

# Gutter i Norge med skadelig seksuell atferd

Unge gutter som begår seksuelle overgrep kommer ofte fra familier med mange belastninger, og har vansker på flere områder. Klinikere trenger økt kunnskap og bevissthet om unge overgripere for å kunne hjelpe guttene og deres familier.

## TEKST

**Monica Jensen**

**Erling Garbo**

**Helle Kleive**

**Øystein Grov**

**Mari Hysing**

**PUBLISERT 2. mai 2016**

## ABSTRACT:

### **Characteristics of young boys in Norway with harmful sexual behavior**

The aim of this study was to examine characteristics of young boys in Norway who commit problematic or harmful sexual behaviors (HSB) against other children (0-18). The data was collected from medical records over 10 years from an outpatient clinic. A total of 56 boys were included with a mean age of 14. The majority lives with their biological families and are executing the HSB inside/outside their own homes. Victims are mostly younger girls - mean age 8,5. The majority of the boys are related to their victims as neighbors/friends, biological siblings or other relatives. The HSB are primarily «hands on» behavior: kissing/touching the breast/genitals and penetrative sexual acts. More than half of the boys have committed two or more HSB..

---

Key words: children in Norway, Harmful Sexual Behavior

---

EMNER

barn i Norge

skadelig seksuell atferd

---

Historisk har overgrep mot barn og unge oftest vært forbundet med voksne mannlige overgripere. I de seinere tiår har det vokst frem en økende grad av klinisk bevissthet, forskning og litteratur om at også barn og ungdom selv utøver problematisk eller skadelig seksuelle handlinger mot andre barn (videre forkortet HSB for- «Harmful Sexual Behaviour»).

Dagens internasjonale tall indikerer at bortimot 20 % av alle voldtekter og 20–50 % av alle seksuelle overgrep mot barn/ungdom er gjennomført av tenåringsgutter (Barbaree

& Marshall, 2006). I en svensk studie fant man 5,2 % livstidsprevalens for tenåringsgutter av utøvelse av HSB (Kjellgren, Priebe, Svedin & Långström, 2010).

Barn og ungdom som utøver HSB, varierer stort med hensyn til type overgrep, bakgrunnsfaktorer og karakteristika (NKVTS, 2011). Kunnskapen om etiologi og hvilken risiko og beskyttende faktorer som bidrar til første hendelse med HSB («onset») i barne- og ungdomsalder, er fortsatt noe uklar og fragmentert. Å være utsatt for eller vitne til fysisk vold og rusmisbruk i familien, gjengmedlemskap, suicidal atferd, tidlig seksuell debut, offer for seksuelt overgrep og bruk av pornografi er likevel fremtredende faktorer i denne forskningen (Kjellgren, 2009).

Fra internasjonale studier vet vi at majoriteten i HSB – gruppen er gutter (90–95 %), og at de er i gjennomsnitt 14 år når de utøver sitt første HSB (Långström, 2000; Priebe & Svedin, 2009; Radford, Corral, Bradley & Fisher, 2013). De fleste bor med sine foreldre. Unge som begår HSB, er ofte søsken, i slekt eller godt kjent med fornærmede, som oftest er en yngre jente (Långström, 2000; Priebe & Svedin, 2009; Radford et al., 2013).

Tall fra en større deskriptivt studie i Storbritannia viser at 25 % av unge som har HSB, har IQ under 70. Tilsvarende har 45 % unge utøvere generelle eller spesifikke lærevansker. En høy andel har psykiske helseproblemer og familieproblemer (Vizard, 2013).

Ungdom som selv har vært utsatt for seksuelle traumer, har cirka tre ganger så stor sannsynlighet for å utøve HSB mot andre, sammenlignet med gruppen som ikke har opplevd egne seksuelle traumer (Seto, Kjellgren, Priebe, Mossige, Svedin & Långström, 2010). Blant jenter som utøver HSB, har en markant høyere andel selv vært utsatt for seksuelle overgrep, sammenlignet med gutter (Hickey, McCrory, Farmer & Vizard, 2008; Kjellgren, Priebe, Svedin, Mossige & Långström, 2011; Radford et al., 2013). Tilsvarende finner vi fra studier av voksne overgripere, at egenerfart omsorgssvikt (seksuelle overgrep, fysisk vold, emosjonelle overgrep), tidlige emosjonelle vansker, atferdsproblemer og tilknytningsvansker i barndommen synes å være viktige risiko- og modererende faktorer for å bli utøver selv (Vizard, 2013).

