle overgrep mot barn med funksjonshemning*

Det er sparsomt med forskning vedrørende seksuelle overgrep mot barn med funksjonshemning. Redd Barna har gitt ut en rapport om dette (Kvam 1995). Her har forfatteren gått gjennom internasjonal forskning. Tross svakheter i de forskjellige forskningsartiklene ser det ut til at vi kan anslå at barn med funksjonshemning er to til tre ganger mer utsatt for seksuelle overgrep enn barn uten funksjonshemning.

Den økte risikoen for å bli utsatt for overgrep er knyttet til to forskjellige grupper av faktorer:

- faktorer som er knyttet til funksjonshemningen
- faktorer som er knyttet til funksjonshemmedes situasjon, og som også kan gjelde barn uten funksjonshemning i spesielle situasjoner

Mange overgripere søker seg til barn med funksjonshemning fordi de er sårbare, og fordi det er mindre risiko for å bli oppdaget. Faktorer som knytter seg til funksjonshemningen, dreier seg om kommunikasjonsvansker (for eksempel døve barn), bevegelseshemning (barna kan ikke unnsnippe), manglende forståelse for hva som skjer (for eksempel psykisk utviklingshemmede barn), utilstrekkelig evne til å beskytte seg, manglende oversikt (blinde barn) m.m. Det kan også dreie seg om måter å kommunisere på; både døve og

blinde er mer avhengig av fysisk kontakt i sin kommunikasjon og vil derfor kunne være mer utsatt for uanstendig berøring enn andre.

Faktorer som er knyttet til funksjonshemmedes situasjon, dreier seg først og fremst om at barn med funksjonshemning oftest må forholde seg til et stort antall hjelpere, og dermed løper en større risiko for å treffe en overgriper. Det kan dreie seg om bl.a. støttekontakter, hjemmekonsulenter, institusjonspersonale, sjåfører og avlastningsfamilier. Dernest kommer at mange av barna er avhengige av institusjonsopphold av kortere eller lengre varighet. Miljøene i slike institusjoner kan i en del tilfeller være «seksualiserte» med stor generell interesse for og utagering av seksualitet. Dette kan ha flere årsaker. Mangelfull grensesetting på grunn av høy toleranse fra personalets side og få voksne i miljøet kan være en faktor. Mangel på kunnskap om seksualitet og kommunikasjon med vanlige ungdomsmiljøer kan være en annen. Barna og ungdommene kan derfor være lette å lure. På en del institusjoner dannes det underkulturer med seksuelle overgrep fra eldre barn overfor yngre. Barn på internat som utsettes for overgrep, har problemer med å fortelle det til voksne. De er kanskje ikke så fortrolige med dem, kan føle seg medskyldige og være redde for reaksjoner. De ville kanskje sagt det til foreldrene, men de kan være langt unna. Når de endelig er hjemme, kan sperrene mot å si noe ha blitt større enn behovet for å fortelle.

Redd Barna har også gitt ut en rapport som heter *Dobbel risiko? Oppdager vi seksuelle overgrep hos barn med funksjonshemning?* (Kvam 1998). Kvam sammenlikner barn med funksjonshemning med barn uten funksjonshemning, og viser at funksjonshemmede barn kommer mye sjeldnere til medisinsk undersøkelse på bakgrunn av mistanke om seksuelle overgrep enn det totale antallet funksjonshemmede barn skulle tilsi. De er også gjennomsnittlig eldre enn barn uten funksjonshemning når de kommer til undersøkelse, og legen konkluderer oftere med at det er sannsynlig at barnet er misbrukt seksuelt. Kvam slår derfor fast at det er mindre sannsynlig at overgrep mot barn med funksjonshemning blir oppdaget enn overgrep mot barn uten funksjonshemning.

En del forholdsregler vil kunne bidra til å forebygge overgrep mot barn med funksjonshemning:

- begrensning av antallet hjelpere eller omsorgspersoner
- sjekking av referanser ved ansettelse av hjelpere og omsorgspersoner
- krav om politiattest der dette er regelen ved ansettelser (skole, barnehage og barnevern)
- informasjon til foreldre om signaler og symptomer på seksuelle overgrep mot barn
- informasjon til og samtaler med barn med funksjonshemning om seksualitet og hva som er normalt i denne forbindelse, samt om seksuelle overgrep

- veiledning til foreldre og andre omsorgspersoner
- et fagmiljø der overgrepssaker kan drøftes
- tilgang på faglig ekspertise

Hvis et overgrep mot et barn med funksjonshemning blir meldt til politiet, er det vesentlig at den som skal avhøre eller observere barnet for dommeren, er fortrolig med barnets måte å kommunisere på.

Dersom noen mistenker at et barn med funksjonshemning blir misbrukt i hjemmet, skal man forholde seg på samme måte som når barnet er uten funksjonshemning (se Sosial- og helsedirektoratet 2003).



6. Overgrep mot gutter

Seksuelle overgrep mot gutter har ikke fått den samme oppmerksomheten som tilsvarende overgrep mot jenter. Overgrep mot gutter «drukner» ofte i spørsmålet om overgrep generelt. Dette kapitlet handler om karakteristika ved disse overgrepene, hvilke skadevirkninger de kan ha, og hvordan overgrep kan virke annerledes på gutter enn på jenter.

I en oversiktsartikkel om forekomst av seksuelle overgrep mot barn presenterer Finkelhor (1994a) en sammenstilling av 21 internasjonale undersøkelser. Konklusjonen er at det er 1,5 til 3 ganger så vanlig med overgrep mot jenter som mot gutter.

I en oversikt over forskjellige undersøkelser viser Fergusson og Mullen (1999) at 63–86 % av overgrepene mot gutter er begått av menn eller gutter. Det betyr at omtrent hvert femte overgrep mot gutter er begått av en kvinne eller ei jente. Relativt sett blir gutter utsatt for overgrep av kvinner oftere enn jenter. Gutter er mer utsatt for overgrep fra noen utenfor familien, særlig fra eldre gutter og fra overgripere som har forgrepet seg på flere barn. Gutter ser også ut til å være mer utsatt for anale samleier enn jenter (Watkins og Bentovim 1992). Barn på alle alderstrinn utsettes for overgrep. Det ser ut til at gutter normalt er noe eldre enn jenter når overgrepene begynner (Faller 1989), og at gutter opplever mer fysisk mishandling i kombinasjon med seksuelle overgrep enn jenter.

I flere studier har man forsøkt å kartlegge kjønnsforskjeller mht. skader og seinvirkninger av seksuelle overgrep mot barn. De fleste undersøkelsene viser imidlertid små forskjeller (Finkelhor 1990). Gutter kan se ut til å ha en større tendens til å utvikle aggressiv atferd og til å tvinge seg på andre barn, særlig søsken, med sine seksuelle handlinger (Watkins og Bentovim 1992). Menn utvikler oftere tvangspregget seksuell atferd i form av sterk masturbering og overdreven interesse for sex. Overmaskulinisering, forvirring i forhold til seksuell identitet, stoffmisbruk og antisosial personlighetsforstyrrelse synes å være

vanligere hos gutter og menn (Watkins og Bentovim 1992, Fergusson mfl. 1997).

De fleste misbrukte barn utvikler ingen overgriperatferd. Flere undersøkelser viser imidlertid at overgrepsutsatte menn oftere enn kvinner utvikler en krenkende seksuell atferd (Becker og Kaplan 1988, Kaufmann og Zigler 1987). Nesten alle kvinner som forgriper seg på barn, har selv vært utsatt for overgrep i oppveksten. Dette ser ikke ut til å gjelde menn (Mossige 1997). Man regner med at 10–15 % av overgrepsutsatte gutter selv kan komme til å forgripe seg.

Det kan se ut til at gutter i mindre grad enn jenter fanges opp av det offentlige hjelpeapparatet. Ved en gjennomgang av tall fra ulike land fant Watkins og Bentovim (1992) at gutter kommer til behandling sjeldnere enn jenter. Klinisk erfaring kan tyde på at gutter trenger lengre tid og et mer intensivt forarbeid før de forteller om seksuelle overgrep fra en voksen (Eide-Midsand 1989). Mange av disse guttene er destruktive og aggressive og kommer ofte i konflikt med andre. De blir gjerne henvist på grunn av atferdsvansker, og ikke på grunn av seksuelle overgrep. Finkelhors forskning (1993) understøtter de kliniske observasjonene. Han mener at gutter kan ha stor motvilje mot å avsløre overgrep. De er derfor sjelden representert i kliniske utvalg.

Overgrepsutsatte gutter vil kunne utvikle en atferd som gjør at de blir plassert i institusjon. Institusjonene vet ofte ikke om overgrepene, som gjerne er begått av en i barnets nærmeste familie. I tillegg kan barna være utsatt for andre former for omsorgssvikt, som forsømmelse, psykisk terror, vold og rusmisbruk hos foreldrene (Hildebrand og Gregersen 1994).

Rädda Barnens Pojkmottagning i Stockholm har etablert et behandlingstilbud for seksuelt misbrukte gutter og unge overgripere. Resultatene etter en undersøkelse av 101 gutter oppsummeres slik (Svensson 1998):

- de har som regel blitt misbrukt første gang før de begynner på ungdomsskolen
- de har oftest blitt misbrukt mer enn én gang
- de bor sjelden sammen med begge foreldre
- de har ofte blitt utsatt for fysisk vold fra overgriperens side
- de var ofte redde under overgrepet, særlig hvis overgriperen var et annet barn eller en ungdom
- de måtte ofte vente lenge på profesjonell hjelp, særlig når overgriperen var en av foreldrene
- de kom raskere til behandling hvis overgriperen var en fremmed, en profesjonell eller en frivillig som arbeider med barn

Overgrepene var ofte grove, og fysisk vold var vanlig, særlig hvis overgriperen

var en eldre bror. Når en av foreldrene hadde forgrepet seg, var guttene gjerne utsatt for gjentatte overgrep, og det gikk lang tid før overgrepene ble oppdaget. Overgrepene begynte også tidligere dersom overgriperen var en av foreldrene.

Klinikere har observert noen typiske trekk ved seksuelt misbrukte gutter. De fleste har store problemer med å innrømme at de har blitt utsatt for seksuelle overgrep, og de føler seg svært skamfulle (Hildebrand og Gregersen 1994, Eide-Midsand 1989, Watkins og Bentovim 1992). Offerrollen passer dårlig sammen med et maskulint selvbilde. For å unngå å føle seg maktesløse, vil guttene ha en tendens til å fortrenge de negative sidene og de smertefulle aspektene ved de seksuelle overgrepene. Dette kan etter hvert resultere i en følelse av usikkerhet. Guttene er ofte redde for å være eller bli oppfattet som homoseksuelle og kan vise en sterk forakt mot denne gruppen. Angsten kan oppstå uavhengig av om overgriperen er kvinne eller mann. Misbrukte gutter opplever ofte angst i forbindelse med fysisk kontakt og kan reagere med panikk eller med voldsom aggresjon ved den minste berøring. Hildebrand og Gregersen (1994) har også funnet en sammenheng mellom seksualitet og ildspåsettelse. De har en hypotese om at ild symboliserer den seksuelt misbrukte guttens seksualitet.

Gutter med seksualisert atferd før puberteten og gutter i puberteten som krenker betydelig yngre barn, eller som bruker vold i forbindelse med overgrepene, har ofte selv vært misbrukt (Hildebrand og Gregersen 1994, se kap. 4.1 om barn og unge som forgriper seg seksuelt).

Pojkmottagningen i Stockholm har utarbeidet et behandlingsprogram (forkortet BUSA) der fire områder fokuseres i behandlingen: å beskrive overgrepene, å uttrykke følelser, å si fra og å akseptere. Målet er at guttene skal akseptere sine erfaringer som en del av sin generelle livserfaring og deretter gå videre i livet. Et grunnprinsipp for behandlingen er at overgrepene skal være «klinisk verifiserte». Det innebærer at barna vurderes som troverdige fra et psykoterapeutisk ståsted (Nyman og Svensson 1995). Guttene trenger støtte fra nettverkene sine for å kunne akseptere tanken på seg selv som normale, til tross for det vanskelige de har vært med på. Det er viktig med behandling over lang tid, men det kan også være nødvendig med opphold i behandlingen. Barnet kan komme tilbake når eventuelle nye problemer viser seg.

Det er viktig å være oppmerksom på gutter som har vært seksuelt misbrukt, slik at de kan få adekvat hjelp.



7. Overgrep på institusjon og i fosterhjem

7.1 *Institusjoner*

Voksne som har en seksuell interesse for barn, søker seg ofte til institusjoner der det oppholder seg barn og ungdom. Det dreier seg om barnehager, skoler, internater, avlastningsinstitusjoner og organiserte fritidstilbud innenfor sport, musikk, kirke og annet. Også ansatte i disse organisasjonene kan, uten å ha hatt det til hensikt i utgangspunktet, komme i situasjoner der vedkommende trår over en grense for hva som er akseptabelt. Slike situasjoner bør kunne avverges gjennom veiledning av de ansatte, hvor man tar opp seksualitet som tema. En ungdom kan for eksempel ha seksualisert sitt forhold til en ungdomsarbeider, som faller for fristelsen til å gå inn i en eller annen form for seksuell relasjon til klienten. Ungdomsarbeideren vil i slike tilfeller kunne dømmes i forhold til seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd overfor mindreårige (straffeloven § 201c) og/eller misbruk av overmaktsforhold (misbruk av stilling og/eller avhengighetsforhold, straffeloven §§ 193–199).

Ansatte i private institusjoner eller engasjerte i frivillige tiltak har, som alle borgere, plikt til å avverge seksuelle overgrep mot barn (straffeloven § 139, se Sosial- og helsedirektoratet 2003). Enhver bekymring for overgrep i en institusjon må meldes til lederen for virksomheten. Hvis lederen ikke foretar seg noe, må den som er bekymret, sørge for å formidle bekymringen til instanser som er ansvarlige for å følge den opp, som barneverntjeneste eller politi.

Det er særlig belastende å være leder for en virksomhet i en slik situasjon. Vedkommende må veie forskjellige hensyn mot hverandre. Lederen har ansvar for barna, for institusjonen som helhet, for de andre ansatte og for den

mistenkte. Barnet skal beskyttes, og den mistenkte ansatte har krav på forsvarlig behandling. Lederen må handle i henhold til et mangfold av lover, reglementer og retningslinjer. Barne- og familiedepartementet har gitt ut generelle retningslinjer med henblikk på seksuelle overgrep i institusjoner for barn og unge (Utdannings- og forskningsdepartementet og Barne- og familiedepartementet 2002). Formålet er å gjøre det enklere å orientere seg i regelverket.

Det er sjelden kolleger til en overgriper melder fra om overgrep. Det kan være flere grunner til det. Barn vil vanligvis fortelle om overgrep et annet sted enn der de har foregått. Temaets tabupreg hindrer kolleger i å mistenke noe, eller å sette ord på mistanker. En overgriper er gjerne dyktig til å skjule sine intensjoner og handlinger og er ofte populær i barnegruppen. Mangel på kunnskap, benektning og liten faglig selvtilit, i tillegg til et arbeidsmiljø som i liten grad evner å forholde seg til overgrepssproblematikk, kan også hindre ansatte i å melde fra.

Det er vanligvis foreldrene som formidler bekymringer om overgrep fra ansatte ved institusjoner. Foreldrene vil lett komme i en dobbel krise. For det første er de fortvilte fordi de opplever at barnet har det vondt. For det andre kan det oppstå en tillitskrise i forhold til institusjonens ansatte som de tror ikke har tatt godt nok vare på barnet deres. Lederen må derfor forholde seg seriøst til en slik bekymring.

Ansatte kan begynne å fatte mistanke til en medarbeider på bakgrunn av vage signaler fra barnet og en diffus følelse av at noe er galt. Vedkommende kan være usikker på hvem som er overgriper; om det er en i institusjonen eller en i hjemmet. Lederen må informeres, og det kan være riktig å trekke inn barneverntjenesten for å undersøke forholdene hjemme hos barnet. Samtidig kreves en ekstra årvåkenhet i institusjonen. Verken foreldre eller en mulig overgriper i institusjonen må informeres om mistanken på dette stadiet. Det er vanligvis politiet som skal sørge for en eventuell konfrontasjon når det blir klarere om noen, og i tilfelle hvem, som peker seg ut som mistenkt. Alt av betydning må skrives ned med angivelse av tid, sted og kontekst. Dialoger gjengis så ordrett som mulig.

Før eller seinere vil mistanken som regel bli kjent blant de ansatte. Ved en eventuell anmeldelse til politiet vil barn, foreldre og ansatte bli innkalt til avhør. Institusjonsmiljøet vil være i en krise. Noen tror på den mistenkte, andre tror på barnet, og enkelte velger å være avventende. Sterke og motstridende følelser vil være i sving; raseri og følelse av svik, medlidenhet med den mistenkte, skrekk, angst og fortvilelse. Kanskje vil noen ansatte oppleve at egne minner om overgrep komme til overflaten. Man bør da hente inn fagfolk som kan hjelpe personalet med å bearbeide følelser i fellesskap (debriefing).

Overgrep i institusjon må forebygges bl.a. gjennom gode rutiner ved nyansettelser. I de fleste offentlige institusjoner er det nå et krav om

politiattest. Dette kan imidlertid bare forebygge ansettelse av tidligere dømt eller noen som er under siktelse for seksuelle overgrep mot barn. Grundige intervjuer, bl.a. om hvordan jobbsøkeren forholder seg til barns seksualitet, kan gi en pekepinn. Institusjonen bør også lage regler for hvordan intime situasjoner som toalettbesøk i barnehagen, besøk på offentlige bad osv. skal foregå. Avvik vil da lettere kunne registreres (se også Utdannings- og forskningsdepartementet og Barne- og familiedepartementet 2002).

7.2 Fosterhjem

Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep, kan bli fosterhjemsplassert. Barnet kan også bli utsatt for seksuelle overgrep, eller forgripe seg seksuelt på andre barn, i fosterhjemmet. Alle disse situasjonene vil i stor grad påvirke fosterhjemmet, og det vil trenge støtte fra hjelpeapparatet.

Det stilles store krav til en fosterfamilie som tar imot barn man vet har vært utsatt for seksuelle overgrep. Erfaring viser at fosterhjem som ikke har vært godt nok forberedt på oppgaven, som mangler grunnleggende kunnskap, og som har fått lite støtte og oppfølging, får store problemer. Spenningene i familien og den individuelle stressituasjonen for hvert enkelt familiemedlem, kan føre til at hverdagen oppleves både truende og vanskelig. Barnet kan for eksempel seksualisere sin atferd og sine relasjoner til de andre familiemedlemmene. Med seksualisert atferd mener vi i denne sammenhengen at barnet er opptatt av seksualitet på en måte som er problematisk for andre og/eller vekker den voksnes uro. Atferden kan ofte forklares ut fra barnets tidligere erfaring med overgrep og/eller mangel på grenser. Fosterfamilien vil trenge detaljert informasjon om barnets tidligere (overgrepss)erfaringer for å takle situasjoner som kan minne om tidligere overgrepsscenarioer. Klargjøring av krav og forventninger, opplæring, veiledning, støtte og avlastning vil være viktige momenter for å skape et konstruktivt samhandlingsmønster i familien (Jones og Nobbs 1993).

Barn og unge kan også bli utsatt for overgrep i fosterhjemmet. Erfaringer fra England viser at risikoen for å bli utsatt for overgrep er mye større i fosterhjem enn på institusjon (Jones og Nobbs 1993). I Sverige publiserte Sosialstyrelsen en rapport vedrørende mistanke om seksuelle overgrep i fosterhjem (Sosialstyrelsen 1996). Rapporten omfattet 86 saker som ble meldt til barneverntjenesten i perioden 1988–1993 på grunn av mistanke om seksuelle overgrep mot barn begått i fosterhjemmet. Barna var i alderen 2–17 år. I materialet kunne man skille ut tre risikogrupper: barn som tidligere hadde vært utsatt for overgrep; barn med innvandrerbakgrunn; lett utviklingshemmede jenter. I 70 % av sakene var mistanken rettet mot fosterfar og i 20 % mot gutter (sønner av fosterforeldrene, gutter plassert som fosterbarn i samme hjem eller bekjente til fosterfamilien). Ved fire anledninger var fostermor mistenkt. Så godt som alle overgriperne kjente barnet godt. Av 73 saker som ble

politianmeldt, ble 47 henlagt på grunn av bevisets stilling, og 32 endte i domfellelse.

Hvis en fosterfamilie blir mistenkt for å ha forgrepet seg seksuelt på et fosterbarn, kommer familien i en vanskelig situasjon. Uansett om mistanken er berettiget eller ikke, kan det få ødeleggende konsekvenser for familien. Barneverntjenesten må gi råd og veiledning og eventuelt sørge for at fosterfamilien blir henvist til rette hjelpeinstans. Anmeldelse til politiet må vurderes. Ofte må barneverntjenesten finne en ny plassering for barnet. De må i så fall sørge for at fosterfamilien får avslutte kontakten med barnet på en hensynsfull måte. Andre ganger kan mistanken oppstå uten grunn. Fosterbarnet kan, for eksempel med bakgrunn i sin erfaring, mistolke berøring og føle seg skremt, forvirret og kanskje krenket. Barneverntjenesten bør utarbeide rutiner for håndtering av slike beskyldninger og gjøre fosterfamilien kjent med dem.

