

Langvarig taushet om seksuelle overgrep

Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn

Mange overgrepsofsatte bruker lang tid før de forteller om overgrepene. Denne første norske studien på området gir kunnskap om hvilke faktorer som har betydning for latenstid.

TEKST

Iris M. Steine

Dagfinn Winje

Inger Hilde Nordhus

Anne Marita Milde

Bjørn Bjorvatn

Janne Grønli

Ståle Pallesen

PUBLISERT 2. november 2016

ABSTRACT:

Delayed Disclosure of Sexual Abuse: Predictors and Correlates among Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse.

Background: Many survivors of childhood sexual abuse wait for a long time before they disclose the abuse to anyone. The aim of the present study was to identify factors related to delayed disclosure of sexual abuse.

Material and methods: The study is based on self-report data from 508 respondents to the survey *Longitudinal Investigation of Sexual Abuse (LISA)*.

Results: The average number of years passed from first-time abuse to disclosing the abuse was 17,2 years. Disclosure latency was associated with the degree of other adverse childhood experiences, and predicted symptoms of mental health problems in adulthood. Age at first abusive incident was inversely associated with disclosure latency. Having had a known rather than a stranger perpetrator was also associated with longer disclosure latencies. Follow-up analyses revealed lower age at abuse onset and longer duration of the abuse when parents or women were among the perpetrators.

Interpretation: Our findings highlight the need for preventive efforts facilitating early detection of sexual abuse, and for adults taking the responsibility for detecting sexual abuse against children.

Mange som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen, forteller aldri noen om dette, eller venter svært lenge før de forteller det til noen. En stor landsrepresentativ studie i USA fant at 27,8 % av dem som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep som barn, aldri hadde fortalt noen om overgrepene (Ruggiero et al., 2004; Smith et al., 2000). Lignende resultater ble funnet i et representativt utvalg i Sverige (Priebe & Svedin, 2008). I denne studien benytter vi begrepet «latenstid» om tiden det gikk fra første gang man ble utsatt for overgrep til første gang man fortalte noen om overgrepet/-ene. Studier har funnet lengre latenstid der overgrepene involverte vold og trusler (Hanson et al., 2003), samleie (Priebe & Svedin, 2008), tvang (Ruggiero et al., 2004), og der overgriperen var en person man hadde en nær relasjon til (f.eks. et familiemedlem) (Smith et al., 2000). Det finnes også indikasjoner på at terskelen for å fortelle om overgrep er ytterligere forhøyet for dem som har hatt en kvinnelig overgriper (Denov, 2003), men betydningen av å ha hatt en kvinnelig versus mannlig overgriper har generelt blitt lite studert (Haugland, Nygaard, Vik, & Lindstrøm, 2011). Et fåtall studier har undersøkt sammenhengen mellom lang latenstid og senere psykologiske vansker hos den utsatte. Studiene viser at de som aldri hadde fortalt, eller som hadde ventet svært lenge før de fortalte noen om overgrepene, hadde flere symptomer på posttraumatisk stresslidelse, alvorlig depresjon (Ruggiero et al., 2004), mellommenneskelige problemer og seksuelle problemer (Wyatt & Newcomb, 1990).

Økt kunnskap om hvilke faktorer som har betydning for latenstid, kan gi en indikasjon på hvilke tiltak som kan øke mulighetene for at overgrep mot barn kan bli avslørt på et tidligere tidspunkt. Formålene med denne studien var derfor å undersøke: 1) latenstiden fra første gang man opplevde overgrep til første gang man fortalte noen om overgrepene, 2) latenstidens sammenheng med symptomskårer, 3) sammenheng mellom alder da overgrepene startet og varigheten av overgrepene, og 4) prediktorer for forskjeller i latenstid. Så vidt oss bekjent, er dette den første norske studien på denne tematikken.