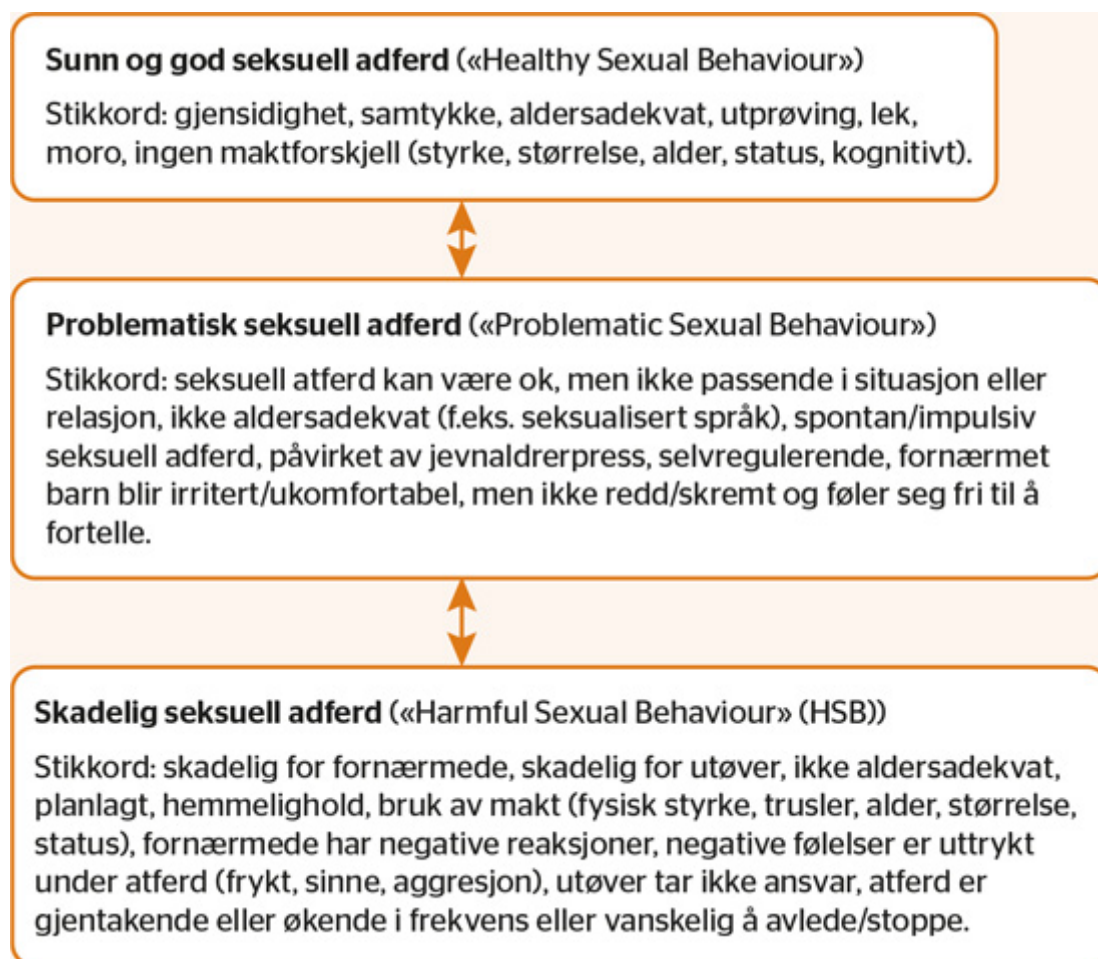
### **«Ungdom med skadelig seksuell atferd har mange likhetstrekk med ungdom med andre alvorlige atferdsproblemer»**

Ungdom som utøver HSB, har mange likhetstrekk med ungdom med andre alvorlige atferdsproblemer. HSB-utøverne skiller seg fra annen ungdom på to områder, ifølge en metaanalyse (Seto & Lalumière, 2010). Den ene forskjellen er «atypisk seksuell interesse» (f.eks. fantasierer om sex med yngre barn eller om seksualisert vold); den andre er erfart «omsorgssvikt» (primært egenerfart seksuelt overgrep, tidlig eksponering for sex/porno og eksponering for seksuell vold i familien). Likhetstrekk mellom de med andre alvorlige atferdsproblemer, og de med HSB er antisosiale

holdninger, familieproblemer, tidlig utvikling av atferdsproblemer, sosiale problemer, rus, kognitiv fungering og generell psykopatologi (Pullman & Seto, 2012).

Faktorer som bidrar til *første* gang utført HSB («onset»), må ikke forveksles med risiko- og beskyttende faktorer som bidrar til gjentakelsesrisiko for HSB («recidivism»).

ERASOR («Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism») er et ofte brukt forskningsbasert kartleggingsverktøy for å vurdere gjentakelsesfare hos unge med HSB (Worling, 2004, 2013; Worling & Curwen, 2001).

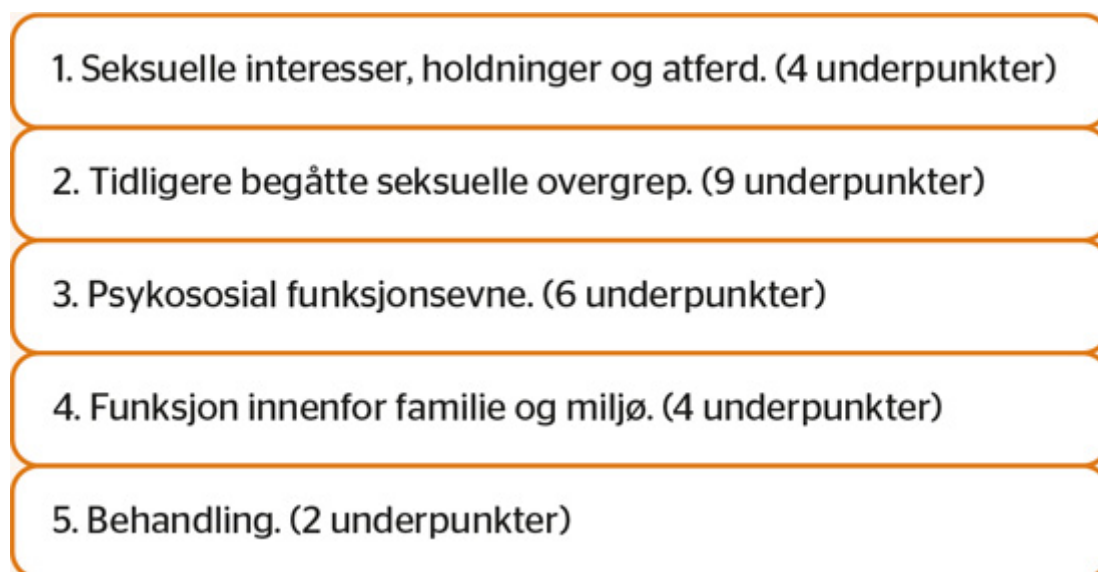


FIGUR 1 Seksuell atferd – definisjonskontinuum (jfr. AIM2)

Studier med fokus på gjentakelsesfare viser varierende tall fra 0 % til 30 % hos unge utøvere (Worling & Långström, 2003). Kun 10–15 % av ungdom med HSB, fortsetter med dette i voksen alder (van Outsem et al., 2006). Studier som ser på ungdom med HSB og andre alvorlige atferdsvansker, viser en gjentakelsesfare på 7,08 % for HSB, mens sjansen for gjentatte alvorlige ikke-seksuelle atferdsproblemer ligger på 43,4 % (Spice, Viljoen, Latzman, Scalora & Ullman, 2012). Videre viser en metaanalyse utført av Reitzel and Carbonell (2006) at for ungdom som har mottatt overgrepsspesifikk behandling, er gjentakelsesraten lavere (7,4 %) sammenlignet med andre som har avbrutt eller ikke tatt imot behandling (18,9 %).