Barn plasseres vanligvis i fosterhjem på grunn av omsorgssvikt og/eller overgrep. Blir de i tillegg utsatt for overgrep i fosterhjemmet, er dette et dobbelt svik. Barna og deres biologiske foreldre må i så fall tilbys hjelp og støtte. De må i utgangspunktet kunne forutsette at fosterhjemmet rekrutteres på en betryggende måte og at fosterforeldrene får nødvendig opplæring. Temaer som særlig må drøftes med fosterforeldrene med tanke på å forebygge seksuelle overgrep mot barn, er bl.a.:

- familiens syn på og egen erfaring med seksualitet og samliv
- hva som betraktes som normal seksuell atferd hos barn og ungdom
- holdninger til grensesetting
- hva slags atferd som seksuelt misbrukte barn kan oppfatte som krenkende

I dag er det krav om politiattest for personer som skal arbeide for barneverntjenesten. Fosterforeldre vil omfattes av dette (jf. lov om barneverntjenester § 6-10). Dette er et viktig signal fra lovgiveren, men må på ingen måte bli en «sovepute» og frata barneverntjenesten ansvaret for å følge nøye med i det som skjer.

Enkelte fosterbarn kan utsette andre barn i fosterhjemmet for seksuelle overgrep. Både fosterfamilien og barnevernet har ansvar for at barna blir beskyttet. Fosterforeldrene bør også sørge for at atmosfæren i hjemmet blir såpass åpen at det går an å snakke om seksualitet og seksualisert lek hos barna. Barna bør også lære å sette grenser for hverandre. Barneverntjenesten kan bistå med veiledning, opplæring og ressurser. Se videre kap. 4.1 om barn og ungdom som forgriper seg seksuelt på andre barn, og Utdannings- og forskningsdepartementet og Barne- og familiedepartementet (2002).

8. Rituelle overgrep og overgrep i lukkede miljøer

Generelt kan man si at overgrep forekommer i alle typer miljøer og at overgriperne tilhører alle kategorier mennesker. Så godt som alle overgrep skjer i det skjulte, og den som forgriper seg, vil alltid ha et fysisk og/eller psykisk overtak på offeret. Dette maktovertaket kan variere i styrke og form, og kan i spesielle miljøer framstå som rære og mer brutalt enn overgrep utenfor slike miljøer.

Med overgrep i lukkede miljøer menes at overgrepene foregår innenfor en kontekst preget av varierende grad av isolasjon fra samfunnet for øvrig. I noen sammenhenger utnyttes den spesielle konteksten bevisst av overgriperen. Eksempler på lukkede miljøer er sekter og enkelte religiøse eller satanistiske miljøer. Et lukket miljø kan også være et bygdesamfunn med liten kontakt med utenverdenen eller mindre, isolerte, urbane samfunn.

Med rituelle overgrep mener vi (i denne sammenhengen) overgrep som skjer innenfor en religiøs, satanistisk eller annen åndelig eller ideologisk ramme, og hvor overgriperens og/eller offerets overbevisning brukes som begrunnelse for overgrepet. Et eksempel på dette kan være når Gud benyttes til å forklare og overbevise barn om at overgrep fra voksne er riktig, enten som straff eller at de gjør det for Ham. Overgriperne manipulerer ofrene ved å benytte ord, symboler og redskaper som gir sterke opplevelser og sanseintrykk, og som er egnet til å endre ofrenes personlighet. Forandringens art vil bero på overgrepets karakter og hvorvidt offeret også selv deltar i overgrepet.

David Finkelhor definerer rituelle overgrep slik:

«Alvorlige, seksuelle, fysiske og følelsesmessige overgrep som begås i en sammenheng med symboler og handlinger som tillegges religiøs, magisk eller overnaturlig betydning. Handlingene og symbolbruken gjentas over tid, for å skremme, ydmyke og forvirre offeret.» (Lundgren 1994, s. 338)

Kinscherff og Barnum (1992, s. 73) har en annen forståelse:

«The characteristics of the abuse, rather than a specific link to any metaphysical beliefs or religious practice, make it ritualized.»

De legger med andre ord ikke like stor vekt på koblingen til religion eller åndelighet som Finkelhor. En kan imidlertid spørre om ikke nettopp religion eller åndelig overbevisning gir overgrepet de rituelle karakteristika.

Om kvinners spesielle funksjon i forhold til rituelle overgrep i mannsdominerte miljøer og ungdom som utøver satanistiske overgrep, se Lundgren (1994).

8.1 *Karakteristika ved overgrepene*

Seksuelle overgrep, inkludert overgrep innenfor lukkede miljøer (i den grad de blir kjent), er med jevne mellomrom tema for nyhetsinnslag og debatt i det offentlige rom. Rituelle overgrep derimot er sjelden på dagsordenen, og Eva Lundgren sier i sin bok «La de små barn komme til meg» (1994, s. 8):

«I dag er det reist en høy offentlig mur mot rituelle overgrep – de eksisterer ikke.»

Hun framholder at barn som forteller historier om til dels grove og brutale overgrep av rituell karakter, ikke blir trodd, eller at overgrepene blir bagatellisert av både hjelperne og familien.

Det er flere ulikheter mellom «vanlige» seksuelle overgrep og rituelle overgrep eller overgrep i lukkede miljøer. Hudson (i Tate 1991) beskriver tre sentrale kjennetegn ved rituelle overgrep:

- det er et høyt antall kvinnelige overgripere. I de undersøkelser som er gjort, er det bare et fåtall saker som er uten kvinnelige overgripere eller medovergripere
- en større andel av ofrene enn ellers utvikler multippel personlighetsforstyrrelse (MPD, se for øvrig kap. 3.4)
- ofrene forteller om ting som virker lite sannsynlige, og historiene blir ofte avvist som fantasier

I tillegg til disse faktorene kan nevnes (Hudson 1991, s. 7):

- offeret utsettes ofte for andre overgrep i tillegg til det seksuelle overgrepet. Fysisk og/eller psykisk tortur er ikke uvanlig, og drap kan forekomme
- offeret tvinges til å delta i rituelle handlinger
- en høyere makt (Gud eller Satan) brukes ofte for å legitimere overgrepshandlingene og forvirre offeret
- maktperspektivet er om mulig enda mer sentralt enn i «vanlige» overgrep, spesielt gjennom demonstrasjoner av kontroll over liv og død (kvelningsforsøk o.l.)
- overgrepet har en planlagt, velregissert form og intensitet
- akutte spiseforstyrrelse hos ofrene er hyppig forekommende

Når et barn utsettes for andre og for barnet verre overgrep i tilknytning til seksuelle overgrep, virker det inn på opplevelsen av det seksuelle overgrepet. Barn som har blitt truet på livet eller har blitt tvunget til å drepe og/eller skade dyr eller mennesker, er så traumatisert av dette at det seksuelle overgrepet nesten forsvinner som opplevelse for dem. Ofre som utsettes for «vanlige» seksuelle overgrep, flykter ofte ved å «forlate kroppen» under overgrepet. Ofre som utsettes for andre overgrep parallelt og/eller blir tvunget til å være

aktivt med i ritualer, til å påføre andre smerte osv., har ikke denne muligheten. De tvinges til å være mentalt til stede under hele overgrep (Lundgren 1994). Dette kan bidra til utvikling av MPD hos offeret (Hudson 1991).

Mange mener det kan være vanskelig å skille rituelle overgrep fra andre overgrep, som også kan få et rituelt tilsnitt.

Manipulering og programmering av ofre er vanlig i satanistiske miljøer og ved andre rituelle overgrep (se også kap. 8.6 om behandling og hjelp). Noen eksempler på dette er å få personen til å begå overgrep av seksuell eller voldelig karakter mot andre, å reagere med en viss type atferd på visse typer stimuli, og å utføre en «ordre» på et gitt tidspunkt eller i en viss situasjon. Behandlere har for eksempel opplevd at barn har reagert med panikk når de har sett bilder av eller møtt julenissen eller andre figurer som for barn i sin alminnelighet er positive. Hudson (1991) mener overgriperne bevisst kopierer barns helter eller samfunnets autoritetsfigurer, og kler seg ut med masker og kostymer i overgrepssituasjonen for å forvirre og skremme sine ofre.

8.2 Troverdighet

Gwen Adshead (1994) hevder på grunnlag av en rekke undersøkelser at andelen falske anklager om seksuelle overgrep generelt er lav. Undersøkelsene har ikke sett spesifikt på rituelle overgrep, men inkluderer slike. Et usikkerhetsmoment som tas opp i boken, er at en del ofre for rituelle – og spesielt satanistiske – overgrep har opplevd å bli dopet ned i tilknytning til overgrepet. Det er usikkert i hvor stor grad og i hvilken retning dette påvirker offerets beskrivelse av overgrepet.

George B. Greaves (1992) har kritisert flere undersøkelser innenfor området rituelle overgrep for å være lite systematiske, for å ha metodologiske svakheter og stor feilmargin. Han betviler imidlertid ikke at rituelle overgrep eksisterer, men han etterlyser bedre dokumentasjon. Ifølge bl.a. Lundgren (2001) er det grunn til å tro at en del av kritikken ikke lenger er berettiget, da det seinere er foretatt undersøkelser i flere land med mer holdbare metoder, som bekrefter de tidligere forskningsresultatene.

Greaves (1992) og Kinscherff og Barnum (1992) mener at behandlere (psykologer og psykiatere) i USA har en tendens til å mistro pasienter som forteller om rituelle overgrep. Ansatte i behandlingsapparatet karakteriseres i mange tilfeller som langt mer skeptiske enn for eksempel ansatte i politiet (ibid.). De ovennevnte forskerne mener det ikke er holdepunkter for å påstå at noen systematisk fabrikerer historier om rituelle overgrep. Når noen forteller om rituelle overgrep, må de derfor tas på alvor, og en kan i utgangspunktet gå ut fra at noe uvanlig har skjedd. Greaves og andre mener faktorer som skiller historier om rituelle overgrep fra andre historier, er det groteske, ofrenes inngående kjennskap til ritualer, og at beretningene inneholder mer

enn bare det seksuelle aspektet ved overgrepet (ibid.).

Som en passende oppsummering siterer Greaves (1992, s. 49)

Walter Young på denne måten:

«If absolutely everything these patients tell us is false, we have stumbled onto a clinical phenomenon most worthy of study and we are honored to study it; if anything these patients tell us is true, we have stumbled onto a phenomenon most horrible and are obliged to study it».

8.3 Overgrep i satanistiske miljøer

Gjennom flere undersøkelser er det vist at grove overgrep forekommer i seremonier i satanistiske miljøer (Lundgren 1994, Hudson 1991, Tate 1991, Sakheim og Devine 1992). Sterkt forenklet kan man si at disse overgrepene delvis er knyttet til satanismens kamp mot kristendommen og dens symbolikk. Videre kan overgrep også være knyttet til satanistiske symbolske handlinger som å drikke blod, ofre dyr og mennesker, torturere, begrave levende osv.

Ofre og utbrytere fra miljøet har beskrevet at deltakerne har hatt på seg masker og kostymer. Et viktig innslag i ritualene er nedvurdering og ydmykelse av ofrene. Et grotesk eksempel på det siste, er at ofre har blitt tvunget til å innta egen eller andres avføring (Hudson 1991).

I disse miljøene fungerer gjerne sterke lederfigurer som hovedovergripere, det forekommer ofte flere overgripere samtidig, og offeret kan tvinges til selv å utføre overgrep. Ofre har beskrevet at de erkjente at det var galt å utføre overgrepene, men at de ikke klarte å motstå manipulasjonen. Dette forsterker skyldfølelsen hos ofrene.

8.4 Overgrep i kristne eller andre religiøse miljøer

Overgrep forekommer i alle religiøse miljøer. I denne framstillingen vil kristne miljøer bli brukt som eksempel. Overgrep i kristne eller andre religiøse miljøer vil noen ganger ha et rituelt tilsnitt. Mange overgrep i kristne miljøer er uten vesentlige rituelle trekk, og det kan være grunn til å tro at disse utgjør den største andelen seksuelle overgrep i de religiøse miljøene.

Rammen rundt overgrepene kan, i sin rituelle form, ha likhetstrekk med de satanistiske. Utøverne benytter imidlertid andre forbilder, andre effekter og en gudsfigur i stedet for de satanistiske symbolene. Undersøkelser har ikke avdekket deltakelse fra offeret på samme måte som i satanistiske overgrep, og heller ikke at ofrene i like stor utstrekning tvinges til å øve overgrep på tredjeperson. Overgrep i kristne og andre religiøse miljøer kan være preget av hjernevasking, manipulering og programmering, i likhet med overgrep i satanistiske miljøer.

Det er ofte en tillitsperson som står for de seksuelle overgrepene eller seksuell grenseoverskridende atferd i kristne miljøer. Vedkommende kan være en

formidler av verdier; en prest, forstander e.l., og overgrepet kan bli kamuflert i kristne ritualer og symboler, som bønn og nattverd. Dette forsterker krisen for offeret. Den relasjonen som skulle være trygg, blir forvirrende, den som skulle vært sjelsesørger, blir overgriper, og det som skulle ha vært godt (Gud), blir vondt.

Ofrene får ikke hjelp av Gud når de trenger det. Hans navn benyttes i stedet til forsvar for overgrepet. Barn vil da kunne tenke at når Gud ikke hjelper meg ut av dette, må Han mene at overgrep er godt for meg (Horsfjord og Torp 2000), eller at jeg fortjener det. Dette vil kunne bidra til en ugyldiggjøring av den utsattes reaksjon på overgrepet, gjennom at offeret blir overbevist om at det er riktig at overgrepene skjer, men uten å forstå hvorfor.

I flere slike saker har det framkommet opplysninger om at overgriperen har begrunnet både seksuelle overgrep og fysisk avstraffelse med å skulle «gjøre jentene kvinnelige» eller «drive det onde ut av kroppen» i Guds navn (Lundgren 1994).

Flere menigheter og religiøse samfunn har tatt problemet på alvor, og i noen tilfeller er det iverksatt tiltak og opprettet enheter som arbeider med å hjelpe ofre og spre opplysning i forebyggende øyemed.

8.5 *Overgrep i andre lukkede miljøer*

Med overgrep i andre lukkede miljø menes bl.a. isolerte småsamfunn både i urbane områder og avsidesliggende grender. Frivillige eller andre organisasjoner vil også kunne være relativt lukkede. Overgrep i slike miljøer vil ofte være vanskelige å oppdage eller avdekke. Overgrepene skiller seg som hovedregel ikke vesentlig fra overgrep utenfor slike miljøer, men kan også ha et rituelt tilsnitt.

I lukkede miljøer vil det kunne være varierende grad av fysisk og/eller mental isolasjon, avhengig av geografiske forhold og hvor sterk den indre kontrollen i miljøet er. Faktorer som lojalitet til miljøet, indre samhold og frykt for utstøtelse vil bidra til kontroll og forhindre at utenforstående får vite om overgrepene. Det er ikke uvanlig med flere overgripere og flere ofre.

8.6 *Behandling og hjelp*

Behandling av ofre for rituelle og satanistiske overgrep krever stor innsats over lang tid. Greaves (1992) understreker at det er svært viktig ikke å avvise offerets historie i forbindelse med avdekking og behandling. Ofrene vil da kunne tro at «du er en av dem» (overgriperne) fordi de er innprentet at de ikke vil bli trodd dersom de forteller hva som virkelig hendte.

Flere forskere og behandlere framhever at disse barna må oppleve at de er elsket og at de må overbevises om at

«...they are basically good and whats done to them or they did to others could not be helped» (Hudson 1991, s. 62).

Dette er spesielt viktig på bakgrunn av trusler de har fått i overgrepssituasjonen. De er gjerne blitt innprentet at dersom de sier det til noen, er de onde, eller de har fått ondskaper i seg gjennom overgrepet. Det kan også være viktig for barna, spesielt de som er troende, å bli tilgitt av en prest eller en annen åndelig leder, samt av foreldrene sine. Dersom det dreier seg om satanistiske overgrep, er det viktig at den som tilgir har kjennskap til innholdet i satanistiske skrifter, formidler dette til barnet og aktivt viser at man tilgir (Hudson 1991, Lundgren 1994).

Den nedbrytningsprosessen og forandringen som ofre for satanistiske overgrep har vært utsatt for gjennom manipulering, programmering og overveldende sanseopplevelser, er vanskelig å reversere. Hudson (1991) anbefaler en kombinasjon av flere terapeutiske metoder og innfallsvinkler, som kognitiv terapi, psykodynamisk terapi, atferdsmodifisering, familierapi og hypnose. Ofrene vil ofte ha behov for ytterligere behandling på et seinere tidspunkt i livet. Voksne som har opplevd overgrep som barn, har rapportert om kommandoer som de i overgrepssituasjonene ble «programmert» til å adlyde på gitte tidspunkter seinere i livet (Hudson 1991). Denne programmeringen vil være et viktig fokus i behandlingen. Man anbefaler også en grundig somatisk legeundersøkelse av ofrene, da de kan ha vært utsatt for andre fysiske overgrep i tillegg til de seksuelle overgrepene.

Ofte har gudstroen bidratt til at ofrene i religiøse miljøer har fått ødelagt selvbildet sitt. Når Gud lar overgrepene skje, tolker offeret det dit hen at han eller hun er lite verdt for Gud og ikke verdig hans beskyttelse. Et annet problem kan være at man i enkelte religiøse eller andre lukkede miljøer ikke får gehør for påstander om overgrep. Offeret kan bli utstøtt og/eller mistrodd, og kan dermed ende på anklagebenken selv. I verste fall blir saken snudd på hodet, og offeret blir avkrevd erstatning. Nettverksbygging vil være et viktig supplement til eventuell terapi dersom offeret føler seg utstøtt eller isolert (Førsvoll 2000).

Mennesker som har vært utsatt for overgrep i kristne miljøer, vil ha behov for hjelp til å skape en ny virkelighet og et annerledes og bedre gudsbilde (Andersen 2000). Det kan bidra til heling, tilgivelse og en mer positiv innstilling til livet, ifølge Horsfjord og Torp (2000). En slik endring av gudsbildet kan skje i tillegg til, eller i forbindelse med, behandling for øvrig.

9. Overgrep og etniske minoriteter

Ulike undersøkelser fra Norge, Norden og det øvrige Europa viser en relativ overrepresentasjon av barn-
evernsaker der barna har etnisk minoritetsbakgrunn. Hagen og
Qureshi (1996) uttaler:

«Barna av innvandrere har i hovedsak de samme sosiale problemer som øvrige barn med tilsvarende alder, kjønn, sosioøkonomiske forhold og familieforhold. De gjennomgår de samme oppvekst- og utviklingskriser som øvrige barn, men samtidig tilspisses disse problemene og forandres av en spesifikk faktor; nemlig den at innvandrerbarn helt eller delvis hører hjemme i en kontekst som befinner seg i en underordnet stilling.»

Hjelpeapparatets møte med etniske minoritetsgrupper er av forholdsvis ny dato og stiller hjelpeapparatet overfor nye utfordringer. Våre holdninger og verdier er påvirket av den kulturen vi er vokst opp i. Det er viktig at vi er kjent med våre egne holdninger og verdier når vi møter mennesker med en annen kulturell bakgrunn. Det er også nødvendig å ha kunnskap om andre kulturer og religioner.

Alle samfunn har normer for hva som er riktig og galt, godt og ondt, normalt og unormalt. I vår tilnærming til andre kulturer kan vi ha en kulturrelativistisk eller en etnosentrisk holdning. En kulturrelativistisk åpenhet innebærer at vi betrakter alle kulturer som likeverdige, og at de bare kan forstås i sin egen kontekst. Etnosentrisitet innebærer at man vurderer sin egen kultur som best og rangerer andre kulturer i forhold til den. En ren kulturrelativistisk tilnærming kan føre til at man ignorerer problemer i barnets situasjon og setter barnets liv i alvorlig fare under henvisning til «kultur». En etnosentrisk holdning på sin side kan medføre at et barn blir tatt under omsorg uten at man tar hensyn til sosiokulturelle og etniske faktorer (Hagen og Qureshi 1994). Derfor blir det nødvendig å skille mellom det allmenne, det unike og det kulturspesifikke i hver situasjon.



9.1 Barns beste og barns rettigheter

FNs barnekonvensjon slår i artikkel 3.1 fast at barnets beste skal komme i første rekke. Hva som er barns beste, varierer i ulike samfunn og endrer seg over tid. Faktorer som samfunnsforhold, familiemønstre, religion og lovverk, påvirker våre vurderinger. I den vestlige kulturen har barneoppdragelsen blitt mer og mer privatisert og foreldredominert. Imidlertid har barns beste prioritert framfor foreldrenes interesser dersom det er en motsetning mellom disse. I en rekke andre kulturer er gruppens (for eksempel familiens) behov overordnet det enkelte barns behov, og barneoppdragelsen er et felles anliggende. Innvandrere som er oppdratt i et kollektivistisk samfunn med storfamilie-system og innebygde beskyttelsesfaktorer for barna, synes å møte større vansker og konflikter når de flytter til et samfunn med en individualistisk oppdragsform, enn innvandrere som flytter innenfor samme kulturområde (Hagen og Qureshi 1994). Man må derfor søke en løsning på problemene som er forenlig med tankegangen i den enkelte kulturen.