Metode

Prosedyre og respondenter

Studien baserer seg på data fra prosjektet «Longitudinal Investigation of Sexual Abuse (LISA)», et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Bergen og de fire største sentrene mot incest og seksuelle overgrep i Norge. Utvalget bestod av voksne personer som hadde opplevd seksuelle overgrep som barn. I 2009 og 2011 fikk brukerne av sentrene tilbud om å delta i runde 1 av undersøkelsen. Invitasjonen ble sendt til senterbrukerne i

posten sammen med et informasjonsskriv, et spørreskjema og en frankert svarkonvolutt. I alt 458 personer besvarte undersøkelsen i 2009, noe som utgjorde en svarprosent på 32,7 %. I 2011 ble nye senterbrukere invitert til å delta, med den hensikt å øke det totale antallet respondenter i undersøkelsen. Ytterligere 79 personer deltok, og det totale antallet respondenter økte til 537. For å ivareta brukernes anonymitet ble utsendingene gjort av ansatte ved sentrene. Studien ble godkjent av Personvernombudet for forskning, Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nr. 264.08) og av Helsedirektoratet.

«Gjennomsnittsalder første gang man opplevde overgrep var 6,5 år, og 23,3 år første gang man fortalte noen om overgrepene»

Av de totalt 537 respondentene svarte 508 (95,1 % kvinner, 4,9 % menn) i alderen 18–73 år ($M = 39,4$ år, $SD = 12,1$ år) at de hadde opplevd seksuelle overgrep som barn, det vil si før fylte 18 år ($M = 6,5$ år, $SD = 3,9$ år). Den hyppigst rapporterte høyeste fullførte utdanning var universitet/høyskole (46,2 %), etterfulgt av videregående skole (24,2 %), grunnskole (14,6 %), faglig yrkesutdanning (13,0 %), mens 1,0 % ikke hadde fullført grunnskole. Hyppigst rapporterte yrkesstatus var uføretrygdet / under attføring (45,1 %), etterfulgt av heltidsansatt (24,8 %), deltidsansatt (11,6 %), student (10,4 %), arbeidsledig (3,7 %), hjemmeværende (1,6 %) og pensjonist (1,4 %).

Måleinstrumenter

Post-traumatiske stressymptomer ble målt med *Impact of Event Scale- Revised (IES-R)*, som måler kjernesymptomer ved PTSS den siste uken (Weiss & Marmar, 1997). Chronbach's alpha (intern reliabilitet) for IES-R sumskåren i utvalget var 0,94.

Angst- og depresjonssymptomer ble målt med *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, som måler henholdsvis angst- (HADS-Angst) og depresjonssymptomer (HADS-Depresjon) den siste uken. En subskala-skår på 11 og over indikerer *sannsynlig* klinisk signifikant angst/depresjon (Zigmond & Snaith, 1983). Chronbach's alpha var 0,83 for både angst- og depresjons-subskalaen.

Insomnisymptomer ble målt med *Bergen Insomnia Scale (BIS)*, som måler insomnisymptomer den siste måneden. Skalaen kan også skåres i henhold til inklusjonskriteriene for insomni i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Chronbach's alpha var 0,84.

Latenstid ble målt gjennom det åpne spørsmålet: «*Hvor lang tid tok det fra du opplevde overgrep første gang, til første gang du fortalte noen om overgrepene?*» Vi spurte ikke om hvilke omstendigheter som førte til at man fortalte om overgrepene.

Andre negative hendelser i oppveksten ble kartlagt gjennom 7 spørsmål om i hvilken grad man hadde opplevd å ha blitt utsatt for eller vært vitne til fysisk/psykisk vold

innad i / utenfor familien, om man måtte ta vare på andre i familien fordi foreldrene ikke klarte det, og i hvilken grad man ble godt tatt vare på og følte seg trygg, elsket og verdsatt i familien. Svarkategoriene var «nei, sjelden/aldri» (1), «Ja, av og til» (2), «Ja, ofte» (3) og «Ja, veldig ofte/alltid» (4). En totalskår ble beregnet, der høyere skår indikerte flere negative hendelser i oppveksten.

«Lavere alder ved første overgrep, en kjent overgriper, og mer av andre typer negative opplevelser i oppveksten var knyttet til lengre latenstid»

Andre aspekter ved overgrepene. Vi stilte åpne spørsmål om alder ved første overgrep, og om hvor mange år/måneder overgrepene hadde pågått (*Varighet*). Vi lagde dikotome variabler (nei/ja) basert på om overgriperen var en *Ukjent person*, om man hadde bodd i *Samme husstand* som overgriperen, om overgrepene involverte *Penetrering, Vold* (fysisk), om man hadde opplevd *Trusler* (f.eks. at noen man var glad i ville bli skadet dersom man fortalte om overgrepene), og om man hadde blitt *Lurt* (f.eks. til at overgrepene var ens egen feil). «Nei» ble kodet «0», og «ja» ble kodet «1».