Vi vil anbefale følgende referanser for lesere som eventuelt ønsker mer om kunnskapsstatus knyttet til etiologi, risikovurderinger samt behandling av HSB-gruppen (Barbaree & Marshall, 2006; Boer, 2013; Bromberg & O'Donohue, 2014; Calder,

2011; Chaffin et al., 2008; Creeden, 2009; Kjellgren, 2009; Lewis, 2011; O'Reilly, Marshall, Carr & Beckett, 2004; Smallbone, Marshall & Wortley, 2008; van Outsem, 2009; Worling, 2011).



FIGUR 2: Oversikt over ERASORs 5 hovedområder for vurdering av gjentakelsesfare (Worling & Curwen, 2001)

V27 er en klinisk ressursenhet ved Betanien BUP i Bergen, for unge som utøver HSB og deres familier (Birkhaug, Mæhle, Nielsen, Ingnes, Kleive & Solberg, 2005; BLID, 2013; Ingnes & Kleive, 2011; NKVTS, 2011; Sjøftestad & Andersen, 2014). Arbeidet har gitt oss en unik mulighet til å kartlegge kjennetegn ved unge som utøver HSB i norsk kontekst.

Målet for studien er å karakterisere barn og ungdom som er henvist til V27 i perioden 2004 – 2013. Vi vil se på alder, kognitiv og sosial fungering, atferdsvansker, traumeerfaringer samt familiefungering hos dem som utøver HSB. Videre vil vi presentere noen karakteristika ved HSB- hendelsen som bakgrunn for henvisning, som debutalder, type og antall overgrep, sted for overgrep, gjentakelse av HSB, kjønn og antall fornærmede, relasjon og aldersforskjell mellom utøver og fornærmede.

## Metode

### Utvalg

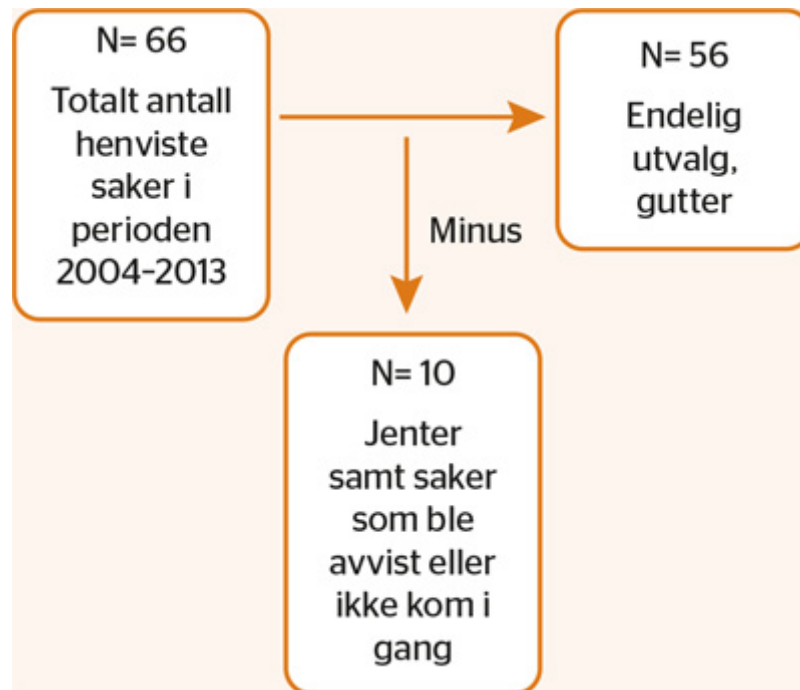
Utvalget (N=56 gutter) er en klinisk pasientpopulasjon bestående av ordinært henviste ungdommer med HSB til ressursenheten V27 i perioden 2004 – 2013.

Henvisningsinstanser er hovedsakelig poliklinikker innen psykisk helsevern for barn/ungdom (BUP) og kommunale barneverntjenester innenfor Helse Vest.

### Prosedyre og etikk

Alle pasientjournaler i utvalget ble gjennomgått retrospektivt. Dataene ble kodet og behandlet i tråd med Personvernombudets retningslinjer for behandling av konfidensiell og personømfintlig informasjon (jf. helsepersonelloven 26) og ble

godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som et kvalitetssikringsprosjekt. Prosjektet ble ikke funnet meldingspliktig til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Kvalitetssikringsprosjektet ble støttet av UNI Research/Regionalt kunnskapssenter for barn og ungdom (RKBU) Vest.



**Figur 3** Utvalg

Utfordrende faglig-etiske dilemmaer oppstår fortløpende i BUPs/helsevesenets møte med barn og ungdom, der det avdekkes eller henvises for utøvd HSB eller sterk mistanke om dette. Dette fordrer en kontinuerlig bevissthet og åpen refleksjon om faglig-etiske temaer som blant annet respekt, integritet, frivillighet, kompetanse og ansvar. For eksempel – kan BUP avvise barn som henvises for problematisk eller skadelig seksuell atferd? Vil mer omfattende overgrepsspesifikk behandling kunne gjøre mer skade enn nytte for noen?

### «Foresatte gir i praksis den viktigste hjelpen for barnet sitt etter avdekking»

I kvalitetssikringsprosjektet til V27 har det faglig-etisk vært spesielt viktig å tilstrebe redelighet og nøyaktighet i koding av journalopplysninger og i oppsummering, anonymisering og presentasjon av data.

### Mål og operasjonaliseringer

*Etnisitet:* Baseres på journalopplysninger. «Norsk» defineres som født i Norge med minst en norsk etnisk forelder. «Innvandrer» defineres som født i eller utenfor Europa og innvandret til Norge.