Når vi kommer i kontakt med barn fra en etnisk minoritet, er det viktig at vi ikke blir så opptatt av kulturbakgrunnen at vi ikke ser individet. Amalia Carli (2000) ved Psykososialt senter for flyktninger uttaler følgende:

«Den enkelte klients kulturelle tilhørighet er i mindre grad relevant for min forståelse av problemer som blir presentert gjennom konsultasjonene. At et barn på sju år har en fortid preget av vold, stadig skiftende omgivelser og omsorgspersoner, mishandling og overgrep, er nok informasjon i seg selv for å skjønne at dette må ha vært en stor belastning for den unge (...). At en eller flere av de påkjenninger den unge har vært utsatt for, kan forklares ut fra religiøse, politiske eller familiære omstendigheter, forteller oss ikke at belastningen er mindre eller lettere å bære for den enkelte. Iblant kan vi være for raske til å søke en forklaring på den unges lidelser ut fra spesifikke kulturelle forhold.»

9.2 Migrasjonsprosessen

Migrasjon har vært beskrevet som en krevende prosess med forskjellige faser eller stadier (Hagen og Qureshi 1996). Overgangen fra et stadium til et annet er flytende og kan gå over generasjoner. Hos de enkelte familiemedlemmene forløper stadiene i forskjellig tempo og rekkefølge. I tilpasningsprosessen kan det oppstå misforståelser, uenigheter og konflikter innad i familien og mellom familien og storsamfunnet. Dette er viktig å være klar over når vi møter barn og unge med innvandrerbakgrunn (Hagen og Qureshi 1996).

9.3 Kommunikasjon

Når man nærmer seg familier fra andre kulturer, er det viktig å være oppmerksom på den enkelte kulturens måte å uttrykke seg på gjennom bl.a. kroppsspråk, symboler, normer for høflighet og hvordan man nærmer seg

vanskelige tema. I vår vestlige kultur lærer man å uttrykke seg klart, logisk og direkte og går gjerne rett på sak. I enkelte kulturer mener man at dette er uhøflig, og man skal innlede en samtale med en rekke høflighetsfraser. Deretter kan man nærme seg temaet som «katten rundt grøten». I vår kultur kan dette oppleves som om man unngår temaet.

Når vi kommuniserer med en person som tilsynelatende snakker bra norsk, kan det likevel oppstå misforståelser pga. manglende kulturforståelse. Man kan også komme til å overvurdere personens faktiske forståelse av norske begreper. Er man i tvil, bør man bruke tolk selv om dette iblant kan oppleves vanskelig av både hjelperen og klienten eller pasienten.

Mange hjelpsøkende er redde for at personlig informasjon skal spres på utilbørlig måte. I små innvandrergupper kan dette være vanskelig. Å bruke klientens eller pasientens familie som tolk er ingen ideell løsning. Særlig bør man unngå å bruke barn som tolk for sine foreldre. Norge har en autorisasjonsordning som skal sikre den nødvendige kompetansen hos tolker.

Man bør vektlegge trygghet i tolkesituasjonen. Hjelperen bør henvende seg direkte til klienten eller pasienten og ikke til tolken. Det er viktig å tenke på faktorer som hvordan man sitter i forhold til hverandre, at man har god nok tid, og at det foreligger skriftlig informasjon. Pasienten eller klienten har krav på å få informasjon slik at han eller hun kan ivareta sine plikter og rettigheter.

9.4 Barnemishandling og omsorgssvikt

I de fleste samfunn finnes det kriterier for hva som er akseptabel atferd overfor barn og sanksjoner ved normbrudd. Barnekonvensjonen, artikkel 19, fastslår at staten skal «*beskytte barn mot fysisk og psykisk mishandling, seksuelt misbruk eller utnyttelse av foreldre eller andre omsorgspersoner*».

Det mangler i dag en definisjon av barnemishandling og omsorgssvikt som inkluderer kulturelle variasjoner, og samtidig kan være en tverrkulturell fellesnevner for hva vi mener med disse begrepene. En definisjon må omfatte både en emisk og en etisk dimensjon. En emisk tilnærming betyr at man forholder seg til og aksepterer normene og atferden innenfor en spesifikk kultur, mens en etisk tilnærming dreier seg om å forholde seg til normer som gjelder på tvers av alle kulturer. Hva som er overgrep, må vurderes i sammenheng med den kulturelle konteksten (Korbin 1991). I kontakt med mennesker fra andre kulturer er det en utfordring for hjelpeapparatet å kunne skille mellom det som er annerledes akseptabelt og annerledes uakseptabelt.

Raske endringer av sosiale, kulturelle og økonomiske forhold influerer sterkt på forholdet mellom foreldre og barn. Dette i seg selv innebærer fare for overgrep (Hagen og Qureshi 1994).

9.4.1 Seksuelle overgrep mot barn

Seksuelle overgrep mot barn er et tabubelagt område i de fleste kulturer, også innenfor etniske minoriteter i Norge. Vestlige land har arbeidet med problemstillingen i 20–25 år. I kulturer der temaet ikke har vært på dagsordenen, møter man gjerne både uvitenhet om og benekning av at overgrep eksisterer. Det kan derfor være vanskelig å nærme seg temaet i disse kulturrene.

En rapport fra Psykososialt senter for flyktninger viser at barn som kommer alene eller sammen med andre enn de biologiske foreldrene til Norge, eller som etter ankomst er overlatt til seg selv eller andre, har en større risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep. Barn kan ha opplevd grove overgrep både før og etter ankomst til Norge. Hjelpeapparatet plasserer også ofte barn hos slektninger eller hos folk med samme etniske opprinnelse. Dette kan innebære at barna flyttes rundt til forskjellige slektningers hjem. Disse barna kan føle seg sveket, miste venner og fotfeste og står i fare for å bli misbrukt (Carli 2000).

Sykepleier Safia Abdi (2001) påpeker at jenter fra minoritetskulturer som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, enten i hjemlandet eller etter at de kom til Norge, er spesielt sårbare. Både jenta og hennes familie kan bli utstøtt fra miljøet de tilhører og må eventuelt bære ansvaret for at storfamilien og/eller overgriperens familie blir ødelagt. Jentenes erfaring fra hjemlandet er at de ikke blir trodd og at det ikke er noen hjelp å få. For de fleste av jentene er det viktig at hjelpeapparatet informerer foreldrene. Særlig er det viktig at mor blir tatt med i prosessen. Medvirkning fra familien kan gjøre det enklere å finne kulturelt akseptable løsninger.

En spesiell utfordring oppstår i forhold til kulturer der det er vanlig at jentene giftes bort når de kommer i puberteten. Dette innebærer at de forventes å være seksuelt aktive. I Norge er den seksuelle lavalderen 16 år. Slike tidlige ekteskap vil derfor være problematiske i forhold til norsk lovverk, særlig i de tilfellene der mannen er vesentlig eldre enn jenta. I Norge vil dette betraktes som seksuelle overgrep (mer informasjon er tilgjengelig ved bl.a. MIRA – Ressurscenter for invandrer- og flykningekvinner, informasjonstelefonen til Røde Kors Internasjonale Senter (ORKIS) om tvangsekteskap og hos SEIF – Selvhjelp for innvandrere og flyktninger).

9.4.2 Omskjæring av jenter

I Norge ble alle former for omskjæring av jenter forbudt i 1995. Det er heller ikke lov å sy igjen omskårne kvinner for eksempel etter en fødsel.

Omskjæring av kvinner skjer først og fremst i afrikanske land som ligger i et belte på tvers av kontinentet, hovedsakelig sør for Sahara. I Øst-Afrika skjer omskjæring blant folkeslag med ulike religioner, mens praksisen i Vest-Afrika er begrenset til muslimske grupper. Antallet omskårne kvinner i Norge er ukjent, men ca. 4000 kvinner/jenter har sin opprinnelse i land der omskjæring er vanlig (Statens helsetilsyn 2000). Omskjæring blir ofte gjennomført

som et overgangsritual. Det finnes tre hovedformer for omskjæring. Ved sunnaomskjæring fjerner man forhuden på klitoris hos nyfødte. Ved klitoridektomi fjernes klitoris sammen med hele eller deler av de indre kjønnsleppene. Gjensyng i forskjellig grad kan forekomme. Infibulasjon innebærer at ytre genitalia fjernes helt eller delvis, og at man syr igjen etterpå. Vanligvis skjer dette når jentene er mellom 5 og 10 år gamle, men også senere og opp til første fødsel.

Mange kvinner fra de aktuelle land er omskåret når de kommer til Norge. Andre blir det mens de bor her. Omskjæring er en rotfestet tradisjon. Mange mødre er redde for at døtrene deres skal bli utstøtt hvis familien flytter tilbake til hjemlandet og jentene ikke er omskåret. Det hender at jenter i en del tilfeller blir sendt ut av Norge for å bli omskåret, men vi kjenner ikke til omfanget. Statens helsetilsyn har i flere år støttet afrikanske kvinneorganisasjoner som arbeider med forebygging av omskjæring. Helsetilsynet har også gitt ut informasjon til omskårne jenter/kvinner om den helsehjelpen de har krav på, og en egen veileder for helsepersonell. Barne og familiedepartementet laget i år 2000 Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse (Q-1012 B).

En del kvinner som er omskåret og gjensydd, kan blir utsatt for seksuelle overgrep eller medisinske inngrep som medfører en «åpning». Disse jentene bør tilbys en legeerklæring som forklarer at de er blitt åpnet av medisinske grunner, bl.a. for å unngå mistanke om et løsaktig levnet (Abdi 2001).

9.5 *Avslutning*

Barn med etnisk minoritetsbakgrunn har rett til hjelp og beskyttelse ut fra deres spesielle situasjon og behov. En stor utfordring for hjelpeapparatet er å kunne skille mellom det som er annerledes akseptabel barneomsorg og oppdragelse, og det som er annerledes uakseptabelt. I blant er det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i hjemlandets egen kultur og finne ut av hvordan man ville ha løst et liknende problem der. Andre ganger er det viktig at man er tydelig overfor barn og familier om at enkelte former for atferd ikke kan aksepteres, og at «barnets beste» må gå foran de voksnes behov. Barneverntjenesten og det øvrige hjelpeapparatet må våge å handle.

10. Barnepornografi, barneprostitusjon og salg av barn

Seksuell utnytting av barn og ungdom under 18 år tar mange former. En variant dreier seg om produksjon, besittelse og spredning av barnepornografi i trykksaker, på video og film og via Internett. En annen form handler om barne- og ungdomsprostitusjon der mindreårige selv oppsøker andre og tilbyr seksuelle tjenester, eller lar seg presse til å yte seksuelle tjenester mot vederlag av forskjellig slag. Denne formen for prostitusjon kan være knyttet til rusmisbruk og kriminalitet hos barnet eller ungdommen. Barnesexturisme handler om at barn blir seksuelt utnyttet av turister fra andre land. En siste variant er organisert transport av barn over og innenfor landegrensene for seksuelle formål. Utnyttingen av barn er global og omfattende, og den kan gi enorm fortjeneste for dem som organiserer den.



10.1 Barnepornografi

I Norge er all form for befatning med barnepornografi forbudt ved lov. I straffelovens forarbeider defineres barnepornografi både i forhold til seksuell lavalder og ikke fullført kjønnsmodning (Ot.prp.nr. 28, 1999-2000). August 2000 ble det ifølge det nye kapittelet om seksualforbrytelser i straffeloven, i tillegg forbudt å produsere pornografi til kommersielt bruk («...kommersiell fremstilling av rørlige og urørlige bilder med seksuelt innhold...», § 204 f) også med ungdom mellom 16 og 18 år. De som besitter, selger eller videreformidler barnepornografi, er med på å legitimere overgrep mot barn.

Barnepornografien, spesielt på Internett, kan være av bestialsk karakter. Barn gjennomgår ufattelige lidelser for å tilfredsstille pedofile og andre med seksuell interesse for barn. Brukere og produsenter av barneporno på Internett skjuler sin identitet på en rekke måter, bl.a. ved å benytte falsk identitet, bruke kallenavn, anonymisere og kode meldinger, og bryte seg inn i fremmede databaser og mellomlagre egne data der for seinere nedlasting. Brukerne av de ulike nettstedene kan også bli bedt om selv å bidra med egne bilder e.l. og blir dermed medsamsvorne.

Omfanget av barnepornografi på internasjonal basis er enormt. Det er

vanskelig å vite hva og hvor mye som blir produsert i Norge, og hvor mange barn som blir utsatt for denne type kriminalitet. Barna blir utsatt for en dobbel belastning. I tillegg til at de opplever selve overgrepene, blir de stilt til skue i en ytterst nedverdiggende situasjon for et uoversiktlig antall mennesker, og de har ingen kontroll over hvem som får materialet, og hvordan det blir brukt. Dette øker følelsen av hjelpeløshet og skam. I Sverige ble gutter som hadde blitt brukt i produksjon av pornografi, konfrontert med filmer og fotografier av seg selv i forbindelse med politiavhør (Svedin og Back 1996). Selv da benektet så å si alle at de hadde blitt brukt på denne måten. Dette sier noe om behovet for å glemme eller late som det utålelige aldri har skjedd.

10.2 *Barneprostitusjon*

FNs befolkningsfond (UNFPA 1997) anslår at det er et titalls millioner barn på det kommersielle sexmarkedet i verden og at ca. to millioner jenter fra fem til femten år tvinges ut i prostitusjon hvert år. Den økende sexhandelen i verden bidrar til å spre HIV og AIDS, samtidig som HIV- og AIDS-epidemien får en rekke kunder til å oppsøke barn i den tro at de derved unngår å bli smittet. En del menn som selv er infiserte, har sex med barn i den tro at de kan bli friske av å ha samleie med jomfruer (Utrikesdepartementet 2001). Kjønnssykdommer, i tillegg til graviditeter og psykiske traumer, utgjør en betydelig risiko for de utsatte barna.

De fleste «kundene» er stort sett personer som er bosatte i det landet der prostitusjonen foregår. Tusenvis kommer imidlertid fra industrialiserte land. Bl.a. fattigdommen i de berørte landene gjør barn sårbare for en slik virksomhet. Se også kap. 10.3 om barnesexturisme.

August 2000 ble det i Norge forbudt å utnytte ungdom under 18 år somprostituerte (straffeloven § 203). Før var det 16-årsgrensen eller den seksuelle lavalder som gjaldt. Omfanget av barneprostitusjon i Norge er ukjent.

I en større undersøkelse av ungdommer i Oslo utført ved NOVA (Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring, Pedersen og Hegna 2000) ble 10.812 skoleelever i alderen 14–17 år spurt bl.a. om de noen gang hadde solgt seksuelle tjenester. 1,4 % av ungdommene svarte at de hadde solgt sex, og mer enn tre ganger så mange gutter som jenter svarte at de hadde gjort det. Guttene var gjennomsnittlig 14,2 år og jentene 14,4 år første gang det skjedde. 70 % av ungdommene hadde solgt sex mer enn tre ganger, og over halvparten mer enn ti ganger. De traff kundene i sentrum av Oslo og muligens også via annonser, kontakttelefoner og prategrupper på Internett. Ungdommene var fra alle bydeler, og gruppen hadde en relativt høy forekomst av rusmisbruk og atferdsvansker. Flere rapporterte også symptomer på angst og depresjon og var oftere ensomme enn resten av ungdomsgruppen. Få av ungdommene hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet. Forskerne antok at

kundene for det meste var voksne menn, ofte bifile eller homofile, og at noen av ungdommene kunne være gutter med en gryende homofil orientering som søkte voksne, erfarne menn for å utforske sin egen seksualitet. Det er viktig å være oppmerksom på denne gruppen ungdommer med tanke på forebyggende tiltak. Hjelpeapparatet vil kunne nå mange av dem gjennom oppsøkende virksomhet.

Barneprostitusjonen i Oslo later ikke til å foregå i de samme områdene som den voksne prostitusjonen (Jessen 2000). Som en del av en større europeisk undersøkelse har Renland (2001) kartlagt forskjellige offentlige instansers oppfatning av fenomenet kjøp og salg av barn til seksuelle formål til og i Norge, og hva som gjøres for å bekjempe fenomenet. De fokuserte områdene har vært prostitusjonstrafikken mellom Russland og Nord-Norge, og enslige, mindreårige asylsøkere i Norge. Undersøkelsen viser at hjelpeapparatet i Norge mangler systematisk kunnskap om omfanget av denne typen barne- og ungdomsprostitusjon og hva som skjer med barna og ungdommene i den forbindelse.

Selv om bare en liten andel av ungdommene i NOVAs undersøkelse hadde kontakt med hjelpeapparatet, finnes det et ikke ubetydelig antall ungdommer i barnevernets og barnepsykiatriens institusjoner som har solgt seksuelle tjenester. Mange av ungdommene som er misbrukt seksuelt fra før, tyr til rusmidler for å døyve ettervirkningene av overgrepene, og presses ut i prostitusjon for å finansiere rusmisbruket.

En spesiell form for barneprostitusjon ser vi når voksne med omsorg for barn, for eksempel foreldre, lar andre forгриpe seg på barna mot betaling. Dette kan forekomme i enkelte familier der det er en generell grenseløshet med hensyn til seksualitet, og ofte kan det være flere overgripere og flere ofre i samme familie (Faller 1995).

10.3 *Barnesexturisme*

Mange overgripere fra vestlige land, bl.a. Norge, reiser til land i Asia, Afrika, Latin-Amerika og Øst-Europa med den hensikt å utnytte barn seksuelt. Noen av «turistene» forгриper seg på barn også i hjemlandet, mens andre begrenser seg til utnytting i utlandet der det er lavere risiko for å bli oppdaget. Enkelte turister har ikke planlagt å kjøpe sex på turene sine, men blir fristet i visse situasjoner preget av mangel på ytre kontroll. Noen studier kan tyde på at et flertall av de som kjøper sex av barn i utlandet, ikke er pedofile i den forstand at de tenner seksuelt på barn før pubertetsalderen. Mange «sexturister» vil kjøpe sex fra personer i høyst varierende alder, inkludert kjønnsmodne mindreårige. «Kundene» er ikke nødvendigvis pedofile, men kan være grenseløse, ikke bry seg om barnets alder, barnet eller ungdommen virker tiltrekkelige på dem og/eller ytre, hemmende faktorer er fraværende. Noen tiltrekkes av ungdommer av det ene eller begge kjønn i eller over puberteten.

De fleste av disse «kundene» er menn, mens noen er kvinner (O'Connell 1998, Kleiber 1998, Utrikesdepartementet 2001). Barn blir oftest lurt, solgt eller truet inn i prostitusjon. Etter norsk lov kan norske statsborgere straffefølges i Norge selv om den seksuelle utnyttningen foregikk i utlandet. En nordmann kan for eksempel få en dom for å ha kjøpt sex av en 17-åring i et annet land.

10.4 Menneskehandel med barn over grensene («trafficking of children»)

På samme måte som bl.a. fattigdommen bringer millioner av barn inn i prostitusjonen i hjemlandet, blir et stort antall kvinner og barn lurt eller presset til å reise ut av sitt eget land og tvunget ut i prostitusjon eller brukt som billig arbeidskraft. Noen oppholder seg i utlandet på illegal basis, andre på turistvisum og enkelte i arrangerte ekteskap. De er prisgitt sine «importører». Barn fra Øst-Europa kidnappes og fraktes til Tyskland og andre vesteuropeiske land, barn fra Filippinene importeres til USA, afrikanske barn tvinges fra ett afrikansk land til et annet, osv. Mange er lovet arbeid som hushjelper i rike familier eller ansettelse i restauranter eller barer, og reiser med nysgjerrighet og optimisme, for så å bli utnyttet av hensynsløse og brutale halliker og overgripere. I Norge er det eksempler på at barn fra Russland har kommet sammen med mor eller blitt sendt på «ferie» til pedofile. Vi vet for øvrig ikke omfanget av denne typen trafikk til Norge (Kvinnegard 2001).

10.5 Offentlige og ideelle organisasjoners kamp mot kommersiell utnyttning av barn

I Norge tar KRIPOS (Kriminalpolitisen) imot opplysninger om barnepornografi på Internett. KRIPOS har egne eksperter på området og deltar i internasjonalt etterretningsarbeid. Det har lyktes å sprengte flere pedofilringer på denne måten. Også norske pedofile har blitt avslørt og straffet gjennom internasjonalt politisamarbeid.

ECPAT (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purpose) som er et globalt nettverk av frivillige organisasjoner med hovedkontor i Bangkok, arbeider på verdensbasis med å bekjempe og forebygge salg av barn, barnesexturisme og utnyttelse av barn i prostitusjon og pornografi. Den har nettverk i en rekke land. Redd Barna representerer ECPAT i Norge. Bevisstgjøring av reiselivsbransjen er et viktig mål. Reiseselskapene blir oppfordret til å stille krav til og sjekke samarbeidspartnere på reisemålene og bryte forbindelsen med hoteller der barneprostitusjon forekommer eller formidles. Videre er bransjen bedt om å formidle informasjon om og holdninger til barnesex til de reisende fra Norge. Turister oppfordres til å melde fra når de oppdager barneprostitusjon.

Barne- og familiedepartementet har i samarbeid med det svenske

Socialdepartementet utviklet et regionalt IT-nettverk, «The Child Center for Children at Risk in the Baltic Sea Region», der alle medlemsland i Østersjørådet deltar (Danmark, Estland, Finland, Island, Latvia, Litauen, Norge, Polen, Russland, Sverige og Tyskland). IT-nettverket skal ha fokus på utsatte barn og unge i regionen. Nettverket skal brukes til å styrke kontakt, samarbeid og erfaringsutveksling mellom medlemslandene i regionen. Nettverket vil være et viktig bidrag til å øke kommunikasjonen og det faglige samarbeidet på tvers av landegrensene mellom grupper som arbeider med utsatte barn og unge. Dette gjelder både fagpersoner, offentlige etater og frivillige organisasjoner.

11. Barns pålitelighet som vitner

Mistanker om seksuelle overgrep oppstår ofte etter at barnet selv har fortalt, mer eller mindre tydelig, om det som har skjedd, til en voksen det har tillit til. Som oftest vil dette være moren. Barnets egen fortelling blir dermed sentral i den videre utredningen, og man diskuterer ofte barnets troverdighet.

Når vi sier at et barn er troverdig, mener vi vanligvis at det barnet uttrykker, er i samsvar med virkeligheten. Barnet oppfattes som ikke-troverdig når det barnet sier, ikke stemmer overens med faktiske forhold. Vi sier gjerne at barnet fantasierer, det klarer ikke å skille drømmer og fantasier fra realiteter, det lyver, noen har påvirket barnet (bevisst eller i form av ledende spørsmål), eller barnet er delaktig (vanligvis uten selv å forstå det) i et komplott mot noen.

Troverdighet omtales ofte som en egenskap ved barnet eller ved barn generelt og innebærer en vurdering av hvorvidt barnet eller barn generelt er til å stole på. Anne Poulsson (Rønneberg og Poulsson 2000) har problematisert det forholdet at vi har en tendens til å se bort fra at barn kan snakke sant selv om de ellers pleier å lyve mye. Videre kan barn som vanligvis snakker sant, ha en grunn til å lyve. Begrepet troverdighet inkluderer imidlertid også egenskaper ved mottakeren av et budskap. Når mottakeren vurderer avsenderens troverdighet, innebærer det at han eller hun ikke bare er opptatt av det faktiske innholdet i det som kommuniseres, men også legger vekt på sin egen fortolkning av hvordan budskapet framføres. For å tydeliggjøre: Det barnet forteller, kan være sant, men det er ikke dermed sagt at barnet virker troverdig. Omvendt kan et usant budskap presenteres slik at man bedømmer barnet som troverdig. Vi vil i det følgende derfor foretrekke å bruke begrepet pålitelighet. At et barn kan uttrykke seg unøyaktig eller feilaktig, behøver ikke å bety at det er upålitelig. Det kan like godt være uttrykk for barnets ufullstendige begrepsdannelse og de voksnes mangelfulle forståelse av barnas måte å uttrykke seg på. Vi vet imidlertid at små barn, når forholdene ligger til rette for det, kan gjengi hendelser nokså presist og med overraskende detaljrikdom.

De fleste voksne er svært oppmerksomme på barns livlige fantasi og evne til å lage fantasifortellinger. Det har vært mindre oppmerksomhet rundt voksnes evne til å tolke barnas fantasier. Generelt har ikke barn den nødvendige kunnskapen og erfaringen til å fastholde troverdige fortellinger av fantasikarakter over tid (Christianson 1999).

Små barns evne til å huske og uttrykke det de minnes, begrenses av deres kognitive evner (ufullstendig evne til å bearbeide, organisere og velge ut informasjon) og deres språklige utvikling (begrenset ordforråd og liten trening i å formulere seg). Barn, spesielt de minste, har også uferdige begreper mht. tid og størrelser, og kan derfor komme til å gi både upresise og direkte feilaktige framstillinger for eksempel mht. noens alder, høyde og/eller tidsrekkefølgen

av hendelser. Når den voksne formulerer seg vanskelig med abstrakte begreper og kompleks setningsbygning, kan det føre til misforståelser ved at barnet anstrenger seg for å besvare spørsmål det ikke forstår. Med riktig spørreteknikk er det i en viss utstrekning mulig å kompensere for små barns tilkortkommenhet mht. språk, selvforståelse og oppfatning av tid.

Det barn forteller, er sterkt knyttet til deres sosiale situasjon og motiver. Barnets framstilling kan være unøyaktig mht. kilder (om det er deres egen eller andres fortelling), og den kan være preget av ønsket om å tilfredsstille andres behov. De kan være lydige og samarbeide eller gi etter for press. Barnet kan også ha behov for å skjule egne følelser av skam, skyld, fortvilelse eller delaktighet. Videre kan barnet frykte represalier, være redd for at andre kan bli utsatt for straff eller represalier, bekymre seg for at noen kan bli sint, eller engste seg for tap av nære personer ved at familien blir oppløst. Barnet kan derfor bevisst velge ikke å snakke sant. Vi kan også se at barn kan støtte opp under for eksempel en mors mistanke for å tilfredsstille hennes ønsker. Eldre barn kan i enkelte tilfeller «finne på overgrep». Årsakene kan være flere. Barn kan bl.a. komme med en slik beskyldning for å rette oppmerksomheten mot andre forhold i livssituasjonen, for eksempel vold hjemme. Samlet sett vil faktorene som er nevnt ovenfor, heller trekke i retning av at barnet ikke sier noe eller «pynter på sannheten», enn i retning av at barnet gir feil eller oppdiktet informasjon. Vi må heller ikke glemme at også voksne kan ha liknende motiver for ikke å fortelle sannheten. Dette gjelder i høyeste grad voksne som har forgrepet seg på et barn.

Barn snakker ofte sant fra begynnelsen av, men kan lett villedes av ledende spørsmål eller ved at det går lang tid mellom den aktuelle hendelsen og intervjuet. Effekten er avhengig av alder, men gjelder spesielt barn under fem år. Barna har imidlertid først og fremst en tendens til å utelate informasjon eller la være å svare framfor å svare galt eller å «dikte opp» opplysninger. Undersøkelser tyder faktisk på at yngre barn er mindre påvirkelige enn eldre barn når de får spørsmål om følelsesladde handlinger og følelsesladet detaljinformasjon (Christianson 1999). Forskning viser generelt at yngre barns spontane fortellinger om overgrep sjelden er påfunn, og at barn vanligvis ikke samtykker i ledende spørsmål om aktiviteter og hendelser av seksuell karakter som ikke har skjedd (Christianson 1999). Problemet er tvert om å få barna til å fortelle noe som helst om det de har opplevd.

Forskning indikerer i tillegg at det kan være vanskelig å fortelle om noe som er koblet til seksualitet, selv om det ikke har skjedd noe upassende. I en studie intervjuet man 5–7-årige jenter etter at de hadde gjennomgått en helsekontroll hos en barnelege (Goodman og Clarke-Stewart 1991). Majoriteten av de jentene som hadde gjennomgått en genital undersøkelse, nevnte ikke dette da de seinere ble bedt om å fortelle om undersøkelsen. Til og med når jentene hadde en korrekt anatomisk dukke til rådighet når de fortalte,

utelot over 80 % å fortelle at noen hadde berørt underlivet deres. Da intervjueren pekte på dukkens kjønnsorgan og spurte direkte om legen hadde tatt på barnet der, medga imidlertid nesten alle som hadde blitt undersøkt genitalt, at dette hadde skjedd.



Pålitelighet må ikke forveksles med uttrykksmåte. Det er viktig å være oppmerksom på at man i enkelte sammenhenger kan komme til å trekke feil slutninger og for eksempel anta at barnet fantaserer eller bare beskriver trivielle hendelser fordi man rett og slett ikke forstår hva barnet sier. Fordi barn som regel aldri har hørt eller lest om at barn utsettes for overgrep, og i alle fall ikke kjenner detaljer omkring slike overgrep, har de heller ikke ord og begreper til å beskrive det de har opplevd. Barna vil derfor ofte beskrive handlinger og hendelser med begreper de kjenner. «Pinne i rumpa» kan beskrive et analt overgrep. Barnet prøver kanskje å si noe om at det kjente noe hardt og spisst som presset mot rumpa. Tilhøreren kan tro at barnet snakker om et trivielt uhell. Normann (1993) beskriver i sin bok bl.a. en hendelse der en liten gutt fortalte at han hadde en varm potet i munnen som det kom slim ut av, og at det derfor ble vanskelig å puste. I et slikt tilfelle kan den voksne lett komme til at barnet fabulerer. Det viste seg imidlertid at dette var guttens måte å uttrykke at han hadde måttet suge på noens penis. Det hele kompliseres av at enkelte barn utsettes for bisarre overgrep. Det er ikke vanskelig å tenke seg at det barn forteller om groteske overgrep, både kan være vanskelig å forstå og å tro. Omvendt kan selvsagt barnets (særlig yngre barns) upresise måte å uttrykke seg på også gi assosiasjoner i retning av overgrep uten at barnet har opplevd dette.

Det kan også være et problem å få tak i barnets opprinnelige historie. Ofte konfronteres fagfolk og andre med den voksnes gjenfortelling av hva barnet skal ha sagt. Vanligvis vil det da ligge en viss grad av fortolkning i det den voksne forteller, og ofte er historien «krydret» med den voksnes ord og uttrykksmåter. Med jevne mellomrom hører vi at slike historier bedømmes som lite troverdige for eksempel fordi et barn på en viss alder umulig kan ha uttrykt seg på akkurat den måten. Dette må imidlertid ikke forveksles med påliteligheten eller substansen i barnets egen historie.

Avgjørende for at barn (og voksne) skal kunne minnes og fortelle pålitelig, er at de kjenner seg trygge i intervjusituasjonen. Studier viser at barn svarer mer korrekt om de får støtte og kjenner seg trygge og komfortable i intervjusituasjonen (Christianson 1999). Det kan være fruktbart, og det er vitenskapelig støtte for at det er nødvendig å møte et barn flere ganger når man skal samtale om sterke følelsesmessige opplevelser. Avdekking er en prosess over tid. Christianson (1999) påpeker at hukommelsesarbeidet vanligvis fortsetter mer eller mindre bevisst etter samtals slutt. Minner kan derfor

dukke opp lenge etter at spørsmålet er stilt. Ofte kreves det flere forsøk for å aktivere minner. Når vi begynner å fortelle, husker vi mer og mer. Å fortelle medfører at man samtidig bearbejder minner slik at man etter hvert kan få tilgang til det som er vanskeligst og mest ubehagelig. Slik er det også for voksne. Dersom et barn utsettes for gjentatte avhør over lang tid, øker imidlertid risikoen for at det kan påvirkes av ledende spørsmål. Spesielt gjelder dette førskolebarn og når det er flere intervjuere.

Når barn har kunnskaper om detaljer som de vanligvis ikke har kjennskap til, for eksempel at sæd smaker salt og er seigt og klissete, styrker det barnets fortelling. Hvis barnet viser følelsesmessige reaksjoner (tar til tårene, stopper opp å fortelle, stotrer), beskriver detaljer som at det luktet øl eller etterbarberingsvann av den som forgrep seg på ham eller henne, bidrar dette også til å sannsynliggjøre beretningen. Mange barn viser imidlertid ikke vesentlige følelsesmessige reaksjoner når de skal fortelle om noe som er vanskelig, eller som har berørt dem (Wood mfl. 1996). Mangel på følelsesmessige uttrykk er derfor ikke et tegn på at barnet snakker usant.

Det er ikke uvanlig at barn trekker tilbake beskyldninger om overgrep. Dette skjer i mellom 4 og 22 % av tilfellene i ulike undersøkelser (Christianson 1999). Fenomenet er beskrevet av Summit (1983) under betegnelsen «The Child Sexual Abuse Accomodation Syndrome». Mange oppfatter dessverre tilbaketrekning av beskyldninger som det endelige beviset på at det tidligere har blitt satt fram falske anklager. Dette kan selvsagt forekomme. Klinisk erfaring gir imidlertid ikke støtte for denne antakelsen og indikerer mer komplekse mekanismer i de sakene der påstandene om overgrep trekkes tilbake.

Generelt viser forskning der man har gjennomgått et større antall saker over et lengre tidsrom, at andelen falske beskyldninger er lav. Antakelig dreier det seg om 4–6 % av de framsatte påstandene om overgrep (Faller og deVoe 1995, Oates mfl. 2000). Det ser ikke ut til at bevisst fabrikkerte påstander om overgrep forekommer vesentlig oftere i forbindelse med konflikt eller skilsmisse mellom foreldrene enn i andre sammenhenger (Brown mfl. 2000). I de fleste sakene der det er satt fram falske beskyldninger, er det andre enn barnet som er opphav til de uriktige opplysningene.

Vi må alltid ha mulige feilkilder in mente og kritisk gjennomgå opplysninger om at et barn kan være utsatt for overgrep. Det er imidlertid et mye større problem at barn ikke rapporterer om overgrep eller ikke blir trodd eller forstått når de forteller om det, enn at barn ikke er pålitelige eller fabrikkerer falske beskyldninger.

12. Samtaler med barn

12.1 *Å fortelle om overgrep*

Noen barn forteller direkte til foreldre eller andre om overgrep de har blitt utsatt for. De kan gjengi mesteparten av det de har opplevd, eller deler av det. Det er naturlig for mange barn å fortelle om det til en person som står dem nær. Barna klarer dermed ikke nødvendigvis å snakke om det til ukjente eller mer perifere personer (politi, ansatte i barneverntjenesten, skolens personale). I en undersøkelse av fosterhjemsplasserte barn sammenliknet man barn som tidligere hadde fortalt om overgrep, med barn som aldri hadde fortalt det til noen. De fleste av de som hadde fortalt det før, fortalte det på nytt til en profesjonell (93 %), mens bare 40 % av barna i den andre gruppen gjorde det (Gries mfl. 1996).

Mange barn vil ha sperrer mot å fortelle om seksuelle overgrep. Det kan være flere grunner til dette:

- overgriperen kan ha truet barnet med å drepe eller skade det, dets nærmeste eller seg selv, eller forespeilet en atskillelse mellom barnet og dets nærmeste (for eksempel at overgriperen kommer i fengsel, eller at barnet kommer på barnehjem)
- barnet kan frykte reelle konsekvenser som krise i familien, skilsmisse, innblanding fra barneverntjeneste og politi osv.
- dersom overgriperen er i barnets nærmeste familie, vil barnet kunne hindres av lojalitet overfor familien og/eller overgriperen. Kanskje er overgriperen barnets eneste omsorgsperson, og barnet vet hva det har, men ikke hva det får
- barnet kan frykte de voksnes reaksjon og være redd for ikke å bli trodd eller forstått. Det ser kanskje ingen løsning og regner ikke med at det er hjelp å få
- barnet er forlegent, har ikke ord, skammer seg, føler seg skittent og skyldbetyngt
- barnet tror kanskje at det er den eneste som opplever noe slikt, og regner med andres dom
- barnet fornemmer samfunnets tabu rundt seksualiteten eller forstår intuitivt at dette skal det ikke si noe om
- overgrepene kan fortone seg som uvirkelige; barnet er usikker på om det faktisk har skjedd, eller om det har vært en drøm
- overgrepene kan være spaltet av, og barnet kan derfor være ute av stand til å erindre dem
- den voksne har misforstått barnets signaler; det har ikke skjedd noe overgrep

Selv om mange barn ikke sier noe direkte til voksne, kan de signalisere på

andre måter at de lider overlast (se Sosial- og helsedirektoratet 2003 om signaler og reaksjoner).

12.2 Samtaleformer

Voksne kan formidle til barn at seksualitet og seksuelle overgrep er noe vi kan snakke om. Dette kan skje på gruppebasis som et forebyggende tiltak i barnehage og skole, og er beskrevet i avsnittene nedenfor. Andre samtaler må den voksne ta på sparket når et barn sender ut signaler som kan tyde på at det er utsatt for overgrep. Endelig må man planlegge og legge til rette for samtaler med enkeltbarn for å hjelpe dem til å fortelle. Det er imidlertid viktig at barnet slipper å gjenta historien sin for mange personer, både av hensyn til barnet, og fordi historien kan endres under påvirkning fra voksne.

12.2.1 Kollektive, forebyggende samtaler

Samlingsstundene i barnehagen eller samtaler i klasserommet er egnede fora for å gi barna et språk og muligheter til å snakke om et vanskelig tema. Innledningsvis kan samtalen dreie seg om kroppen, hva de forskjellige kroppsdelenene heter, hvordan de ser ut, og hva de brukes til. Rumpe, jentetiss og guttetiss må da være tema sammen med armer, bein, øyne og ører. En kan også snakke om forskjeller på voksne og barn.

Neste skritt kan være å snakke om hemmeligheter og om det som er farlig og ekkelt. Barna kan komme med eksempler på hva som gjør dem redde, lei seg eller sinte, og eksempler på gode og vonde hemmeligheter. Deretter må barna oppmuntres til å fortelle en voksen de stoler på, om det som er vanskelig, eller om «vonde hemmeligheter», og eventuelt prøve en annen voksen hvis den første ikke vil høre eller tro på barnet (Akselsdottir 1993). De må få vite at ingen kan forlange av barn at de skal holde tett om ubehagelige opplevelser. Det hender at en slik kollektiv samtale får barn til å komme til en ansatt i barnehagen eller skolen og fortelle om overgrep de har vært utsatt for. Derfor må det alltid være en beredskap etter samtalen. Tegnefilmen «Trøbbel» er instruktiv for barn i førskole- og småskolealder.

12.2.2 Spontane samtaler

Barn kan komme med uttalelser, tegninger eller stiler, eller de kan oppføre seg på en slik måte at voksne bekymrer seg for hva barna kan ha opplevd (se Sosial- og helsedirektoratet 2003 om signaler og reaksjoner). Det er ønskelig at den voksne i en slik situasjon kan bevare fatningen, om mulig sette seg ned med barnet der og da (eller kanskje etter skoletimen) og snakke rolig med det.

Hvis barnet *har sagt* noe spesielt, kan den voksne ta utgangspunkt i dette og for eksempel si:

«Du sa i timen at pappa hadde en innmari stor kuk. Hva mener du med det? Hvordan vet du at pappa har det? Fortell meg hva som skjedde ... Hva gjorde

pappa? ... Sa pappa noe? ... Hva sa han? ... Sa du noe? ... Gjorde du noe? ... Hvor var mamma? ... Avhengig av hva barnet svarer, kan læreren eller den ansatte i barnehagen tenke gjennom om hendelsen er tilfeldig og uskyldig, eller om det kan dreie seg om en situasjon der den voksne har involvert barnet i noe som har vært ubehagelig. Ofte vil barnet ikke fortelle noe. Da har i alle fall den voksne gitt barnet signaler om at han eller hun ønsker å vite om det som skjer. Kanskje barnet vil fortelle mer neste gang.

Hvis barnet har *tegnet* noe, kan den voksne for eksempel spørre:

»Hva har du tegnet her? ... Hva skjer her? ... Hvem er dette? ... Er du med på tegningen? ... Hva tenker den og den? ... Hvor har du lært dette du tegner her? ... Har du opplevd noe slikt i virkeligheten? ...«

En stil med seksuelt innhold kan møtes slik:

»Du, den stilen du skrev om den jenta som ble voldtatt – det virker som du har ganske god greie på hvordan den jenta har det. Hvis du skulle skrive mer om den jenta, hva ville du skrive da? ... Hvordan er hun? ... Har hun venner? ... Er det noen du kjenner? ... Den jenta trenger nok hjelp og en voksen å snakke med. Har hun det? ... Noen ganger har jeg lurt på om den jenta kan være deg? ... Da kan du snakke med meg om det, og jeg skal gjøre alt jeg kan for at du skal få hjelp.

Hvis barnet *oppfører seg* uanstendig i offentlighet på en eller annen måte, kan den voksne først fortelle barnet at sånn skal vi ikke gjøre mens andre ser på, e.l. (vi må sette grenser for barnets egen skyld). Så kan den voksne si: «Noen ganger når barn gjør sånn, har de lært det et sted. Mange av disse barna har det vanskelig. Kjenner du noen som gjør sånn? ... Har du lært det noe sted? Hvem har du lært det av? Er det noen som gjør sånn mot deg?»...

Den ansatte må føle seg fram og ikke presse barnet. Når barnet ikke vil si noe, kan den ansatte prøve å finne ut om barnet har en ubehagelig hemmelighet med noen, eller om det er noe barnet ikke kan eller vil si. Den voksne kan spørre barnet om noen har sagt at det ikke får si noe, og eventuelt hvem. Barnet må så få vite at ingen kan bestemme over det på den måten, og det kan være hensiktsmessig å si eksplisitt til barnet at det har «lov til å fortelle». Det går også an å snakke med barnet om å være redd for å fortelle om «vonde ting» og hva barn kan være redde for hvis de forteller. Den voksne kan si at barn kan være veldig flau og ikke tore å fortelle fordi de tror at det som har skjedd, er deres egen skyld, eller de tror at noe forferdelig kan skje. Hvis den voksne kommer barnets angst i møte, vil det lettere kunne betro seg til den voksne.

Den voksne må aldri love barnet å holde tett om betroelser om overgrep. Et slikt løfte vil ikke kunne holdes, og barnet vil føle seg dobbelt sveket dersom den voksne har lovet taushet på forhånd.

12.2.3 *Arrangerte samtaler*

Noen ganger må en samtale med et barn forberedes og planlegges. Slike samtaler kan foregå for eksempel hos en lærer eller sosiallærer, hos en helsesøster, i barneverntjenesten, i PP-tjenesten, på BUP eller hos politiet. Lærere, barnehageansatte og skolehelsesøstre kan snakke med barnet uten å informere foreldrene først. Derfor kan disse være aktuelle samtalepartnere i en tidlig fase av en sak for å klargjøre hva som skal skje videre; for eksempel om barnet skal sikres og saken meldes til barneverntjenesten og/eller til politiet. Det må avtales på forhånd mellom de involverte fagpersonene hvem som skal ha samtalen med barnet. Antallet personer som snakker med barnet om overgrepene, må begrenses til et minimum.