*Omsorgssituasjon:* Dersom barnet bor sammen med en av eller begge sine biologiske foreldre, blir dette definert som «bor hos biologisk forelder/foreldre».

*Foreldre/familiekvaliteter:* Vurderingen av denne variabelen er kodet etter Hall (2011) operasjonalisering og inndeling av ulike måter foreldre/omsorgsgivere, kan fungere og påvirke effekter av behandling til HSB-gruppen på.

*Sosial fungering:* Journalopplysninger fra ulike kartleggingsverktøy og/eller kliniske vurderinger av sosial fungering i hjem, skole og fritid. «God fungering» = Har nære prososiale venner, deltar på sosiale fritidsaktiviteter, ingen alvorlig bekymring registrert. «Bekymringsfull fungering» = Har venner, men gjerne overflatiske, bekymringsfulle og antisosiale bekjentskaper. Vanskelig for de voksne å få oversikt over de sosiale kontaktene og aktivitetene. «Isolert» = Få eller ingen venner på skole/fritid. Oppholder seg mest aleine og eller med yngre barn.

*Kognitive evner:* Kognitive evner er målt psykometrisk og kodet etter ICD-10, akse 3 (inkludert saker der også ADL—funksjonsmål og akse 2 (generelle/spesifikke lærevansker, IQ=70–85) inkluderes i den totale vurderingen). «Normale evner» defineres som IQ 85 eller høyere.

*Annen (ikke-seksuell) normbrytende eller kriminell atferd:* Baseres på registrerte journalopplysninger (f.eks. alvorlig skoleskulk, nasking/stjeling, hyppige løgner, hærverk, vold, rus, brannstiftelse, mishandling av kjæledyr/dyr).

*Eget traume:* seksuelle overgrep (både enkelt og gjentatte traume), generell alvorlig omsorgssvikt, andre typer traumer (fysiske, mobbing, psykiske), kombinasjon av flere traumer (multi-traumatisert; Finkelhor, 2008).

*Sted for overgrep:* «Utøvers hjem eller nærhet» er kodet dersom overgrep har funnet sted der utøver bor primært eller sekundært i bolig/nærhet hos annen forelder. Dersom overgrep har funnet sted i fornærmedes bolig og denne er nær utøvers bolig/nærhet, kodes dette også under «utøvers hjem eller nærhet».

*Seksuell hendelse:* «Seksuelle handlinger» (kyssing, berøring av kjønnsorganer). «Seksuell omgang» (samleie, samleielignende, kontakt munn og kjønnsorgan, tvingende masturbering). «Annet» (her er seksualisert atferd som blotting, masturbasjon i andres påsyn, fremvisning av porno samt overgrep via digitale/sosiale medier inkludert).

*Nye overgrep:* Registrerte HSB-hendelser som finner sted i tiden mellom oppstart og avslutning ved V27.

## **Metodiske begrensninger**

Det er flere begrensninger ved det foreliggende datamaterialet. Data er innhentet fra et naturlig klinisk utvalg, og «missing data» vil derfor variere en del på de ulike variablene. Dette er som forventet, idet data baseres på journalopplysninger som er registrert for klinisk bruk av ulike behandlere over tid. Videre er journaldata registrert over en tiårsperiode, der både faglig kunnskap, begreper, definisjoner, forståelse og metodikk

knyttet til HSB- gruppen har vært under kontinuerlig utvikling og endring. Barn og ungdoms utvikling og økende bruk av sosiale medier og pornografi, også i utøvelse av HSB, er et godt eksempel på dette (Seto, Hermann, Kjellgren, Priebe, Svedin & Långström, 2015).

## Statistiske analyser

Datamaterialet er analysert ved hjelp deskriptive analyser/frekvenstabeller i «IBM Statistical Package for the Social Sciences» (SPSS), versjon 21.

## Resultater

### Karakteristika og bakgrunn

Utvalget (N=56) består av gutter som har en gjennomsnittsalder på 14,1 år da de første gang kom i kontakt med V27. Majoriteten er norskfødte gutter med minst en norsk forelder (89 %). 86 % bor sammen med minst en av sine biologiske foreldre, mens 15 % bor i fosterhjem eller er plassert på barneverns- eller behandlingsinstitusjon når overgrepet blir avdekket. Ved avslutning hos V27 er andelen i fosterhjem eller institusjon økt til 20 %.

27 % av foresatte i utvalget støtter opp under utredning og behandling og er i praksis de som gir den viktigste hjelpen for barnet sitt etter avdekking. Mange av familiene (56 %) har likevel behov for omfattende hjelp utover det mer overgrepsspesifikke som V27 tilbyr. 17 % av de foresatte i utvalget, har hatt vansker med å erkjenne og støtte behandling (f.eks. «tror ikke at sønnen kan ha gjort det han er mistenkt eller tatt for»).

### Tabell 1: Utøveren - bakgrunn, karakteristika og familiestøtte

Alder ved første kontakt (M (SD)) (N=56)	14,1 (2,1)
<b>Etnisitet (%) (N=56)</b>	
Norskfødt med norske foreldre	89
Innvandrer- født utenfor Norge	11
<b>Omsorgssituasjon ved avdekking (%) (N=55)</b>	
Bor med biologiske foreldre (en eller begge)	86
Bor i fosterhjem eller på barnevernsinstitusjon	15
<b>Familjestøtte (%) (N=52)</b>	
Foresatte er hovedhjelpere	27
Foresatte har vansker med å erkjenne/støtte behandling	17

Foresatte/familie har behov for omfattende hjelp	56
<b>Kognitive evner (%) (N=42)</b>	
Normale kognitive evner (IQ=85 eller høyere)	45
Generelle og spesifikke lærevansker (IQ=70-85)	43
Psykisk utviklingshemning (IQ=69 eller lavere)	12
<b>Sosial fungering (%) (N=47)</b>	
God	17
Bekymringsfull	45
Isolert	38
<b>Annen ikke-seksuell kriminell eller normbrytende atferd (%) (N=48)</b>	
Ja	71
Nei	29
<b>Opplevd eget traume (%) (N=45)</b>	
Nei - ikke kjent	36
Seksuelle overgrep	11
Annet traume (fysisk, psykisk, mobbet, annet)	11
Generell omsorgssvikt	16
Kombinasjon av flere traumer (inkl. seksuelt traume)	16
Stor klinisk bekymring for seksuelt traume - men ikke avdekket	11

45 % har målt normale kognitive evner (IQ >85), mens 43 % faller i nedre sjikt av normalvariansområdet (generelle og spesifikke lærevansker, IQ=70–85). 12 % har IQ < 70, som karakteriseres som kognitiv psykisk utviklingshemning.