Når barnet møter til en slik planlagt samtale, bør det straks få vite hvorfor det er innkalt. Det er ikke bra nok å skylde for eksempel på måling og veiing. De må vite at de er der på grunn av den stilen de skrev, eller på grunn av det de gjorde i friminuttet med den og den, eller det de sa i samlingsstunden om hva de så på fjernsynet til tante, osv. Dersom den voksne ikke kjenner barnet så godt, vil det være naturlig, etter en innledning om hensikten med samtalen, å gjøre seg mer kjent med barnet og hjelpe det til å finne seg til rette. Det kan være bra å snakke om noe som ikke krever noen prestasjon av barnet. Den voksne kan fortelle om seg selv og annet som han eller hun pleier å snakke med barn om. Man kan nevne noe barnet har på seg, for eksempel en skolesekk eller noen fotballsko, som barnet kanskje ønsker skal si noe om hvem det er (identitetsmarkører, jf. Øvreeide 1995). Det er viktig at den voksne viser interesse for barnets sterke sider og hva det liker å holde på med. De som kjenner barnet, kan snakke om det de har felles fra før. Det er viktig at barnet møter respekt og får en verdig start på en vanskelig samtale. Intime spørsmål må ikke komme brått og uforberedt. Etter hvert kan den voksne nærme seg de signalene barnet har gitt, og som førte til at det ble innkalt.

Rettsvesenet er kritisk til at fagpersoner og andre snakker inngående med barnet om mulige overgrep før et eventuelt dommeravhør. Kritikken dreier seg primært om ledende spørsmål og suggererende uttalelser for å få barn til å fortelle om hendelser som aldri har funnet sted, eller som er egnet til å forkludre minnet som barnet har om overgrepene. På den andre siden er det ofte vanskelig å komme noen vei i forhold til politiet med en sak der barnet ikke har sagt noe som helst, men kanskje bare har signalisert at noe er galt. Når barnets nærmeste og fagfolk forblir tause om overgrep, vil budskapet til barnet være at dette snakker vi ikke om. Da blir det enda vanskeligere for politiet å få noe ut av barnet i et avhør. Derfor kommer vi ofte ikke utenom å snakke med barn om overgrep før en eventuell anmeldelse. Det er imidlertid en vanskelig balansegang å snakke med barnet på en slik måte at barnet forstår hvor vi vil, og får hjelp til å uttrykke seg, og samtidig unngå å stille barnet ledende spørsmål som kan virke suggererende (Rønneberg og Poulsson 2000).

Mange barn vil ha vanskelig for å fortelle om seksuelle overgrep i en samtale. Barnet kan ha brukt mye energi på å isolere og undertrykke hendelsen i hukommelsen og ser kanskje ikke selv forbindelsen mellom problemene og signalene sine og det at det har blitt misbrukt. Minnene er ofte belagt med skam, skyld og angst, og kan være usammenhengende, ordløse og kaotiske. Den voksne må ofte gi barnet både tid og ledetråder (som er noe annet enn suggesjon) for at det skal nå inn til det eventuelt ubehagelige minnet (Christianson 1996, 1999). Et eksempel på en ledetråd er: «Du fortalte til mamma om noe som hendte på badet. Fortell meg om det.» På den andre siden er det viktig at den voksne er nøytral og ikke utelukkende forsøker å få barnet til å bekrefte den voksnes mistanke. Det er nødvendig å ha flere hypoteser i hodet samtidig mht. hva som kan være utgangspunktet for barnets atferd og signaler.

Følgende er et forslag til hvordan man kan gå fram:

Man kan si til barnet at noen barn bruker denne måten (og referere til barnets signaler) for å få voksne til å forstå at noe er vanskelig for dem. Så kan man spørre barnet: «Er det slik for deg?» og invitere barnet til å fortelle. Hvis barnet forteller, skal en lytte, og gjerne gjenta det barnet har sagt, slik at det forstår at budskapet er oppfattet. Man kan også stille nøytrale spørsmål som: «... og så?» «Hva var det neste som skjedde?»

Hvis barnet ikke vil si noe, kan den voksne si:

«Jeg har snakket med veldig mange barn som har det vanskelig. De er redde for hva som vil skje hvis de forteller om det som er vrient. Har du det også sånn?»... «Hva tror du vil skje hvis du forteller det som du synes er vanskelig?» Hvis barnet er i stand til å si noe om det, kan barnet med den voksnes hjelp utdype hva det er engstelig for. I så fall er samtalepartnerne på god vei til å finne fram til barnets problem.

Hvis det er tydelig at barnet er redd for å fortelle noe og det ikke klarer å si hva det er redd for, kan den voksne spørre om det vil at den voksne skal gjette. En kan da komme med forslag, og be om at barnet sier fra eller kommer med et signal om det den voksne foreslår, stemmer. Man kan si: «Du tror kanskje det vil skje noe vondt med deg selv eller noen du er glad i? ... (avvente signal)

kanskje moren din? ... (avvente signal)

kanskje faren din? ... (avvente signal)

søsteren eller broren din ... (avvente signal)

kanskje du er redd noe skal skje med et dyr du har? ... (avvente signal)

du tror kanskje at du kommer på barnehjem? ... (avvente signal)

at noen blir drept? ... (avvente signal)

at noen kommer i fengsel? ... (avvente signal)
at noen går fra deg?... (avvente signal)
at moren og faren din blir skilt? ... (avvente signal)

Hvis barnet bekrefter noe av det ovenstående, kan en spørre hvem som har fortalt dette til barnet. Hvis barnet forteller hvem som har sagt det, kan en gå videre: »Han eller hun er kanskje redde for at du skal si noe. Kan det være sånn at han eller hun har gjort noe han eller hun ikke skulle ... er det slik? ...

Når man skal snakke med små barn (under 5-6 år), kan det være vanskelig å holde på barnets oppmerksomhet med mindre man gjør noe sammen med barnet som har med temaet å gjøre. Man kan for eksempel begynne å tegne noe barnet vil en skal tegne, og så tegne et hus, barnets rom og lignende etter instruks fra barnet. Deretter kan man snakke om hvordan barnet liker å være i det huset eller rommet og hva som har hendt der. Barnet kan også tegne noe selv, for eksempel familien sin. Dette kan brukes som et utgangspunkt til å snakke om de forskjellige medlemmene i familien (se også Hewitt 1998).

Samtalen bør stoppe når den voksne vet nok til å kunne vurdere videre handling (melding til barneverntjeneste eller politi, samtale med foreldre), eller når barnet synes det har sagt nok. Deretter bør samtalen dreie seg om mer hverdagslige eller hyggelige ting slik at barnet får samlet seg før det går ut av rommet. Inngående samtaler om overgrep er politiets jobb.

Hvis barnet har fortalt om vanskelige forhold hjemme, må man spørre om hvordan det vil bli å komme hjem etter samtalen. Det er viktig å ha en beredskapsplan i bakhånd i tilfelle barnet ikke kan sendes hjem. I så fall må man orientere det om hvor det skal være, og hva som vil skje den nærmeste tiden. Barnet må også få tydelig beskjed om når det vil få vite noe mer.

Selv om det kan se ut som om barnet lever i en uholdbar situasjon, må den voksne respektere at det ikke kan eller vil fortelle. Den voksne må også ha i mente at han eller hun kan ha tatt feil. Barnet må ikke forledes eller presses til å fortelle om ting som ikke har hendt. Den voksne bør etter en slik samtale føle seg relativt trygg på at det barnet har fortalt, reflekterer barnets opplevelser.

13. Forebygging

Å arbeide forebyggende er en vanskelig oppgave, uansett hvilket problemfelt man tar for seg. I tillegg til utvikling av nye strategier og tiltak som fungerer, vil det å måle resultatene av forebyggende arbeid være blant de største utfordringene i tiden framover (Glavin og Erdal 2000).

I Norge har man lagt stor vekt på tverrfaglig, tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid i forebyggingsplaner og tiltak, noe som representerer en utfordring i seg selv.

Det er viktig å skille mellom de ulike forebyggingsnivåene for å forstå sammenhengen mellom mål og tiltak. Noe forenklet kan man framstille det slik:

1) Primær forebygging er alle tiltak som tar sikte på å forhindre eller redusere risikoen for at det oppstår en skade. Et eksempel er å fange opp barn og unge med problematisk seksuell atferd med tanke på å forhindre at de utvikler overgriperatferd. Andre eksempler er generelle opplysningstiltak og forebyggingsprogrammer.

2) Sekundær forebygging tar sikte på å identifisere skade på et tidlig stadium, slik at man raskt kan iverksette tiltak for å forhindre eller stanse den videre utviklingen av skaden. Opplæringstiltak for ansatte som arbeider med barn og unge, eller for ansatte i etablerte konsultasjons- og hjelpetjenester, er eksempler på tiltak for sekundær forebygging.

3) Tertiær forebygging tar sikte på å redusere funksjonssvikt og sosiale konsekvenser av allerede oppstått skade. Ett eksempel er gode behandlingstilbud for både ofre og overgripere.

13.1 Kunnskapsbygging i tjenester og organisasjoner

Generelt er det svært viktig å formidle kunnskap om overgrep til alle voksne som arbeider med barn. Spesielt må ansatte i skolen og skolehelsetjenesten, barnehagene, PP-tjenesten, barnevernet, BUP og på helsestasjonene tilføres nødvendig kunnskap om barns signaler om og symptomer på at de kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep. De som arbeider i slike institusjoner, må forstå når det er grunn til å bli bekymret. Man må også legge vekt på å spre kunnskap om normalatferd og seksualitet hos barn (se kap. 2 om barns seksualitet). Slik kan man både øke beredskapen i forhold til mulige overgrep og unngå uheldige spekulasjoner, feilslutninger og mangelfullt begrunnede inngrep i barnas tilværelse.

Alle som arbeider med barn, bør ha tilgang til relevant litteratur. Videre bør de kunne innhente råd eller vite hvor de kan få konsultativ hjelp dersom de må håndtere en overgrepsmistanke. Det bør foreligge planer for hvordan en

ansatt skal forholde seg ved mistanke om seksuelle overgrep mot et barn. Planene må omfatte både akutte situasjoner og andre situasjoner, og alle ansatte må være kjent med planene. En slik beredskapsplan må regelmessig oppdateres og gjennomgås på tjenestestedet.

Holdningsskapende arbeid i institusjonen eller etaten er også et sentralt forebyggende virkemiddel. Det kan bl.a. dreie seg om å bli seg bevisst egne grenser og egen seksualitet. Det er også viktig at eieren og lederen av institusjonen har en tydelig holdning til temaet. Intern opplysning og undervisning kan påvirke holdninger på en god måte. Dette kan gjerne skje gjennom gruppearbeid, kassgjennomgang og rollespill.

De som arbeider i organisasjoner som gir tilbud til barn og unge, bør, på samme måte som offentlig ansatte, vite hvordan de skal håndtere overgrepsmistanker, og hvor de kan henvende seg med en eventuell mistanke. I frivillige organisasjoner er det ingen formell kontroll med ledere i barne- og ungdomsgrupper. Arbeid med holdninger og styrket sosial kontroll, ved at det alltid er minst to voksne til stede, vil til en viss grad kunne bøte på dette.

13.2 *Generelt holdningsskapende arbeid*

Store holdningskampanjer tar vanligvis i bruk virkemidler som plakater, brosjyrer, musikk, undervisning og reklameinnslag og søker å oppnå en viss mediedekning. I det generelle holdningsskapende arbeidet har imidlertid også helt andre innfallsvinkler og tiltak vist seg å være effektive.

Redd Barnas nettvettregler (konkrete råd til barn og unge om forholdsregler de bør ta når de «chatter» på nettet) er ett eksempel. Et annet er Redd Barnas og Raftostiftelsens initiativ overfor reiselivsbransjen i arbeidet mot sex-turismen. Barneombudet, Redd Barna og andre organisasjoner har engasjert seg mot klær, motetrender og kropps- og kjønnsfikserende reklame rettet mot barn som presenterer barn som små voksne. Organisasjonene ønsker å gjøre barna bevisste på hvilke signaler de sender, men de protesterer også mot produsenter og salgsapparat i deres bruk av og påvirkning av barn i reklameøyemed.

I tillegg til å fokusere på de kommersielle kreftene er det viktig å analysere kulturen og maktstrukturene i samfunnet, motstanden mot å ta temaet på alvor og samfunnets doble normsystemer. Offisielt godtar ikke samfunnet seksuelt misbruk og mishandling av barn. Likevel skjer det uoffisielt, med manges viten og uten at noen griper inn. En analyse av disse forholdene vil gi: «en bättre övergripande förståelse av fenomenet (...). Men detta ger också fördjupad kunskap om hur det konkreta övergreppet görs möjligt och hur övergreppsprocessen utvecklas» (Mellberg 1995, s. 15).

13.3 Forebygging på gruppe- og individnivå

Forebygging på et gruppe- og individnivå kan dreie seg om at barn generelt, eller utsatte barn og unge spesielt, har arenaer der de er trygge. De må ha tilgang til voksenpersoner som kan gi hjelp og som gir rom for at barna kan ta opp vanskelige temaer. Slike arenaer kan være hos helsesøsteren, på helsestasjonen for ungdom, hos sosiallæreren, på fritidsklubben osv.

13.4 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er viktig på alle forebyggingsnivåer.

Når det gjelder generell forebygging, vil en tverrfaglig tilnærming og planlegging være viktig for å få fram det ønskede budskapet og de sentrale faktorene. Ett eksempel på det er samarbeid mellom politiet, barnehagen og helsestasjonen for å lære barn forskjellen mellom rett og galt og om egne grenser. Et annet eksempel er samarbeid mellom flere departementer om en opplysningskampanje om barns seksualitet og signaler om mulige overgrep, rettet mot foreldre.

Ved sekundær og tertiær forebygging er det tverrfaglige samarbeidet minst like viktig, spesielt fordi hjelpetjenestene har ulike roller og muligheter. Alle har ansvar for å oppdage eller melde fra om overgrep. I den videre prosessen har BUP og sykehusenes barneavdelinger og barnepoliklinikker som oppgave å diagnostisere og behandle skade, mens barneverntjenesten har som oppgave å beskytte barnet mot nye overgrep. Politiet har som oppgave å etterforske lovbrudd. Det er avgjørende å etablere gode samarbeidsstrukturer og -rutiner for å hindre unødig dobbeltarbeid og for å sikre at arbeidet utføres av den eller de som er best kvalifisert(e), og som har det nødvendige mandatet (se Sosial- og helsedirektoratet 2003 om tverrfaglig samarbeid).

13.5 Programmer

Flere ulike forebyggingsprogrammer er utviklet de siste tiårene. Mange av dem retter seg mot barn, og de fleste er utviklet i USA eller andre vestlige land. Med større og mindre hell har flere av forebyggingsprogrammene blitt omarbeidet og tilpasset norske forhold.

«Trygg og sterk», «Kidscape», «Feeling happy feeling safe» og «Stay Safe» er eksempler på forebyggende programmer som er utarbeidet med formål å lære barn når de kan eller skal si nei, å skjelne mellom naturlig og unaturlig kroppskontakt, å få barn til å forstå hva de bør fortelle voksne, osv. Videre legger en del av programmene opp til at barna skal få et positivt selvbilde og bevissthet om sin egen kropp.

Flere av forebyggingsprogrammene er evaluert med hensyn til effekt. Konklusjonene spriker, og en del av programmene har vært kritisert for å legge for stort ansvar på barna. Ett eksempel er en undersøkelse der overgripere «evaluerer» et forebyggingsprogram (Conte mfl. 1989). Overgriperne

pekte på at barn gjerne reagerer først etter at overgrepet har skjedd. Kunnskapen fra programmene om at de «lot» overgrepet skje, kunne dermed gi barna ytterligere skyldfølelse. Enkelte programmer har derfor blitt endret noe, for eksempel fra å lære barna å si nei til eventuelle overgripere, til å gi beskjed til voksne de stoler på når de har opplevd noe ubehagelig. På den andre siden mener mange at barn må kunne lære at det er lov å si nei til for eksempel uønsket berøring. Ansvarer ligger imidlertid alltid hos den voksne.

En rekke undersøkelser tyder på at barn som har deltatt i et forebyggingsprogram, oftere har kunnskap om hva som regnes som «overgrep», enn andre barn. Undersøkelsene forteller imidlertid ikke om barna i større grad har unngått overgrep (Gibson og Leitenberg 2000). Andre undersøkelser viser til at enkeltprogrammer (Stay Safe o.a.) har god og ønsket effekt (MacIntyre og Carr 1999, Gibson og Leitenberg 2000).

13.6 *Hjelp til overgripere*

En overgriper som har anledning til å bevege seg blant barn og unge, vil alltid innebære en risiko. Mye tyder på at det er viktig å tilby overgripere behandling og hjelp. En oppsummering av erfaringer fra behandlingsforsøk bl.a. i Bergen og Kuopio i Finland har vist at det er vanskelig å dokumentere effekten av slike behandlingsopplegg, men det er grunn til å tro at mange overgripere får kunnskaper og erfaringer gjennom behandlingen som virker forebyggende i forhold til nye overgrep (Nøttestad og Waage 2000, Koikkalainen 2000). Spesielt vil dette gjelde for unge overgripere i begynnelsen av en overgriperkarriere. Tidlig intervensjon, fortrinnsvis etter første eller andre overgrep, vil kunne hindre at den unge overgriperen får et mer fastlåst overgrepsmønster som fortsetter opp i voksen alder (Långström 2000b, se forøvrig kap. 4.1 om barn og unge som forgriper seg seksuelt).

Flere prosjekter i utlandet med hensyn til behandling av ungdom som forgriper seg seksuelt kan vise til gode resultater. Det må satses videre på opplæring og metodeutvikling.

13.7 *Kontroll av ansatte*

Kontroll av søkere til stillinger ved arbeidssteder der det er barn, vil kunne ha en viss forebyggende effekt. Et eksempel på dette er kravet om at alle som arbeider i barnehager og i barnevernet, må levere politiattest i forbindelse med ansettelsen. Arbeidsgiveren må imidlertid være oppmerksom på at dette bare fanger opp arbeidssøkende som allerede er dømt for eller er under etterforskning for seksuallovbrudd. Intervju av søkere om deres forhold til barn og seksualitet kan også gi en viss pekepinn i forhold til om personen egner seg til arbeidet.

13.8 ***Informasjon om overgripere i nærmiljøet***

Justisdepartementet har i rundskriv G-116/2000 gitt retningslinjer for varsling om dømte seksualforbrytere og/eller pedofile i nærmiljøet. Det er strenge krav til slik varsling. Den vil som regel forutsette at det er overhengende fare for at vedkommende skal forгриpe seg på barn. Dette innebærer både at vedkommende har gjort noe liknende tidligere og at han eller hun er kjent for politiet. Dessuten må det være klart at eventuelle andre tiltak ikke vil ha tilstrekkelig effekt. Se dessuten Sosial- og helsedirektoratet 2003 om å gi informasjon.



14. Behandling

Seksuelle overgrep mot barn er vanligvis en stor belastning for de involverte. Oftest vil familien ha behov for råd eller mer omfattende hjelp. Ikke alle overgrepssatte barn har behov for terapi. Det må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Små barn er ofte uten symptomer (Gomez-Schwartz mfl. 1990). At barnet er tilsynelatende symptomfritt, behøver imidlertid ikke å bety at det ikke har behov for behandling eller oppfølging. Symptomene kan dukke opp seinere. Mye tyder imidlertid på at barna klarer seg best når foreldrene får hjelp til å takle den eventuelle krisen og blir i stand til å støtte barnet sitt (Grosz mfl. 2000).

Behandlingen av seksuelt misbrukte barn og deres familier må tilpasses forskjellige kontekster, den krever ulike tilnæringsmåter og er en utfordrende prosess. Familier i krise må møtes «der de er». Det bør imidlertid alltid skje en utredning av barnet, familien og nettverket rundt barnet i tilknytning til fortsatt behandling (se for eksempel Svedin 2000a).

14.1 *Behandlingskontekst*

Behandling foregår i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og behandlingstilbud, i barnevernets institusjoner, ved familievernkontorer, hos privatpraktiserende psykologer og psykiatere og i noen grad i PP-tjenesten. Ofte settes det inn tiltak i skoler, barnehager og andre pedagogiske institusjoner, gjerne i samarbeid med BUP eller PPT.

Behandlingen av barn og familier går ofte parallelt med straffe- og sivilrettslige prosesser. Rettsprosessene kan stå på i årevis, og de bidrar til å øke familiens følelse av krise og nød. Familien vil da ha et stort behov for hjelp og støtte fra behandlingsapparatet. Samtidig vil forholdet mellom behandler og familie være sårbart fordi opplysninger fra behandlingen vil være av interesse for politi og rettsvesen. Dette krever særlig oppmerksomhet fra behandlerens side. Det er nødvendig å inngå klare avtaler med familien om hvilke

opplysninger som kan videreformidles, og hvilke konsekvenser videreformidlingen vil kunne få (se Sosial- og helsedirektoratet 2003 om samtykke, og Ihle 2000).

14.2 *Behandling i Norge*

Det har dessverre vist seg at det ikke er så enkelt for overgrepsofsatte barn og deres familier å få hjelp og behandling. Mange i hjelpeapparatet vegrer seg mot å gå inn i slike saker, med ulike begrunnelser. Mye tyder imidlertid på at når familier først får et tilbud innenfor barnepsykiatrien, vil de fleste være fornøyd med den oppfølgingen de får (Mossige 1998, Dahn og Kobberdal 1994). Det er vanlig i BUP å tilby leketerapi til overgrepsofsatte barn, og rådgivning til foreldre. I sjeldne tilfeller lager BUP grupper for barn og ungdom. Det gjøres særlig hvis det har vært større saker med mange involverte barn innenfor et geografisk område. Støttesentre mot incest har selvhjelpsgrupper for mødre til incestsofsatte barn, og noen har også grupper for unge incestsofsatte jenter over 14 år. Fra et faglig ståsted er det ønskelig med flere tilbud om gruppeterapi som et supplement til andre behandlingstiltak.

14.3 *Behandlingsprogrammer*

En rekke institusjoner i utlandet har spesialisert seg på behandling av overgrepsofsatte og deres familier og utarbeidet omfattende programmer med tilbud bl.a. om:

- utredning og krisebehandling i samarbeid med lokalt barnevern og politi
- individualterapi for alle familiemedlemmer
- gruppebehandling for foreldre som ikke har forgrepet seg
- gruppebehandling for de utsatte
- gruppebehandling for overgripere
- samtaler mellom det utsatte barnet og den voksne som ikke har forgrepet seg
- samtaler mellom barnet og overgriperen dersom han eller hun er familiemedlem
- parsamtaler for foreldrene
- samtaler med familien som helhet

Eksempler på slike institusjoner er BUP-Elefanten i Linköping i Sverige (Svedin 2000a), et behandlingssenter for gutter på Jylland i Danmark (Hildebrand og Gregersen 1994), Giarettoinstituttet i San José i California, Great Ormond Street Sexual Abuse Team i London og Kempe-instituttet i Colorado. Incestsenteret i Tønsberg arbeider etter en modell av Giarettoinstituttet. Tversprosjektet i Kristiansand er også et eksempel på en integrert modell.

Mange steder deler man behandlingsforløpet inn i stadier som klientene

skal gjennom for å bli ansett som ferdigbehandlet. Hver enkelt behandlingsinstitusjon anvender flere forskjellige teknikker og metoder, alt etter institusjonens filosofi, klientens behov og problemenes art. Vanlige terapeutiske metoder er gruppeterapi, systemisk familieterapi, psykodynamisk terapi (leketerapi), psykodramaliknende terapi, billedterapi og kognitiv (atferds-) terapi. Et relativt nytt innslag i traumebehandling er EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing, Shapiro 1995).

Forskjellige evalueringsundersøkelser viser at flere av behandlingsformene som er nevnt ovenfor, har en positiv effekt i forhold til seksuelt misbrukte barn. Kognitiv atferdsterapi ser ut til å komme spesielt godt ut. Noen behandlingsformer er ikke tilstrekkelig evaluert (for eksempel EMDR, se også Svedin 2000a).

14.4 *Problemer for bearbeiding hos seksuelt misbrukte barn*

En rekke forhold ved seksuelle overgrep gjør barn særlig sårbare på flere områder. Det kan være en hjelp for behandleren å ha disse in mente for å kunne nærme seg barnet med respekt og empati. Nedenfor nevner vi enkelte framgangsmåter som er spesielt egnet innenfor de forskjellige områdene. Flere av teknikkene kan imidlertid brukes i forskjellige sammenhenger.

14.4.1 *Tabuisering og hemmeligholdelse*

Tabuisering og hemmeligholdelse kan gjøre at overgrepene blir en verkebyll i barnet. Minnene om overgrepene spaltes ofte av fordi barnet ikke makter å forholde seg til dem. En behandler som nærmer seg barnets problem, må vise barnet at han eller hun forstår barnets angst for å snakke om det, og forsøke å alminneliggjøre opplevelsen. Behandleren må forklare barnet at han eller hun vet om mange barn som har opplevd noe liknende, slik at barnet forstår at den voksne tåler å høre om hva som har skjedd. Ofte må behandleren «gå rundt grøten» og snakke om hemmeligheter og «ting» som barnet ikke kan eller vil si, og finne ut hva barnet tror vil kunne skje hvis det forteller (se også kap. 12 om samtaler med barn). Dersom det er relativt sikkert at barnet har vært utsatt for overgrep, kan det være godt for barnet om behandleren hjelper det å sette ord på disse (det finnes unntak, se kap. 14.4.5 om traumeaspektet). Behandleren må ha tålmodighet og må iblant vente i måneder og år før barnet er i stand til å fortelle hva som har skjedd. Behandleren må forsøke å hjelpe familien til å kunne snakke om overgrepene slik at de ikke forblir tabubelagte.

14.4.2 *Svik og mangelfull omsorg*

Seksuelle overgrep når de foregår i familien, er både en form for omsorgssvikt i seg selv og en misbruk av barnets tillit. Barnet føler seg sviktet både av overgriperen og av den som ikke har forgrepet seg, men som ikke har klart å forhindre overgrepene. Behandleren må ta stilling til barnets omsorgssituasjon

dersom ikke barneverntjenesten allerede er koblet inn. Å behandle et barn mens det fortsatt utsettes for overgrep, er utilrådelig. Det betyr ikke at behandlerne skal avvise eller avslutte saker der det er mistanke om pågående overgrep. De kan utrede barnet og familien, de kan støtte foreldrene, og om nødvendig kan de melde saken til barneverntjenesten. Barn i slike situasjoner har lett for å misforstå og for å ta på seg ansvar for familiens ulykke. Barnet kan ha nytte av samtaler rettet mot å gi det en forståelse av hva som er i ferd med å skje, og hva som kommer til å skje så langt behandleren kan overskue.

En behandler må regne med lang tid og mange prøvelser før barnet er i stand til å føle en viss tillit. Dette vil ofte være en besværlig prosess. Temaer i tilknytning til tillit vil dukke opp gjennom hele behandlingsforløpet. Ferie og sykdom hos behandleren kan føre til at en skjør fortrolighet bryter sammen. Regelmessighet og forutsigbarhet er nødvendig i behandlingsarbeidet. En planleggingskalender kan være nyttig, likeledes en dagbok over gjennomførte behandlingstimer (for eksempel tegninger av hver time) som behandleren fører sammen med barnet (se også Gydal 1998). Dette hjelper barnet med å få sammenheng og oversikt over fortid og framtid.

Familieatmosfæren må være god og kunne tillate vekst hos barnet dersom det skal forbli i familien. Hvis overgriperen er en av foreldrene, vil barnet trenge hjelp til å gjenopprette tillit til den av foreldrene som ikke har forgrepet seg. Dersom overgriperen skal forbli i familien sammen med barnet, vil barnet også trenge hjelp til å bygge opp tillit til ham eller henne. Forutsetningen for et slikt tillitsarbeid må nødvendigvis være at det er grunnlag for tilliten. Barnet kan også oppleve det som vanskelig å knytte seg til eventuelle fosterforeldre eller andre permanente omsorgspersoner. Både barnet, foreldrene og fosterforeldrene trenger hjelp i en slik prosess. Barnet må få lov til å gi uttrykk for at det ikke stoler på de voksne. Da kan de voksne vise barnet i praksis at det går an å holde hva man lover. Når barnet prøver ut grenser overfor omsorgspersonen, kan den voksne forklare barnet at uansett hvordan det oppfører seg, så kommer ikke den voksne til å straffe barnet ved å slå eller mishandle det. Slik kan barnet bli seg bevisst at denne situasjonen var forskjellig fra tidligere hendelser.

14.4.3 Stigmatisering, skam og skyld

Mange misbrukte barn opplever seg som annerledes enn andre. De kan føle at de går med et «stempel i panna». Det blir viktig å synliggjøre for barnet at det ikke er alene med sine erfaringer. Derfor vil gruppebehandling av seksuelt misbrukte barn og ungdommer kunne hjelpe. Følelsen av skam er knyttet til det å være annerledes, utstøtt, latterliggjort og verdiløs. Barn kan få nye perspektiver dersom de ser at andre barn føler det samme, at andre «er i samme båt», og dersom de opplever gjensidig aksept og at de kan være noe for hverandre.

Det er vanlig at misbrukte barn føler skyld for overgrepshandlingene. Det kan være flere årsaker til det. Små barn har en naturlig tendens til å se på seg selv som årsak til det som hender dem. På den andre siden søker overgripere ofte å gi barna en følelse av ansvar for det som skjer. Samtidig kan det være en strategi hos barnet å ta på seg skyld og ansvar, fordi det gir en følelse av kontroll. Det kan være bedre å ta på seg skyld enn å være totalt hjelpeløs og prisgitt det andre mennesket. Barna kan tro at de har gjort noe, eller at de har spesielle egenskaper (at de er sexy, tiltrekkende, slemme) som har forårsaket overgrepshandlingene. De kan også ha fått en grunnleggende opplevelse av å være onde.

Det overgrepsutsatte barn og ungdommer gjerne skammer seg aller mest for og har de sterkeste skyldfølelsene i forhold til, er lystopplevelser knyttet til seksuelle overgrep. Barnet kan føle seg forrådt av kroppen sin, og barnet kan ty til ulike former for selvskading for å straffe kroppen. Barnet trenger en forståelse for at kroppens reaksjoner er helt normale. Det er overgrepene som var unormale og som ikke skulle ha skjedd.

Når barn gir uttrykk for skyldfølelse, må den voksne være villig til å lytte uten å ile til og forsikre dem om deres skyldfrihet. Barna trenger selvsagt faktiske opplysninger om hvor ansvaret for overgrepene ligger. Den følelsesmessige bearbeidingen kan imidlertid ta lang tid, og innsikten kan komme på ulike erkjennelsesnivåer (intellektuelt, følelsesmessig og som en helhetlig opplevelse) og i forskjellige faser av behandlingen. Barnet kan hjelpes til å endre tankegang (kognitiv behandling) ved å se hvilken makt den voksne hadde den gang, og hvor få muligheter barnet hadde til å handle annerledes. Barnet kan finne ut hva det egentlig ønsket å gjøre eller si i overgrepssituasjonen som det ikke turte eller hadde mulighet til. Dette kan for eksempel barnet og behandleren gjøre i rollelek eller rollespill.

14.4.4 Seksualisering av atferd og relasjoner

Barn med seksualisert atferd må få klar informasjon fra voksne om hva som er greit å gjøre i hvilke situasjoner. I tillegg bør de oppfordres til å fortelle om de har lært atferden noe sted og eventuelt hvor, og om det har sett eller vært med på noe liknende. Seksuelt misbrukte barn vil trenge mer enn grensesetting. De trenger også å endre tankegang og forstå sammenhengen mellom egen atferd og andres reaksjoner. Atferdsterapeutiske teknikker kan være effektive, der man tydeliggjør og belønner ønsket atferd eller fravær av uønsket atferd. Behandleren må imidlertid forsikre seg om at overgrepene er opphørt, før slik behandling settes i verk. Seksualisert atferd kan være et signal om at barnet fortsatt er misbrukt. Barnet bør også få seksualopplysning som er tilpasset barnets alder og opplevelser.

En tilnæringsmåte er å hjelpe barnet å bli klar over hva det opplever, tenker og føler i situasjoner der barnet opptrer på en uakseptabel måte. Et

eksempel er et barn som blottes seg. Behandleren kan hjelpe barnet å kartlegge hendelsesforløpet i detalj forut for blottingen, inkludert «triggere» (for eksempel et bilde av et dyr der man ser dyrets kjønnsorganer, og som utløser påtrengende minner), opphisselse, tanker og valg. Ved å bli bevisst de ytre og indre hendelsene som går forut for blottingen, kan barnet hjelpes til å unngå disse situasjonene. Behandleren og barnet kan finne ut sammen hva barnet kan gjøre i stedet for å gå inn i et forløp som ender med blotting. For eksempel kan barnet be om hjelp av læreren sin (etter avtale med læreren) når det opplever påtrengende minner. For at slike opplegg skal lykkes, må alle voksne i barnets miljø være i stand til å samarbeide om å hjelpe og korrigere barnet (se også Johnson 1996).

Barnet eller ungdommen vil også kunne seksualisere forholdet til terapeuten. Terapeuten må da sette klare grenser for barnet og si at han eller hun ikke ønsker å gjøre noe seksuelt med det. Behandleren kan minne den unge om at han eller hun er der fordi han eller hun skal arbeide med overgrepsopplevelsene. Den seksualiserte atferden kan være en del av barnets mestringsstrategi. Behandleren må forklare at ved nettopp denne væremåten vil barnet kunne utsette seg for nye overgrep. Det er derfor nødvendig å lære barnet alternative mestringsformer.

En behandler må lete etter ressurser hos barnet, og hjelpe barnet til å bli klar over dem og styrke dem. Barnet må videre være godt nok kartlagt med hensyn til praktiske og intellektuelle ferdigheter og må ha god nok støtte i skolen eller barnehagen slik at det kan få en følelse av mestring også på denne arenaen. Normal bruk av kroppen i sport og lek er viktige ingredienser. Psykodramainspirerte barnegrupper kan være morsomt og utviklende og gi barna en god kroppsfølelse (se for eksempel James 1989).

14.4.5 Traumeaspektet

Seksuelt misbrukte barn er i mange tilfeller traumatiserte av sine opplevelser (se kap. 3 om skadevirkninger). Dette innebærer bl.a. at de har opplevd tap av kontroll over livet sitt. De har blitt overveldet av sterke, ubehagelige følelser som de ikke har vært i stand til å fordøye på vanlig måte. Minnene om overgrepene kan eksistere i barna som kaotiske, ordløse fragmenter uten indre sammenheng. Deres fysiologiske balanse kan være forstyrret slik at de blir over-reaktive, anspente, engstelige, irritable og sover dårlig. Impulskontrollen kan svikte. De har mistet følelsen av mening med og sammenheng i tilværelsen. Fragmenter av overgrepserfaringene dukker opp som «flashbacks» og mareritt og øker angsten. Gjentakelsesatferd er vanlig, for eksempel kan barnet nærme seg voksne på en slik måte at de risikerer å bli misbrukt på nytt. Dette kan betraktes som et mislykket forsøk på mestring. Liknende mestringsforsøk ses også i barnets lek (se kapittel 2 om barns seksualitet og Sosial- og helsedirektoratet 2003 om signaler og reaksjoner).

Gjenvinning av kontroll over eget liv og mestring av hverdagen blir derfor viktig i behandlingen. Kognitive atferdsteknikker er nyttige redskaper når man skal hjelpe barnet å få taket på seg selv (se for eksempel Burton og Rasmussen 1998, Gil og Johnson 1993). Barnet trenger også hjelp til å begrense påtrengende tanker og bilder, og til å lære teknikker for å roe seg og slappe av.

«Empowering» er teknikker som hjelper barnet til å finne sin egen styrke og uttrykke seg kraftfullt i ord og handling, bl.a. når det setter grenser for andre (se også James 1989).

Barnet trenger å bearbeide smerte og angstfylte opplevelser slik at minnene om overgrepene blir lagret i barnets bevissthet på en helhetlig, ikke-fragmentert måte. Leketerapi er en vanlig behandlingsform til slikt formål (se for eksempel Eide-Midsand 1988 og 1997). Uttrykksterapi (tegning, psykodrama, rollespill) kan også benyttes. For å være i stand til å bearbeide sine opplevelser må barnet ha en passende «avstand» til dem. Barn sørger spontant for dette i leketerapi, for eksempel når de velger dyr til å representere viktige aspekter av opplevelsen (de bruker metaforer), eller når de leker at behandleren er offeret. Metaforene kan ha forskjellig grad av nærhet til det traumet som barnet trenger å bearbeide. Noen ganger blir barn overveldet av sin egen lek og opplever «flashbacks» eller intens angst. Behandleren kan hjelpe barnet til å finne metaforer som har den riktige avstanden, slik at barnet ikke blir re-traumatisert.

EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing, Shapiro 1995) er en relativt ny teknikk i traumebehandlingen. Noe av ideen med teknikken er at den skal mobilisere begge hjernehalvdeler bl.a. ved hjelp av øyebevegelser. Slik kan hele hjernen, inklusive områder for verbal aktivitet, være med i bearbeidningen av traumene.

Traumatiserte barn trenger mening og sammenheng i tilværelsen. Dette er svært viktig da deres verden er splittet, kaotisk og meningsløs (Putnam 1997, 1999). Behandleren kan trene barnet i å huske hva som skjedde samme dag, dagen før og i forrige behandlingstime. Planlegging av nærmeste framtid i samarbeid med barnets foresatte er også nyttig. Å hjelpe barnet å (gjen)skape sin egen livshistorie kan være svært terapeutisk (Christie 1995). Å stimulere barnet til å finne mening i livet og å våge å tenke at det har en framtid på lengre sikt, vil også være en sentral oppgave.

Traumatiserte barn og unge vil ofte ikke kunne arbeide direkte med de traumeskapende opplevelsene, da disse er altfor truende for barnet. Behandlerne må da velge andre framgangsmåter. Å satse på å videreutvikle barnets egne ressurser og å opparbeide kompetanse og følelse av mestring, fellesskap, kontinuitet og kreativitet i skolehverdagen og i fritiden vil da være viktige satsingsområder. Dette kan gjøres på mange måter, bl.a. gjennom teater, musikk, dans og videoproduksjon, der barnet kan iscenesette sitt eget liv i en mestrende form, eventuelt sammen med andre barn (Waaktaar og Christie 2000).

14.4.6 *Tingliggjøring og følelse av selvverd*

Både seksuelle overgrep i seg selv og prosessen etterpå, i form av avdekking, anmeldelse og rettssak, kan gi barna en følelse av å være en ting eller et objekt uten rett til egne følelser og meninger. Det er derfor nødvendig å sørge for at barnet kan komme fram med sine egne reaksjoner og tanker i forhold til det som skjer, og søke å komme disse i møte, men ikke for enhver pris å gjøre det barnet ønsker. Barnet kan imidlertid få forklaringer på hvorfor det er nødvendig å handle på den valgte måten.

Voksne kan stimulere barnets opplevelse av å være et subjekt i kraft av seg selv nettopp ved å vise interesse for hva barnet tenker, føler og vil. Barnet må få full kontroll over visse områder i tilværelsen tilpasset dets problemer og utviklingsnivå. Det må hjelpes til å føle at det er viktig og verdt noe. Dette er alltid nødvendig i behandlingen, men situasjoner i hverdagen er vel så viktige. Det er derfor nødvendig bl.a. å arbeide med barnets foresatte. Forskjellige behandlingsteknikker som tar sikte på å øve opp barnas sensitivitet og evnen til å ta alle sansene i bruk, kan hjelpe barna ut av følelseløsheten. Å kjenne etter hva som skjer i kroppen, og gjøre noe som gir en god kroppsfølelse, motvirker følelsen av å være et objekt (se for eksempel James 1989).

14.4.7 *Sorg*

Seksuelt misbrukte barn kan ha ulike tapsopplevelser. Overgriperen kan ha stått barnet svært nær, eller til og med vært den eneste som barnet har følt nærhet til. Barnets ønske var kanskje bare at overgrepene skulle opphøre. Plutselig mister barnet den daglige kontakten med ham eller henne. Hvis overgriperen er en av foreldrene, kan barnet også oppleve å miste den andre forelderen, ved at barnets tillit til denne ikke lenger er til stede (for eksempel fordi han eller hun ikke har beskyttet barnet), eller ved at den andre ikke makter å støtte barnet. Barnet kan dessuten være forvirret over sine delte følelser overfor overgriperen. På den ene siden opplever barnet sorg over å ha mistet nærheten til overgriperen, på den andre siden er barnet rasende på den samme personen. Noen barn blir utstøtt av familien etter at de har fortalt om overgrepene. Dette kan skje når familien ikke makter å tilpasse seg en virkelighet der et av familiemedlemmene faktisk har forgrepet seg på barnet. Barnet kan bli ofret for at resten av familien skal kunne beholde illusjonen av idyll. Tapedet for barnet blir totalt. En ungdom kan videre sørge over tapt tid, tapt barndom og tapt uskyld.

Bearbeiding av sorg kan skje ved at barnet lærer å kjenne egne sorgreaksjoner; ved å hjelpe barnet å sette ord på, tegne eller uttrykke de aktuelle følelsene; ved å hjelpe det å huske både det gode og det vonde; ved å hjelpe barnet til å slippe til gråt og sinne; og ved å la barnet snakke med andre barn som også kjenner sorg.

14.4.8 *Familien*

Behandlere må forholde seg til hele familien. Søsken kan også være misbrukt. Hvis de ikke er misbrukt, kan de slite med egne opplevelser av angst, sjalusi på «den utvalgte», en følelse av å ha blitt skjøvet i bakgrunnen eller skyld for ikke å ha grepet inn og forhindrede overgrepene. Dersom overgrepet har skjedd i familien, kan søsken være sinte fordi den utsatte har røpet hemmeligheten og «ødelagt familien». De kan ha sin egen forståelse av det som har hendt, og trenger korrigerende. Overgripere i familien vil ha behov for et eget behandlingstilbud, men det må også legges opp til samtaler med resten av familien hvis overgriperen skal bli boende sammen med dem. Den av foreldrene som ikke har forgrepet seg, vil vanligvis trenge massiv støtte og oppfølging gjennom hele prosessen som involverer avdekking, sjokk og krise, eventuelt kontakt med barnevern og politi, dessuten straffe- og sivilsak. Den beste hjelpen man kan gi overgrepsutsatte barn, er ofte å hjelpe foreldrene deres slik at de blir i stand til å ivareta sin foreldrerolle. I tillegg til å arbeide med sin egen krise skal de lære å forstå barnets tankegang og reaksjoner, dessuten takle barnets atferd på en konstruktiv måte.