For 83 % av guttene er den sosiale fungeringen bekymringsfull eller de fungerer isolert i forhold til jevnaldrende. 17 % rapporteres å fungere godt/vanlig sosialt. For 71 % av utvalget er det registrert annen ikke-seksuell atferdsproblematikk av betydning.

Hos 36 % av utøverne er det ikke rapportert eller avdekket at de har opplevd noen form for egne traumer. 16 % har erfart alvorlig omsorgssvikt. Utøver har selv vært utsatt for tidligere seksuelle overgrep i 11 % av sakene, mens 16 % har opplevd kombinasjon av



flere traumer. Det har i tillegg vært klinisk bekymring for at utøver har vært utsatt for seksuelt traume i 11 % av sakene, uten at man har lyktes i å avdekke eller avkrefte dette.

### **Karakteristika ved overgrepshendelsen**

Debutalder som utøver er gjennomsnittlig 13,2 år. 71 % har debutert før fylte 15 år og tilsvarende 32 % før fylte 13 år.

62 % av guttene er sterkt mistenkt for eller har innrømmet to eller flere HSB før henvisning. 95 % har utført overgrep aleine – oftest mot en fornærmet (61 %) eller mot to fornærmede (29 %). De fleste overgrep har funnet sted hjemme hos utøver, eller i nær omegn ute (76 %). I 19 % av sakene har vi registrert gjentatte HSB i V27s kontaktperiode.

76 % av de fornærmede er jenter. Utøvers forhold til fornærmede er nabo/bekjent (41 %), biologisk/halvsøsken (27 %), annen slektning (16 %) og fremmed (9 %). Når overgrepet angivelig finner sted, er 56 % av de fornærmede 4 år yngre eller mer enn utøveren. Majoriteten (59 %) av de fornærmede (gjennomsnitt 8,5 år) er i barneskolealder, mens 19 % er i førskolealder da overgrepet skal ha funnet sted.

### **Tabell 2: Karakteristika ved overgrepshendelsen**

Debut alder utøver (M (SD)) (N=56)	13,2 (2,3)
<b>Antall overgrep (%) (N=56)</b>	
Ett overgrep	38
To overgrep	7
Tre eller flere overgrep, men vanskelig å tallfeste	55
<b>Antall utøvere (%) (N=56)</b>	
En utøver	95
<b>Antall fornærmede (%) (N=56)</b>	
En fornærmet	61
To fornærmede	29
Tre eller flere fornærmede	11
<b>Fornærmedes kjønn (%) (N=54)</b>	
Jente	76
Gutt	24

**Fornærmedes alder ved overgrepstidspunkt (%) (N=53)**

0 - 5 år	19
6 - 11 år	59
12 - 15	23

**Aldersforskjell fornærmede versus utøver (%) (N=54)**

4 år yngre eller mer	56
Jevnaldrende (inntil 4 år yngre eller eldre)	44

**Relasjon utøver - fornærmede (%) (N=56)**

Nabo/bekjent	41
Biologiske søsken og halvsøsken	27
Stesøsken, fostersøsken	7
Annen slektning	16
Fremmed	9

**Sted/arena for overgrep (%) (N=55)**

Utøvers hjem eller i nærheten	76
Fornærmedes hjem eller i nærheten	9
I barnehage/skole/SFO	7
Annet sted	7

**Seksuell handling (%) (N=56)**

Seksuelle handlinger (f.eks. beføling av bryster og kjønnsorganer)	27
Seksuell omgang (f.eks. samleie(-lignende), oral berøring av kjønnsorganer)	64
Annet (inkl. seksualisert atferd, bruk av sosiale medier)	9

**Saker der nye overgrep er registrert under behandling (%) (N=52)**

Nei	81
Ja	19

De seksuelle handlingene som utøverne har innrømmet eller er sterkt mistenkt for å ha utført, er hovedsakelig seksuelle hendelser av alvorlig karakter – «seksuelle handlinger» (27 %) og «seksuell omgang» (64 %).

## Diskusjon

Oppsummert viser resultatene at sakene som spesialteamet V27 har jobbet direkte med, karakteriseres av alvorlige seksuelle hendelser utført av unge norske gutter mot både yngre og jevnaldrende jenter og gutter. Majoriteten i utøvergruppen er både under kriminell (15 år) og seksuell (16 år) lavalder i Norge.

Majoriteten av våre utøvere bor hjemme i sin biologiske familie, det samsvarer med internasjonale funn (Ryan, Miyoshi, Metzner, Krugman & Fryer, 1996). Vi har imidlertid ikke kunnet skille godt nok mellom de barna som bor med begge foreldre, i oppbrutte eller delte hjem, med eneforsørgere eller med steforeldre. Det kan derfor være at det er en overrepresentasjon av familier med oppdelte hjem og høyt stressnivå i familien da dette er risikofaktorer for å utvikle atferdsproblematikk generelt (Borduin, Schaeffer & Heiblum, 2009; Worley, Church & Clemmons, 2012) og for gjentakelse av HSB spesielt (Jfr. ERASOR; Worling & Curwen, 2001).

Mange i vårt utvalg befinner seg i normalområdet når det gjelder kognitive evner. En tilsvarende høy andel har generelle eller spesifikke lærevansker – tall som samsvarer med internasjonale funn for HSB- gruppen og for dem som utvikler atferdsproblemer generelt (Pullman & Seto, 2012). At gruppen med IQ <70 er relativt lavfrekvent i vårt utvalg, kan skyldes at denne gruppen møtes av andre fag- og omsorgsinstanser enn BUP. Svak kognitiv fungering er ikke ansett som risikofaktor for gjentakelse av HSB, men må tas i betraktning når man i klinikken skal velge best egnet tiltak mellom pedagogisk, psykoedukasjon og overgrepsspesifikk behandling (O'Callaghan, 2004; Risberg, 2004).

Majoriteten i vårt kliniske utvalg har sosiale vansker, noe som er en veldokumentert risikofaktor for å utøve HSB eller utvikle andre atferdsproblemer (Seto & Lalumière, 2010). Dette er også i tråd med EASOR, som oppsummerer at «mangel på intime forhold til jevnaldrende, sosial isolering, antisosial interpersonlig orientering, dårlig omgangskrets og negativ innflytelse» – alle er faktorer som kan høyne risiko for gjentakelse (Worling & Curwen, 2001).

En stor andel av vårt kliniske utvalg har både HSB og generelle atferdsproblemer. Dette samsvarer med internasjonale studier som sammenligner ungdom med generelle atferdsvansker og/eller HSB (Pullman & Seto, 2012; Seto & Lalumière, 2010; van Outsem, 2009). Multi-systemisk terapi (MST; Borduin et al., 2009) og funksjonell familierapi (FFT; Erickson, 2008) tilpasset HSB-gruppen, kan derfor være nyttige supplement i tiltakskjeden. Dette gjelder særlig i alvorlige enkeltsaker der polikliniske og noe mer individorienterte og overgrepsspesifikke utrednings-/behandlingsformer som AIM2 (Griffin, Beech, Print, Bradshaw & Quayle, 2008) og G-MAP (Print & O'Callaghan, 2004), ikke viser seg tilstrekkelig.

Antallet utøvere i vårt utvalg som har erfart traumer generelt og egne seksuelle overgrep spesielt, er relativt lavt, og tallene er usikre. Mørketall (manglende eller utsatt avdekking og mangelfull kartlegging og registrering i klinikken) forklarer en del av dette bildet. Nyere forskning viser at ulike typer omsorgssvikt i barndommen (fysisk vold, seksuell vold/overgrep, emosjonell svikt) gir like stor prediksjonsverdi for «onset» av HSB (Forsman, Johansson, Santtila, Sandnabba & Långström, 2015), men er ikke dokumentert å øke risiko for gjentakelse av HSB (jfr. ERASOR; Worling & Curwen, 2001).

### **«For 83 % av guttene er den sosiale fungeringen bekymringsfull»**

Majoriteten av guttene i vårt utvalg har utført HSB aleine. HSB utført av gjenger er lite representert i dette utvalget. At det er flest jenter som er fornærmede, samsvarer med internasjonale funn. I vårt utvalg er det imidlertid en relativt stor andel saker der utøver og fornærmet begge er gutter (likekjønnet HSB), noe som i ERASOR er inkludert som valid risikofaktor for gjentakelse (Worling & Curwen, 2001).

Majoriteten av de fornærmede er i førskole- eller barneskolealder når HSB skal ha funnet sted, og de er ofte nært beslektet med utøveren – dette samsvarer med tall fra internasjonale studier (Finkelhor, 2008; Tucker, Finkelhor, Turner & Shattuck, 2014).

Hvis vi sammenholder data som viser at majoriteten bor med sine biologiske foreldre, og at mange av familiene har omfattende vansker utover det overgrepsspesifikke, forsterker dette behovet for familieintervensjoner som inkluderer både utøver, fornærmet (særlig søsken) og deres foresatte (Pullman & Seto, 2012; Strange, Jørgensen, Sinnerup & Schrøder, 2009).

Hele 62 % av guttene er sterkt mistenkt for eller har innrømmet to eller flere gjentatte HSB før henvisning til V27 (jf. risikofaktor i ERASOR). Dette sett sammen med tall som viser alvorligheten i type HSB utført, og at 19 % av guttene har gjentatt problematiske eller skadelige seksuelle handlinger i V27s kontaktperiode, indikerer at utøverne som henvises til V27, generelt har alvorlig problematikk, og at det således er viktig og riktig at de ble henvist til spesialisthelsetjenesten. At to av ti gutter har gjentatt HSB under V27s kontaktperiode, må ikke oppfattes som tall for behandlingseffekt. HSB som gjentas, kan være av annen form (f.eks. seksuell atferd eller handling) enn det som var bakgrunnen for henvisning (f.eks. seksuell omgang). Videre ligger det enkelte «høyrisiko»- saker bak disse tallene- saker der poliklinisk overgrepsspesifikt tilbud (slik V27 tilbyr) ikke er vurdert faglig forsvarlig eller tilstrekkelig, men har vært det «minst dårlige» som har vært mulig å få til. Bak tallet på 19 % ligger også det faktum at det kliniske utvalget består av pasienter som V27 har møtt over ulike perioder på ulike måter gjennom ti år. Noen har vært til utredning, blitt avbrutt og/eller er blitt fulgt opp av andre behandlingsinstanser. Tallet kan også være en indikasjon på at foreldre med flere fanger opp ungdommens atferd bedre etter oppstart ved V27.

## Kliniske implikasjoner

Majoriteten av guttene (71 %) har debutert før strafferettslig lavalder, som er 15 år i Norge. Dette betyr at majoriteten av utøverne BUP/V27 har kommet i kontakt med, er under den aldersgruppen som automatisk får mer systematisk oppfølging fra politi og konfliktråd (jf. ungdoms-oppfølging eller -straff). Unge under 15 år som utøver HSB, blir under nåværende forhold svært avhengige og sårbare overfor hvordan for eksempel lokalt politi, barnevern, barnehus og BUP tar imot, fanger opp, samhandler og har kompetanse på HSB-problematikk.