15. Belastninger ved å arbeide med overgrep mot barn

De fleste som har arbeidet over tid med barn og familier der seksuelle overgrep er et sentralt tema, har erfart at arbeidet kan medføre store belastninger. Barnets lidelser kan være tunge å bære, og føre til en «oppnopning av smerte» (Toverud 1997). Barnets angst, sorg og sinne vil kunne gå inn over de profesjonelle og vekke til live egne traumer.

Som behandler kan man lett oppleve å gå inn i en «offerrolle» eller «overgriperrolle» (uten dermed å forgripe seg seksuelt på barnet!) med de emosjonelle belastningene dette innebærer. Noen forfattere framhever at terapi med overgrepsutsatte barn kan vekke seksuelle følelser hos behandleren (bl. a. Herman 1992). Barn kan til og med ha blitt trent av sin overgriper til å vekke slike følelser. Dette er en utfordring for behandleren. Opplevelser gjennom terapien av et overgrepsutsatt barn kan «flyte over» i privatsfæren og påvirke behandlerens syn på seksualitet, noe som nødvendigvis gjør en fritid som kan kompensere for de negative inntrykkene (Toverud 1997).

Familien kan få voldsomme reaksjoner på mistanker om eller avdekking av seksuelle overgrep, og dette kan gå ut over de som arbeider med saken. Ansatte i hjelpeapparatet må ta stilling til hva som skal skje med et barn og dets familie, ofte på usikkert grunnlag. Kunnskapen om hvordan barn formidler at de har vært utsatt for overgrep er gjenstand for diskusjoner. Temaet er heftet med tabuer og hemmelighold. Å arbeide med et barn og dets familie og ikke vite sikkert om barnet er utsatt for overgrep, kan være en stor belastning. Barnet selv gir doble signaler - de vil at (saks)behandleren både skal se og ikke se hva som har hendt (Holter i Toverud 1997). Turbulensen i familien vil videre kunne mobilisere konflikter i personalgruppa gjennom parallelle prosesser. Å arbeide med overgrep i en personalgruppe i konflikt, er svært tungt.

Presset fra politi og advokater kan representere ytterligere en belastning. Barnets behandler er i et dilemma - skal han eller hun forsøke å dokumentere for politiet og domstolen at overgrep har funnet sted, eller utelukkende konsentrere seg om den terapeutiske prosessen? Det å vitne i retten er også en utfordring, og fagpersoner kan iblant bli utsatt for hard skyts fra advokaten til den som er mistenkt for å ha begått overgrep. Dersom media er inne i bildet, vil fagpersoner kunne få offentlig kritikk, selv om det arbeidet som har vært gjort, var riktig ut fra faglige vurderinger på det aktuelle tidspunktet.

På noen arbeidsplasser er det alltid de samme personene som får i oppgave å arbeide med saker med overgrepsskarakter. Det kan dreie seg om en enkelt



fagperson, eller noen få, mens resten av arbeidskollegene vegrer seg. Noen kan føle et ansvar for å «se» overgrep dersom ikke andre gjør det, og dermed bli sett på som en som overfokuserer overgrep. Dette skaper en distanse til vedkommende og setter personen i en sårbar posisjon. Toverud (1997, s. 248) oppsummerer terapeuters uttalelser slik:

«...det å bli knyttet spesielt til seksuelle overgrep som tema kan være forbundet med stigmatiserende prosesser. Det er særlig det å reise hypoteser om seksuelle overgrep som omtales på denne måten».

Mange som arbeider med overgrepssproblematikk, opplever å komme til kort og kan føle seg ganske hjelpeløse. Mange barn blir ikke beskyttet eller får ikke den behandlingen de trenger, tross de beste intensjoner. Å tilegne seg kunnskap kan hjelpe, men fagfeltet ekspanderer hele tiden, og det er ikke lett å holde seg oppdatert til enhver tid. Kunnskap løser heller ikke alle problemer. Hver sak er individuell og krever ofte nytenkning. Mange behandlere mener at nettopp det å lete etter det som er viktig sammen med barnet, og å tåle tvetydighet og uforutsigbarhet, er sentrale elementer i behandlingen (Toverud 1997).

«Sekundært traumatisk stress» (STS) er et begrep som ble introdusert av Stamm (1995). Studiet av traumatisk stress tok utgangspunkt i opplevelsene til krigsveteraner og voldtekstofre. Etterhvert ble man oppmerksom på at personer som tar vare på ofrene for traumer, også kan føle smerte og bli traumatiserte gjennom arbeidet sitt. Det kan skje gjennom empati og sympati med ofrene. Det kan også skje ved at man blir «emosjonelt tappet» gjennom å føle omsorg for dem. STS handler om stresset som er forbundet med å hjelpe eller å ønske å hjelpe traumatiserte personer (Figley 1995). I tillegg til det å bli eksponert for traumatiserte personer, nevner Figley ytterligere fire grunner til at traumearbeidere er særlig sårbare i forhold til å utvikle STS:

- empati er en sentral ressurs i hjelpearbeidet
- mange hjelpere har selv opplevd traume(r) tidligere i livet
- uløste traumer i hjelperen vil bli aktivert av liknende traumer i klienten
- barns traumer er provoserende for omsorgsgivere

«Utbrenthet» er et begrep som er beslektet med begrepet «STS». Utbrenthet handler om fysisk, emosjonell og mental utmattelse og kan innebære søvnproblemer, (psyko)somatiske symptomer, en følelse av angst, depresjon, skyld og hjelpeløshet samt forskjellige atferdsmessige problemer, som aggresjon, kynisme og rusmisbruk. Utbrenthet er en prosess som innebærer en stadig forverring av tilstanden, med underminering av idealisme, fravær av måloppnåelse og et stadig økende antall av intense klientforhold. Det mest framtrædende symptomet på utbrenthet, er at klientarbeidet forekommer personen å være så komplisert og langvarig at hjelperen ikke har overskudd og

kompetanse til å kunne hjelpe. Utbrenthet har ofte sammenheng med arbeidsforholdene. Dette kan man se for eksempel i barneverntjenesten, der hjelperne må forholde seg til en stor klientmasse og ofte fiendtlige foreldre (Figley 1995).

STS kan, i motsetning til utbrenthet, oppstå plutselig og omfatte en følelse av hjelpeløshet og forvirring og en følelse av mangel på støtte blant kolleger som ikke nødvendigvis har med virkeligheten å gjøre. Det er imidlertid lettere å komme over symptomer på STS, enn symptomer på utbrenthet (Figley 1995).

Et annet beslektet begrep er «motoverføring» som brukes innen psyko-dynamisk teori og grenser mot, eventuelt inkluderer STS. Det er forskjellige definisjoner på motoverføring, men en nyere variant er «alle former for emosjonelle reaksjoner som terapeuten opplever overfor klienten – uavhengig av hvordan emosjonene har oppstått» (Johansen i Figley 1995). En slik forståelse av motoverføringsbegrepet gjør det vanskelig å skille det fra STS-begrepet.

15.1 Mestring av sekundært traumatisk stress

Faglitteraturen beskriver forskjellige typer mestring av STS. Noen mestringsstrategier er individualiserte. Andre er fellesskapsbaserte.

Ikke alle individualiserte mestringsstrategier er konstruktive. Enkelte av dem er defensive og kan dreie seg bl.a. om forsvarsmekanismer som avspaltning av følelser, distanse til egen seksualitet og svekket tro på medmennesker. Andre beskyttelsesformer kan gå direkte ut over arbeidet med traumatiserte mennesker, for eksempel ikke å se overgrepssproblematikken hos klientene (selektiv persepsjon), eller å nedprioritere eller slutte med denne typen klienter.

Mange behandlere bruker fritiden til å ta vare på seg selv. Noen har nytte av å ta permisjon; etter å ha hvilt ut og rekreatert, er man klar til å ta fatt på nytt. Individuell veiledning kan også være nyttig. Her har arbeidsgiveren et ansvar. Egenterapi kan være en hjelp for noen.

Svært viktig er fellesskapsløsningene på arbeidsplassen. På mange arbeidsplasser er det et prinsipp at en ansatt aldri skal være alene om å arbeide med en overgrepssak. I tillegg er det ønskelig at hele arbeidsteamet med en leder i spissen, deler opplevelser og fagkunnskap på området. Den enkelte arbeidstaker bør ha balanse i klientgruppen sin - ikke alle saker må være overgrepssaker. Arbeidsgruppen bør dele på belastningene slik at overgrepssakene ikke faller på et fåtall av deltakerne i teamet. Debriefing og profesjonell støtte bør være tilgjengelig. Helst bør det være faste rutiner med hensyn til drøftinger av sakene, slik at det ikke til enhver tid er opp til den enkelte å ta initiativ til avtaler om felles diskusjoner i en ellers travel hverdag. Forebygging av utbrenthet og sekundært traumatisk stress er følgelig en viktig lederoppgave (Toverud 2000, Figley 1995, Pearlman og Saakvitne 1995).

Referanseliste

Abdi, S. (2001). Personlig meddelelse.

Abel, G.G., J.V. Becker og J. Cunningham-Rathner (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7, s. 89–103.

Abel, G.G., J.V. Becker, M. Mittelman, J. Cunningham-Rathner, J.L. Rouleau og W.D. Murphy (1987). Self-reported sex crimes of non-incarcerated paraphiliacs. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, s. 3-25.

Abel, G.G., J.V. Becker, J. Cunningham-Rathner, M. Mittelman og J.L. Rouleau (1988). Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 16, s. 153–168.

Abel, G. og J. Rouleau (1990). The nature and extent of sexual assault. I: Marshall, Law og Barbaree: *Handbook of Sexual Assault. Issues, Theories and Treatment of the Offender.*, s. 9–21. New York: Plenum Press.

Adshead, G. (1994). Looking for clues: a review of the literature on false allegations of sexual abuse in childhood. I: V. Sinason (red.): *Treating survivors of satanist abuse.*, s. 57-65. London: Routledge.

Ainsworth, M.D.S., M.C. Blehar, E. Waters og S. Wall (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Erlbaum, Hillsdale.

Akseldotter, K. (1993). *Små barns signaler om seksuelle overgrep. En handbok för förskolan*. Stockholm: Rädda Barnen.

Allen, J.G. (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*. Chichester: John Wiley & Son.

Andersen, T. (2000). Seksuelle overgrep mot gutter i en kristen religiøs kontekst. Vilkår for virkelighetsskapning og mestring. I: R. Saur (red.): *Voldens ofre – vårt ansvar. HiO-rapport 9*, Høgskolen i Oslo.

Barach, P.M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation*, 4, s. 117–123.

Barne- og familiedepartementet (2001). *Ø1016, Håndbok for kommunene om arbeid med enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger*.

- Beckett, R. (2000). Foredrag. Daphne Initiative: *Treatment of Young Perpetrators of Sexual Abuse – Possibilities and Challenges*. EU-Konferanse, Madrid.
- Beckett, R.C., C.K.E. Gerhold og S. Brown (2000). *Adolescent Sex Abuser Program. The Oxford Clinic, Littlemore Health Centre, England*. Forelesning og «handout» ved Harreveld Conference, Arnhem.
- Becker, J.V. (1986). Characteristics of adolescent incest perpetrators: preliminary findings. *Journal of Family Violence*, 1, 1, s. 85–97.
- Becker, J.V. og M. Kaplan (1988). The assessment and treatment of adolescent sexual offenders. *Advances in Behavioral Assessment of Children and Families*, 4, s. 97-118.
- Becker, J.V., M.S. Kaplan og R. Kavoussi (1988). Measuring the effectiveness of treatment for the aggressive adolescent sexual offender. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, s. 215–222.
- Bentovim, A. (1992). *Trauma Organised Systems. Physical and Sexual Abuse in Families*. London: Karnac Books.
- Bentovim, A. og B. Williams (1998). Children and adolescents; victims who become perpetrators. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4, s. 101–107.
- Bentovim, A. (1999). *Preventing the victim to offender cycle*. Foredrag ved ISPCANs konferanse i Jerusalem.
- Boe, T.U. og H.J. Christie (1991). Incest som psykologisk skade – en modell for forståelse. I: T. Borchgrevinck og H. Christie (red.): *Incest – psykologisk forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Borchgrevinck, T. og H.J. Christie (1991). Definisjon, forekomst og skadevirkninger. I: T. Borchgrevinck og H. Christie (red.): *Incest – psykologisk forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brown, T., M. Frederico, L. Hewitt og R. Sheehan (2000). Revealing the existence of child abuse in the context of marital breakdown and custody and access disputes. *Child Abuse & Neglect*, 24, 6, s. 849–859.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base. Clinical Application of Attachment Theory*. London, UK: Routledge.
- Bullens, R. (1999). Foredrag om overgripere i Leiden i forbindelse med studiebesøk.

- Bullens, R. og J. Hendriks (1997). *Blijvende verandering – J. Handboek – Terugvalpreventie*. ABJ, Leiden, Nederland.
- Burton, J.E. og L.A. Rasmussen (1998). *Treating Children with Sexually Abusive Behavior Problems. Guidelines for Child and Parent Intervention*. London, New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Caffaro, J.V. og A. Conn-Caffaro (1998). *Sibling Abuse Trauma: Assessment and Intervention Strategies for Children, Families, and Adults*. London, New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Carli, A. (2000). *Multitraumatiserte barn og familier – en bearbeidelse av et konsultasjonsmateriale*. Oslo: Psykososialt senter for flyktninger.
- Chambers, E. og K. Belicki (1998). Using sleep dysfunction to explore the nature of resilience in adult survivors of childhood abuse or trauma. *Child Abuse & Neglect*, 22, 8, s. 753–758.
- Christianson, S.-Å. (1996). *Traumatiske minnen*. 2. opplag. Stockholm: Natur och kultur.
- Christianson, S.-Å. (1999). *Barns minnesförmåga. Sexuella övergrepp mot barn*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Christie, H.J. (1995). Tiden og symbolet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 8, s. 719–726.
- Conte, J.R., S. Wolf og T. Smith (1989). What sexual offenders tell us about prevention strategies. *Child Abuse & Neglect*, 13, s. 293–301.
- Cooper, C.L., W.D. Murphy og M.R. Haynes (1996). Characteristics of abused and nonabused adolescent sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, s. 105–119.
- Crittenden, P.M. (1997). Toward an integrative theory of trauma: A dynamic-maturation approach. I: D. Chichetti og S. Toth (red.): *The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, 10, *Risk, Trauma and Mental Processes*, s. 34-84. Rochester, NY: University of Rochester Press.

- Crittenden, P.M. (2000). A dynamic-maturational exploration of the meaning of security and adaption: Empirical, cultural, and theoretical considerations. I: P.M. Crittenden og A.H. Claussen (red.): *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*, s. 358-384. New York: Cambridge University Press.
- Dahn, K.J. og H. Kobberdal (1994). *Bevegelse og fastlåsthet. En analyse av mødres erfaringer etter introduksjon av mistanke om seksuelle overgrep mot barn*. Hovedoppgave, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Davin, P.A. (1999). Secrets revealed: A study of female sex offenders. I: P.A. Davin (red.): *The Female Sexual Abuser: Three Views*. Brandon: Safer Society Press.
- Dufour, M.H., L. Nadeau. og K. Bertrand (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel: état de la question. *Child Abuse & Neglect*, 24, 6, s. 781-798.
- Dunbar, T. (1999). Women who sexually abuse female children. I: P.A. Davin (red.): *The Female Sexual Abuser: Three Views*. Brandon: Safer Society Press.
- Eide-Midsand, N. (1988). Regenerasjonskreftene i mennesket: Symbolet som helende faktor i barneterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 25, s. 593-603.
- Eide-Midsand, N. (1989). Seksuelle overgrep mot gutter: Generelle betraktninger illustrert med utdrag fra en terapiprosess. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 27, s. 86-98.
- Eide-Midsand, N. (1997). Den krenkede Phallos: Tap og gjenerobring av maskulin kraft hos seksuelt misbrukte gutter. *Ut av det tause rommet.*, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Supplement nr. 1, 34, s. 15-23.
- Elliot, D.M. (1993). *Disclosing Sexual Abuse: Predictors and Consequences. Proceedings of the 1993*. San Antonio: International Society for Traumatic Stress Studies.
- Elliott, M. (1993). What survivors tell us – an overview. I: M. Elliott (red.): *Female Sexual Abuse of Children. The Ultimate Taboo*, s. 5-15. Essex: Longman.
- Elliott, M., K. Browne og J. Kilcoyne (1995). Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse & Neglect*, 19, 5, s. 579-594.
- Etherington, K. (1995). *Adult Male Survivors of Childhood Sexual Abuse*. London: Pitman Publishing.

- Ensink, B.J. (1992). *Confusing Realities*. Amsterdam: VU University Press.
- Erooga, M. og H. Masson (1999). *Children and Young People who Sexually Abuse Others*. New York: Routledge.
- Faller, K.C. (1989). The myths of the «collusive mother»: Variability in the functioning og mothers of victims of intrafamilial sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, s. 190–196.
- Faller, K.C. (1995). A clinical sample of women who have sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4, 3, s. 13–30.
- Faller, K.C. og E. deVoe (1995). Allegations of sexual abuse in divorce. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4, 4, s. 1–25.
- Felitti, V.J. (1991). Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal*, 84, 3, s. 328–331.
- Fergusson, D.M. og P.E. Mullen (1999). *Childhood Sexual Abuse. An Evidence Based Perspective*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fergusson, D.M., L.J. Horwood og M.T. Lynskey (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 21, s. 789–803.
- Figley, C.R. (1995). Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Cost of Caring. I: B.H. Stamm, B.H.: *Secondary Traumatic Stress*, s. 3-28. Lutherville, Maryland: Siodran Press.
- Finkelhor, D. (1986). *High-risk Children, Sourcebook on Child Sexual Abuse*. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Finkelhor, D. (1990). Early and long term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology. Research and Practice*, 21, s. 325–330.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification and child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17, s. 67–70.
- Finkelhor, D. (1994a). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, s. 409–417.

- Finkelhor, D. (1994b). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children. Sexual Abuse of Children*, 4, s. 31–53.
- Finkelhor, D., G. Hotaling, I.A. Lewis og C. Smith (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence characteristics and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14, s. 19–28.
- Fondacard, K.M., J.C. Holt og T.A. Powell (1999). Psychological impact of childhood sexual abuse on male inmates: The importance of perception. *Child Abuse & Neglect*, 23, 4, s. 361–369.
- Friedrich, W.N., J. Fisher, D. Broughton, M. Houston og C. Shafran (1998). Mayo Clinic Study: Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101, 4, s. 9.
- Fromuth, M.E. og V.E. Conn (1997). Hidden perpetrators. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 3, s. 456–465.
- Førsvoll, R. (2000). *Seksuelle overgrep i et religiøst perspektiv*. Foredrag på seminar i Nettverk for forskning om seksualisert vold.
- Gibson, L.E. og H. Leitenberg (2000). Child sexual abuse prevention programs: Do they increase the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 24, 9, s. 1115–1125.
- Gil, E. og T.C. Johnson (1993). *Sexualized children. Assessment and Treatment of Sexualized Children and Children who Molest*. USA: Launch Press.
- Gill, M. og L.M. Tutty (1997). Sexual identity issues for male survivors of childhood sexual abuse: A qualitative study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6, 3, s. 31–47.
- Glavin, K. og B. Erdal (2000). *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Glasgow, D., L. Horne, R. Calam og A. Cox (1994). Evidence, incidence, gender and age in sexual abuse of children perpetrated by children. *Child Abuse Review*, 3, s. 196–210.
- Gomez-Schwartz, B., J.M. Horowitz og A.P. Cardarelli (1990). *Child Sexual Abuse: The Initial Effects*. Newbury Park: Sage Publications.

- Goodman, G.S. og A. Clarke-Stewart (1991). Suggestibility in children's testimony: Implications for sexual abuse investigations. I: J. Doris (red.): *The Suggestibility of Children's Recollections: Implications for Eyewitness Testimony*, s. 92–105. Washington DC: American Psychological Association.
- Gorey, K.M. og D.R. Leslie (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse & Neglect*, 21, s. 391–398.
- Greaves, G.B. (1992). Alternative hypotheses regarding claims of satanic cult activity: a critical analysis. I: D.K. Sakheim og S.E. Devine (red.): *Out of Darkness. Exploring Satanism and Ritual Abuse*, s. 45-72. New York: Lexington Books.
- Gries, L.T., D.S. Goh og J. Cavanaugh (1996). Factors associated with disclosure during child sexual abuse assessment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5, 3, s. 1–19.
- Grosz, C.A., R. Kempe og K. Kelly (2000). Extrafamilial sexual abuse: treatment for child victims and their families. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1, s. 9–23.
- Gydal, M. (1998). På oppdagelsesferd i barndommens rike. Om tidsbegrensning, fokusering og den meningskapende dialogen i psykoterapi med barn. I: M. Kjær (red.): *Reisefølge i barndommens rike. Psykoterapi med barn*. Skriftserien fra Nic Waals Institutt, nr. 7, s. 196–213. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hagen, G. og N.A. Qureshi (1994). *Barnevernets møte med etniske minoriteter, del 1*. NKSH-rapport 94,1. Oslo: NotaBene.
- Hagen, G og N.A. Qureshi (1996). *Etnisitet i sosialt arbeid*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Heller, S.S., J.A. Larrieu, R. D'Imperio og N.W. Boris (1999). Research on resilience to child maltreatment: Empirical considerations. *Child Abuse & Neglect*, 23, 4, s. 321–338.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery. From Domestic Abuse to Political Terror*. London: Harper Collins Publishers.
- Hernandez, J. (1995). The concurrence of eating disorders with histories of child abuse among adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4, 3, s. 73–85.
- Hewitt, S. (1998). *Assessing Allegations of Sexual Abuse in Preschool Children*. London: Sage Publications.