Til tross for at det foreligger mange studier og resultater om unge utøvere, er det liten skriftlig konsensus om praksis og retningslinjer for utredning og behandling (Bromberg & O'Donohue, 2014). Ulike definisjoner, operasjonaliseringer, utvalg og rapporteringsmetoder kan i tillegg gjøre det svært vanskelig å sammenligne funn fra ulike studier. Videre er forskningen fortsatt mangelfull, for eksempel når det gjelder foreldre- og kontekstvariabler, jenter og etniske minoriteter, beskyttende faktorer, misbruk av porno og sosiale medier og effekter av ulike behandlingsintervensjoner (Långström, Enebrink, Laurén, Lindblom, Werkö & Hanson, 2013; Priebe & Svedin, 2009; Worley et al., 2012).

I norsk helsevesen, barnevern, familievern, politi, justis og kriminalomsorg er det så langt ingen felles og samordnet måte å registrere, møte og hjelpe disse barna og deres familier på (BLID, 2013, 2014). Det er tilfeldig hvor man møter tilgjengelig kompetanse – både på seksualitet generelt (Træen & Schaller, 2013) og på HSB spesielt.

For klinikeren er det med andre ord en krevende oppgave å trekke ut, sjonglere og transformere den til enhver tid tilgjengelige kunnskapen på HSB-fagfeltet til det beste for den enkelte ungdom og hans familie. Hva er forsvarlig praksis og konsensus på fagfeltet? Hvilket faglig verktøy og nettverk har man tilgjengelig? Hvor kan klinikeren få styrket sin kompetanse? Hvordan skape trygghet og stoppe gjentakelse av overgrep og nye offer? Hvordan skape håp og motivasjon hos denne utøveren og hans familie? Hvordan fremme denne unge guttens prososiale utvikling og seksualitet?

Vi har fortsatt ikke svar på alt dette, men utfra foreliggende resultater fra klinikken, mener vi at følgende elementer må utvikles for å bedre klinisk praksis med HSB-gruppen videre: å øke bevissthet og kunnskap om HSB generelt i befolkningen, å samordne hjelpeapparatets ansvar, forståelse og tiltak rundt utøver, å øke fokus på arbeid med familie/nettverk og sist, men ikke minst, å kartlegge, forstå og intervensere på sammenhengen mellom HSB-problematikk og andre mer «vanlige tema» i barnevernet og BUP, som fysisk og seksuell vold, emosjonell omsorgssvikt, tilknytningsvansker, familiebelastninger, sosiale vansker, svake kognitive evner og alvorlige atferdsproblemer.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 5, 2016, side 366-375*

**Monica Jensen**, psykologspesialist og prosjektleder nasjonalt klinisk SSA-nettverk

**Erling Garbo**, psykologspesialist/pensjonist

**Helle Kleive**, psykologspesialist og daglig leder for ressursenheten V27 ved Betanien Bup, Betanien sykehus i Bergen, Helse Vest.

KONTAKT: helle.kleive@betanien.no

**Øystein Grov**, overlege/spesialist barne- og ungdomspsykiatri V27/Betanien BUP og Helle Kleive, psykologspesialist V27/Betanien BUP

**Mari Hysing**, psykologspesialist, Uni Research/RKBU Vest

KONTAKT: monica.jensen@betanien.no

## + Vis referanser

### REFERANSER

Barbaree, H. E. & Marshall, W. L. (2006). *The Juvenile Sex Offender. Second Edition.* New York: The Guilford Press.

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

BLID. (2013). *Barndommen kommer ikke i reprise. Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017).* Oslo.

BLID. (2014). *En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017).*

Boer, D. P., Eher, R., Craig, L. A., Miner, M. H., Pfafflin, F. (2013). *Handbook of child and adolescent sexuality; developmental and forensic psychology.* Wiley Blackwell.

Borduin, C. M., Schaeffer, C. M. & Heiblum, N. (2009). A Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Juvenile Sexual Offenders: Effects on Youth Social Ecology and Criminal Activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 26-37.

Bromberg, D. S. & O'Donohue, W. T. (2014). *Toolkit for working with Juvenile Sex Offenders.* UK/USA: Academic Press.

Calder, M. C. (2011). *Contemporary practice with young people who sexually abuse. Evidence-based developments.* UK: Russel House Publishing.

Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., Madden, C. (2008). Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. *Child Maltreatment*, 13(2), 199-218.

Creeden, K. (2009). How trauma and attachment can impact neurodevelopment: Informing our understanding and treatment of sexual behaviour problems. *Journal of Sexual Aggression*, 15(3), 261-273.

Erickson, C. J. (2008). *The effectiveness of functional family therapy in the treatment of juvenile sexual offenders.* (3330801 Ph.D.), Indiana University, Ann Arbor.

Finkelhor, D. (2008). *Childhood Victimization.* USA: Oxford University Press.

Forsman, M., Johansson, A., Santtila, P., Sandnabba, K. & Långström, N. (2015). Sexually Coercive Behavior Following Childhood Maltreatment. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 149-156.

Griffin, H. L., Beech, A., Print, B., Bradshaw, H. & Quayle, J. (2008). The development and initial testing of the AIM2 framework to assess risk and strengths in young people who sexually offend. *Journal of Sexual Aggression*, 14(3), 211-225.

Hall, S. (2011). Evidence for working holistically with young people who have sexually harmed. In M. C. Calder (Ed.), *Contemporary practice with young people who sexually abuse.* UK: Russel

House.

Hickey, N., McCrory, E., Farmer, E. & Vizard, E. (2008). Comparing the developmental and behavioural characteristics of female and male juveniles who present with sexually abusive behaviour. *Journal of Sexual Aggression*, 14(3), 241-252.

Ingenes, E. K. & Kleive, H. (2011). *I møte med unge overgripere*: Gyldendal Akademisk.

Kjellgren, C. (2009). *Adolescent sexual offending. Prevalence, risk factors and outcome*. (Doktoravhandling), Universitetet i Lund, Sverige.

Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G. & Långström, N. (2010). Sexually Coercive Behavior in Male Youth: Population Survey of General and Specific Risk Factors. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1161-1169.

Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G., Mossige, S. & Långström, N. (2011). Female Youth Who Sexually Coerce: Prevalence, Risk, and Protective Factors in Two National High School Surveys. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3354-3362.

Lewis, M. (2011). *Handbook of Child Sexual Abuse : Identification, Assessment, and Treatment*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons.

Långström, N. (2000). *Sexuella Övergrep mot barn: Unga som begår sexbrott. En forskningsöversikt. Expertrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Långström, N., Enebrink, P., Laurén, E.-M., Lindblom, J., Werkö, S. & Hanson, R. K. (2013). Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. *British Medical Journal*, 347(7924), 12.

NKVTS. (2011). *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge. Kunnskapsstatus. Revidert 2011*. (978-82-8122-040-9). Oslo: NKVTS.

O'Reilly, G., Marshall, W. L., Carr, A. & Beckett, R. (2004). *The Handbook of Clinical Intervention with Young People who Sexually Abuse*. Hove, New York: Psychology Press.

O'Callaghan, D. (2004). Adolescents with intellectual disabilities who sexually harm: intervention design and implementation. In G. O'Reilly, W. L. Marshall, A. Carr & R. Beckett (Eds.), *The Handbook of Clinical Intervention with Young People who Sexually Abuse* (pp. 345-368). USA og Canada: Brunner and Routledge.

Priebe, G. & Svedin, C. G. (2009). Prevalence, Characteristics, and Associations of Sexual Abuse with Sociodemographics and Consensual Sex in a Population-Based Sample of Swedish Adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(1), 19-39.

Print, B. & O'Callaghan, D. (2004). Essentials of an effective treatment programme for sexually abusive adolescents: offence specific treatment tasks. In G. O'Reilly, W. L. Marshall, A. Carr & R. Beckett (Eds.), *The Handbook of Clinical Intervention with Young People who Sexually Abuse* (pp. 237-274). New York: Brunner-Routledge.

Pullman, L. & Seto, M. C. (2012). Assessment and treatment of adolescent sexual offenders: Implications of recent research on generalist versus specialist explanations. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 203-209.

Radford, L., Corral, S., Bradley, C. & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 801-813.

Reitzel, L. R. & Carbonell, J. L. (2006). The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: A meta-analysis. *Sexual Abuse-a Journal of Research and Treatment*, 18(4), 401-421.

Risberg, O. (2004). *Vem vill vara ihop med mig då? Om behandling, sexuella övergrep och utvecklingsstörning*. Sverige: Rädda Barnen.

Ryan, G., Miyoshi, T. J., Metzner, J. L., Krugman, R. D. & Fryer, G. E. (1996). Trends in a National Sample of Sexually Abusive Youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 17-25.

- Seto, M. C., Hermann, C. A., Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G. & Långström, N. (2015). Viewing Child Pornography: Prevalence and Correlates in a Representative Community Sample of Young Swedish Men. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 67-79.
- Seto, M. C., Kjellgren, C., Priebe, G., Mossige, S., Svedin, C. G. & Långström, N. (2010). Sexual Coercion Experience and Sexually Coercive Behavior: A Population Study of Swedish and Norwegian Male Youth. *Child Maltreatment*, 15(3), 219-228.
- Seto, M. C. & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575.
- Smallbone, S., Marshall, W. L. & Wortley, R. (2008). *Preventing Child Sexual Abuse. Evidence, policy and practice.* UK, USA, Canada: Willan publishing.
- Spice, A., Viljoen, J. L., Latzman, N. E., Scalora, M. J. & Ullman, D. (2012). Risk and Protective Factors for Recidivism Among Juveniles Who Have Offended Sexually. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25(4), 347-369.
- Strange, M., Jørgensen, B., Sinnerup, S. & Schrøder, N. (2009). Offer møder krænker. *Psykolog Nyt*, 1, 6.
- Søftestad, S. & Andersen, I. L. (2014). *Seksuelle overgrep mot barn. Traumebevisst tilnærming.:* Universitetsforlaget.
- Træen, B. & Schaller, S. (2013). Seksualitet som tema blant norske psykologer i klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 98-107.
- Tucker, C. J., Finkelhor, D., Turner, H. & Shattuck, A. M. (2014). Sibling and peer victimization in childhood and adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 38(10), 1599-1606.
- van Outsem, R. (2009). *Exploring Psychological Characteristics of Sexually Abusive Juveniles.* Universitetet i Amsterdam, De Vrije.
- van Outsem, R., Beckett, R., Bullens, R., Vermeiren, R., van Horn, J. & Doreleijers, T. (2006). The Adolescent Sexual Abuser Project (ASAP) Assessment Measures—Dutch Revised Version: A comparison of personality characteristics between juvenile sex offenders, juvenile perpetrators of non-sexual violent offences and non-delinquent youth in the Netherlands. *Journal of Sexual Aggression*, 12(2), 127-141.
- Vizard, E. (2013). Practitioner Review: The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse - assessment and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 503-515.
- Worley, K. B., Church, J. K. & Clemmons, J. C. (2012). Parents of adolescents who have committed sexual offenses: Characteristics, challenges, and interventions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(3), 433-448.
- Worling, J. (2004). The Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR): Preliminary Psychometric Data. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(3), 235-254.
- Worling, J. (2011). The assessment and treatment of deviant sexual arousal with adolescents who have offended sexually. *Journal of Sexual Aggression*, 18(1), 36-63.
- Worling, J. (2013). DASH-13. Desistence for Adolescents who sexually harm. 13-items. [www.erasor.org/new-protective-factors.html](http://www.erasor.org/new-protective-factors.html).
- Worling, J. & Curwen, T. (2001). Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offence Recidivism (Version 2.0: The «ERASOR»). In M. C. Calder (Ed.), *Juveniles and Children who Sexually Abuse: Framework for Assessment.* (pp. 372-397). Lyme: Russel House.
- Worling, J. & Långström, N. (2003). Assessment of Criminal Recidivism Risk with Adolescents who have Offended Sexually: A Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 4(4), 341-362.