Hildebrand, E. og C. Gregersen (1994). *Drenge og seksuelle overgrep*. København: Hans Reitzels Forlag.

Horowitz, M.J. (1986). Stress response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 3, s. 241–249.

Horsfjord, H. og E. Torp (2000). Religiøse skader og senvirkninger av seksuelle overgrep. I: R. Saur (red.): *Voldens ofre – vårt ansvar. HiO-rapport 9:2000*, Høgskolen i Oslo.

Hudson, P.S. (1991). *Ritual child abuse: Discovery, Diagnosis and Treatment*. Saratoga: R&E Publishers.

Høglend, P. og P. Nerdrum (1999). *Behandling av seksualovergrepere. Virksomheten ved Institutt for klinisk sexologi og terapi og nyere internasjonal forskning*. Rapport. Oslo.

Ihle, M. (2000). *Seksuelle overgrepssaker i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker*. Oslo: Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn.

James, B. (1989). *Treating Traumatized Children: New Insights and Creative Interventions*. Massachusetts, Toronto: Lexington Books.

James, B. (1994). *Handbook for Treatment of Attachment-Trauma Problems in Children*. London, New York: Lexington Books.

Jessen, L. (2000). Personlig meddelelse. Pro-senteret.

Johnson, T.C. (1988). Child perpetrators: children who molest other children: preliminary findings. *Child Abuse & Neglect*, 12, s. 219–229.

Johnson, T.C. (1989). Female child perpetrators; children who molest other children. *Child Abuse & Neglect*, 13, s. 571–585.

Johnson, T.C. (1990). Child Sexual Behavior Checklist. I: T.C. Johnson: *Treatment Exercises for Victims of Abuse and Children With Sexual Behaviour Problems*. South Pasadena, California.

Johnson, T.C. (1991). *Children Who Molest: Identification and Treatment Approaches for Children who Molest Other Children*. The Advisor Fall.

Johnson, T.C. (1996). *Treatment Exercises for Child Abuse Victims and Children with Sexual Behavior Problems*. California. Tilgjengelig hos forfatteren.

- Johnson, T.C. (1998). *Understanding Children's Sexual Behavior. What's Natural and Healthy*. California. Tilgjengelig hos forfatteren.
- Jones, B. og K. Nobbs (1993). Fosterhjemsplassering av seksuelt misbrukte barn. IFCO News, referert i *Fosterhjemskontakt*, 4, s. 8-11.
- Järnefors, E.B. (2000). Hur ser vi på barns seksualitet? *PsykologTidningen*, 16, 10, s. 3.
- Kasl, C.D. (1990). Female perpetrators of sexual abuse: A feminist view. I: M.A. Hunter (red.): *The Sexually Abused Male*. New York: Lexington Books.
- Kaufmann, J. og E. Zigler (1987). Do abused children become abused parents? *Journal of Orthopsychiatry*, 57, 2, s. 186-192.
- Kikuchi, J.J. (1995). When the offender is a child: Identifying and responding to juvenile sexual abuse offenders. I: M. Hunter (red.): *Child Survivors and Perpetrators of Sexual Abuse. Treatment Innovations*, s. 108-124. London, New York: Sage Publications.
- Killén, K. (1997). Utfordringene framover. Foredrag på konferanse: *Seksuelle overgrep mot barn, ny forskning og metodikk i samarbeid og etterforskning*. Arr.: Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn.
- Killén, K. (1999). *Sveket*. 3. opplag. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kinscherff, R. og R. Barnum (1992). Child forensic evaluation and claims of ritual abuse or satanic activity: a critical analysis. I: D.K. Sakheim og S.E. Devine (red.): *Out of darkness. Exploring Satanism and Ritual Abuse*, s. 73-107. New York: Lexington Books.
- Kjellgren, C. (1997). *GRUF Gruppbehandling. Unga förövare av sexualbrott*. Kristianstad: Socialförvaltningen.
- Kjellgren, C. (1998). *GRUF II. Unga förövare av sexualbrott – erfarenheter*. Kristianstad: Socialförvaltningen.
- Kjellgren, C. (2000). *Ungdomar som förgriper seg sexuellt*. Expertrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Kleiber, D. (1998). *Report from the First Meeting Against Child Sex Tourism, Child Pornography and Trafficking in Children*. Brüssel, EU-kommisjonen.
- Koikkalainen, S. (2000). Cognitive distortions in sex offending. I: S. Mossige (red.): *Personer som begår seksuelle overgrep mot barn. Forståelse, behandling og straff. Kunnskapsstatus og erfaringer fra de nordiske landene. Sosialpolitikk*, s. 151-169. København: Tema Nord, Nordisk ministerråd.
- Korbin, J.E. (1991). Cross-cultural perspectives and research directions for the 21th century. *Child Abuse & Neglect*, 15, s. 67-79.
- Kutchinsky, B. (1997). Seksuelle overgrep mot barn-panikken. I: A. Holgerson og L.H. Sjögren (red.): *Seksuelle overgrep mot barn – et kritisk perspektiv*, s. 11-25. Bergen: Bokforlaget.
- Kvam, M.H. (1995). *Seksuelle overgrep mot funksjonshemmede barn. En oversikt over og analyse av nasjonal og internasjonal forskning*. Redd Barna-rapport 1/95.
- Kvam, M.H. (1998). *Dobbel risiko? Oppdager vi seksuelle overgrep mot barn med funksjonshemming?* Redd Barna-rapport 1/98.
- Kvinnegard, L. (2001). Personlig meddelelse. Kriminalpolitisentralen.
- Kwarnmark, E. og I. Tidefors Andersson (1999). *Förövarpsykologi : om våldtäkt, incest och pedofili*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Langevin, R., L. Handy, H.J. Hook, D. Day, og A.E. Russon (1985). Are incestuous fathers pedophilic and aggressive? I: R. Langevin (red.): *Erotic Preference, Gender Identity and Aggression*, s. 161-179. New York: Erlbaum.
- Larsson, I. (2000). *Barns sexualitet och sexuella beteende*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Larsson, M. (2002). *Barn och tonåringar som begår sexuella övergrepp*. I: C.G. Svedin og L. Banck (red.): *Sexuella övergrepp mot flickor och pojkar*, s. 249-278. Sverige: Studentlitteratur.
- Lind, M. (1995). Kvinner som er misbrukt seksuelt av sine mødre. *Ikke Stikk'a*, 2, 2, s. 22-25.
- Lindblad, F., P.A. Gustafsson, I.B. Larsson og B. Lundin (1995). Preschoolers' sexual behavior at daycare centers: An epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 19, 5, s. 569-577.

- Lippert, D. (1999). Børns seksuelle lege. *Psyke & Logos, Tema: Børns seksualitet, 20*, s. 391–413. Dansk psykologisk forlag.
- Lundgren, E. (1994). *La de små barn komme til meg. Barns erfaringer med seksuelle og rituelle overgrep*. Oslo: J.W. Cappelens forlag.
- Lundgren, E. (2001). Personlig meddelelse. Universitetet i Uppsala.
- Långström, N. (1999) *Young Sex Offenders: Individual Characteristics, Agency Reactions and Criminal Recidivism*. Doktorgradsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Långström, N. (2000a) *Unga som begår sexbrott. En forskningsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Långström, N. (2000b). Unga sexbrottsförövare: En svensk studie. I: S. Mossige (red.): *Personer som begår seksuelle overgrep mot barn. Forståelse, behandling og straff. Kunnskapsstatus og erfaringer fra de nordiske landene. Sosialpolitikk*, s. 151-169. København: Tema Nord, Nordisk ministerråd.
- MacIntyre, D. og A. Carr (1999). Evaluation of the effectiveness of the Stay Safe primary prevention programme for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 23*, 12, s. 1307-1325.
- Main, M. og J. Solomon (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. I: M. Greenberg, D. Cicchetti og M. Cummings (red.): *Affective Development in Infancy*, s. 95–124. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing.
- Martens, P. (1991). *Sexualbrott mot barn: de misstänkta förövarna*. Stockholm: BRÅ-rapport nr. 1.
- Mason, W.A., L. Zimmermann og W. Evans (1998). Sexual and physical abuse among incarcerated youth: Implications for sexual behavior, contraceptive use, and teenage pregnancy. *Child Abuse & Neglect, 22*, 10, s. 987–995.
- Mathews, R., J.A. Hunter og J. Vuz (1997). Juvenile female sexual offenders: Clinical characteristics and treatment issues. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 9*, 3, s. 187–199.
- McClellan, J., C. McCurry, M. Ronnei, J. Adams, M. Storch, A. Eisner og C. Smith (1997). Relationship between sexual abuse, gender and sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, s. 959–965.

- McCloskey, L.A. og J.A. Bailey (2000). The Intergenerational transmission of risk for child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 10, s1019-1035.
- Mellberg, N. (1995). Sexuella övergrepp mot barn – i ett socialt och kulturellt sammanhang. *Nordisk socialt arbeid*, 1, s. 3–17.
- Miletski, H. (1995). *Mother-Son Incest: The Unthinkable Taboo. An Overview of Findings*. Brandon: Safer Society Press.
- Miller, K.J. (1996). Prevalence and process of disclosure of childhood sexual abuse among eating-disordered women. I: M.F. Schwartz og L. Cohn (red.): *Sexual Abuse. Eating Disorders*, s. 36-51. New York: Brunner/Mazel Inc.
- Mossige, S. (1995). *Personer som har begått seksuelle overgrep mot barn og deres rehabiliteringsmuligheter*. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Mossige, S. (1997). *Barneovergriperen – Legning eller handling?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Mossige, S. (1998). *Har barnet mitt vært utsatt for seksuelle overgrep? En narrativ analyse av mødres fortellinger*. Rapport 21/98. Oslo: NOVA.
- Mulder, R.T., A.L. Beautrais, P.R. Jouce og D.M. Fergusson (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *American Journal of Psychiatry*, 6, s. 806–810.
- Munck, E. (1999). Børn og unges seksualitet. *Psyke og Logos. Tema: Børns seksualitet*, 20, 2, s. 414–434. København: Dansk psykologisk forlag.
- Normann, E.K. (1993). *Barn og seksuelle overgrep*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal.
- Normann, E.K., K. Tambs og P. Magnus (1992). Seksuelle overgrep mot barn, et folkehelseproblem? *Nordisk medicin*, 107, 12, s. 326–329.
- Nyman, A., O. Risberg, og B. Svensson (2001). *Unga förövare, sexuella övergrepp och behandling*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Nyman, A. og B. Svensson (1995). *Pojkmottagningen*. Stockholm: Rädda Barnen.

- Nøttestad, J.AA. og L. Waage (2000). Kognitiv atferdsmodifikasjon i behandling av seksualovergrepere – behandlingsmål og teoretisk rasjonale. I: S. Mossige (red.): *Personer som begår seksuelle overgrep mot barn. Forståelse, behandling og straff. Kunnskapsstatus og erfaringer fra de nordiske landene. Sosialpolitik*, s. 151-169. København: Tema Nord, Nordisk ministerråd.
- Oates, R.K., D.P.H. Jones, D. Denson, A. Sirotnak, N. Gary og R.D. Krugman (2000). Erroneous concerns about child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1, s. 149-157.
- Oates, R.K., J. Tebutt, H. Swanson og D.L. Lynch (1998). Prior childhood sexual abuse in mothers of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22, 11, s. 1113-1118.
- O'Brien, M. (1989). *Characteristics of Adolescent Male Sibling Incest Offenders: Preliminary Findings*. Orwell, Vermont: Safer Society Press.
- O'Connell, J. (1998). *Report from the First Meeting Against Child Sex Tourism, Child Pornography and Trafficking in Children*. Brüssel, EU-kommisjonen.
- Pearlman, L.A. og K.W. Saakvitne (1995). *Trauma and the Therapist. Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York: W.W. Norton & Company.
- Pedersen, W. og K. Hegna (2000). Barn og unge som selger sex. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 2, 120, s. 215-220.
- Perry, B. (2000). The neuroarcheology of childhood maltreatment. The neurodevelopmental costs of adverse childhood events. I: B. Geffner (red.): *The Cost of Child Maltreatment: Who Pays? We All Do*. London, New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Petrovich, M. og D. Templar (1984). Heterosexual molestation of children who later became rapists. *Psychological Reports*, 54, s. 810.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents. A Developmental Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Putnam, F.W. (1999). *Neurobiologica Sequelae of Child Abuse*. Foredrag på San Diego Conference on Responding to Child Maltreatment. Arr.: The Center for Child Protection, Children's Hospital San Diego, APSAC, ISPCAN og The National Network of Child Advocacy Centers.

- Read, J. (1998). Child abuse and severity of disturbance among adult psychiatric inpatients. *Child Abuse & Neglect*, 22, 5, s. 359–368.
- Renland, A. (2001). *Internasjonal handel med barn og mindreårige for kommersiell seksuell utnyttelse til Norge*. ECPAT Norge, Redd Barna.
- Roche, D.N., M.G. Runtz og M.A. Hunter (1999). Adult attachment. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 2, s. 184–207.
- Rubinstein, M., C.A. Yeager, C. Goodstein og D.D. Lewis (1993). Sexually assaultive male juveniles: a follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 150, s. 262–265.
- Ryan, G.D. (1991). Juvenile sex offenders. Defining the population. I: G.D. Ryan og L.S. Lane (red.): *Juvenile Sex Offending: Causes, Consequenses and Correction.*, s. 3-8. Lexington: Lexington Books.
- Ryan, G., T.J. Miyoshi, J.L. Metzner, M.D. Krugman og G.E. Fryer (1996). Trends in a national sample of sexually abusive youths. *Journal of the American Acadademy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, s. 17–25.
- Ryan, G. (1999). Treatment of sexually abusive youth. The evolving consensus. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 4, s. 422-436.
- Rypdal, P. (1999). Personlig meddelelse. Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, Forskningsklinikken, Trondheim.
- Rønneberg, A.L. og A. Poulsson (2000). *Barn som vitner. Særlig om dommeravhør og observasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sakheim, D.K. og S.E. Devine (1992). Bound of the boundaries: therapy issues in work with individuals exposed to severe trauma. I: D.K. Sakheim og S.E. Devine (red.): *Out of Darkness. Exploring Satanism and Ritual Abuse.*, s. 249-278. New York: Lexington books.
- Sandfort, G.M. (1997). Studier av seksuelt misbrukte barn: En oversikt, en kritisk gjennomgang og nye data. I: A. Holgerson og L.H. Sjögren (red.): *Seksuelle overgrep mot barn – et kritisk perspektiv.*, s. 119–136. Bergen: Bokforlaget.
- Saradjian, J. (1997). Factors that specifically exacerbate the trauma of victims of childhood sexual abuse by maternal perpetrators. *The Journal of Sexual Aggression*, 3, 1, s. 3–14.

- Saradjian, J. (2001). *Kvinner som forgriper seg seksuelt på barn*. Foredrag på seminar i Linköping.
- Shalev, A.Y. og N. Bargai (1999). *Child abuse and adult psychiatry*. Presentasjon ved ISPCANs konferanse i Jerusalem (utskrift er tilgjengelig ved NRSB).
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York, London: The Guilford Press.
- Shirar, L. (1996). *Dissociative Children. Bridging the Inner & Outer Worlds*. New York, London: W.W. Norton & Company.
- Silberg, J.L. (1996). *The Dissociative Child. Diagnosis, Treatment and Management*. Lutherville, Maryland: The Sidran Press.
- Sjögren, L. H. (1997). Avvikende eller normalt. Hvem bedømmer – og etter hvilke kriterier? I: A. Holgerson og L.H. Sjögren (red.): *Seksuelle overgrep mot barn – et kritisk perspektiv.*, s. 11–25. Bergen: Bokforlaget.
- Socialstyrelsen (1996). *Anmälningar om misstänkta sexuella övergrepp på barn och ungdomar placerade i familjehem*. Rapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Seksuelle overgrep mot barn – en veileder for hjelpeapparatet*. Utgitt i samarbeid med Statens helsetilsyn og Barne- og familiedepartementet.
- Stamm, B.H. (1995). Preface/Introduction. I: B.H. Stamm (red.): *Secondary Traumatic Stress*, s. ix-xxiii. Lutherville, Maryland: Sidran Press.
- Statens helsetilsyn (2000). *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring*, 5/2000.
- Summit, R.C. (1983). The child sexual abuse accomodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7, s. 177–193.
- Svedin, C.-G. og K. Back (1996). *Barn som inte berättar. Om att utnyttjas i barnpornografi*. Falun: Scandbook, Rädda Barnen.
- Svedin, C.-G. (1999). *Sexuella övergrepp mot barn. Definitioner ock förekomst*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svedin, C.-G. (2000a). *Behandling – en översikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Svedin, C.-G. (2000b). *Sexuelle overgrep mot barn. Orsaker og risiker*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensson, B. (1998). 101 pojker: *En studie om seksuelle overgrep*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Svensson, B. (2000). *Offer och förövare – om seksuelle overgrep och behandling*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Sætre, M. (1997). Samfunnsproblemet som forsvant. En kritikk av tendensen til å minimalisere omfanget av seksuelle overgrep mot barn. *Ut av det tause rommet., Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 34, Supplement nr. 1, s. 53–61.
- Sætre, M. (2001). Personlig meddelelse. Oslo Politikammer.
- Sætre, M., H. Holter og E. Jebsen (1986). *Tvang til seksualitet. En undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Cappelen.
- Tambs, K. (1994). *Noen resultater fra Folkehelsas undersøkelse*. Oslo: Norsk Institutt for Folkehelse.
- Tamraz, D.N. (1996). Nonoffending mothers of sexually abused children: Comparison of opinions and research. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5, 4, s. 75–99.
- Tate, T. (1991). *Children for the Devil. Ritual Abuse and Satanic Crime*. London: Methuen.
- Terr, L. (1991). Childhood traumas. An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1, s. 10–20.
- Tjersland, O.A. (1995). *Misbrukere før, under og etter kollektivopphold. En retrospektiv undersøkelse av elever ved Tyrillikollektivet*. Sosial- og helsedepartementet.
- Toverud, R. (1997). *Barn, terapi og seksuelle overgrep. En studie av terapeuters beretninger*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo.
- Toverud, R. (2000). Personlig meddelelse. Regionssenteret for barne- og ungdomspsykiatri, Helse Øst og Sør.
- Utdannings- og forskningsdepartementet og Barne- og familiedepartementet (2002). *Mistanke om ansattes seksuelle overgrep mot barn – en veileder for utarbeidelse av plan for krisehåndtering*.

- Utrikesdepartementet (2001). *Kommersiell sexuell exploatering av barn. Internasjonelt utvekkingsamarbete*. Stockholm: Regeringskanselliet.
- Vizard, E. (1994). Child protection and work with sex offenders. I: Barneombudet (red.): *Når Rødhette møter ulven. Overgriperes rett til å arbeide med barn eller barns rett til beskyttelse?* Rapport fra barneombudet. Oslo.
- Watkins, B. og A. Bentovim (1992). The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, s. 197–248.
- Widom, C.S. og S. Morris (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 2. Childhood sexual abuse. *Psychological assessment*, 9, 1, s. 34-46.
- Williams, L.M. (1994). Recall of childhood trauma. A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, s. 1167–1176.
- Wood, B., C. Orsak, M. Murphy og H. Cross (1996). Semistructured interviews: Interview and child characteristics related to credibility of disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1, s. 81–92.
- Wurr, C.J. og I.M. Partridge (1995). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse & Neglect*, 20, 9, s. 867–872.
- Waaktaar, T. og H.J. Christie (2000). *Styrk sterke sider. Håndbok i resiliencegrupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Øvreide, H. (1995). *Samtaler med barn: metodiske samtaler med barn i barnevernsituasjoner*. Kristiansand: Høyskoleforlaget A/S.

Aktuelle lover

Almindelig borgerlig straffelov av 22. mai 1902 nr. 10 med senere endringer

Lov om barn og foreldre av 8. april 1981 nr. 7 med senere endringer

Lov om barnehager av 5. mai 1995 nr. 19 med senere endringer

Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100 med senere endringer

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 10. februar 1967 med senere endringer

Lov om endringer i straffeloven m.v. av 11. august 2000 nr. 76

Lov om erstatning fra staten for personskade voldt ved straffbar handling m.m. av 20. april 2001 nr. 13

Lov om fri rettshjelp av 13. juni 1980 nr. 35 med senere endringer

Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64 med senere endringer

Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66 med senere endringer

Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa av 17. juli 1998 nr. 61 med senere endringer

Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999j1 nr. 62 med senere endringer

Lov om rettergangsmåten i straffesaker av 22. mai 1981 nr. 25 med senere endringer