Statistiske analyser

Frekvensanalyser/krystabeller ble brukt for å illustrere sammenhenger mellom alder ved første og siste overgrep, varighet av overgrepene, og latenstid.

Pearson produkt-moment-korrelasjon ble brukt for å undersøke sammenhengen mellom latenstid og symptomskårer.

For å undersøke prediktorer for lang latenstid ble det anvendt hierarkisk regresjonsanalyse med variabelen *Latenstid* som kriteriumsvariabel.

Prediktorvariablene ble valgt basert på funn fra tidligere studier (Hanson et al., 2003; Priebe & Svedin, 2008; Ruggiero et al., 2004; Smith et al., 2000). Forutsetninger vedrørende linearitet, normalitet, multikollinearitet og homoskedastisitet var oppfylt.

Oppfølgende tester. Vi gjorde oppfølgende tester for å identifisere faktorer relatert til lavere alder ved første overgrep, da de forutgående analysene viste at lavere alder ved første overgrep var relatert til både lengre *varighet* av overgrepene og til lengre *latenstid*. Fordi det å ha hatt en nær relasjon til overgriper eller en kvinnelig overgriper er knyttet til lengre latenstid, gjorde vi t-tester for uavhengige grupper der vi sammenlignet dem som hadde hatt foreldre som overgripere (biologiske/ste-/fosterforeldre), med dem som ikke hadde foreldre som overgripere, på parameterne alder ved første og siste overgrep, alder man fortalte om overgrep, overgrepenes varighet, latenstiden, og symptomskårer (posttraumatisk stress, angst, depresjon og insomni). Deretter sammenlignet vi dem som hadde hatt *kvinnelige* overgripere, med dem som ikke hadde hatt kvinnelige overgripere, på de samme

parameterne. Bare to respondenter hadde oppgitt at de kun hadde hatt kvinnelige overgripere. Vi sammenlignet derfor dem som *kun* hadde hatt mannlige overgripere med dem som hadde hatt *både mannlige og kvinnelige* overgripere. Til slutt gjorde vi en regresjonsanalyse for å identifisere prediktorer for en lavere alder ved første overgrep. Variablene *Vold*, *Trusler*, *Lurt*, *Tillit*, og *Foreldreovergripere* (om overgriperen var en forelder eller ikke) ble satt inn som prediktorer, og *Alder ved første overgrep* som avhengig variabel.

Resultater

Tabell 1 viser deskriptiv statistikk for henholdsvis kontinuerlige og kategoriske variabler benyttet i studien.

Tabell 1. Deskriptiv statistikk for variabler benyttet i studien.

KONTINUERLIGE VARIABLER	N	M	SD	SPREDNING	KI
Om overgrep					
Alder ved første overgrep	506	6,3	3,6	0-17	6,0-6,6
Alder ved siste overgrep	491	16,7	7,8	3-49	16,0-17,3
Alder når man fortalte om overgrep	497	23,6	11,5	2-61	22,6-24,6
Varighet av overgrep i antall år	480	10,5	8,3	0-49	9,7-11,2
Symptomer					
Angst (HADS-A)	511	11,0	4,5	0-21	10,7-11,4
Depresjon (HADS-D)	502	6,6	4,4	0-20	6,2-7,0
Posttraumatisk stress (IES-R sum)	455	43,8	19,4	0-87	42,0-45,6
Insomni (BIS)	515	22,4	10,7	0-42	21,5-23,3
Kategoriske variabler					
	<i>n</i>	%			
Overgrepsvariabler					
Ble utsatt for vold	175	33,8			
Lurt til å tro at det var normalt	300	58,0			
Ble utsatt for trusler	205	39,7			

KONTINUERLIGE VARIABLER	N	M	SD	SPREDNING	KI
Bodde i samme husstand	341	66,0			
Overgrep involverte penetrering	460	89,0			
Overgriper var en ukjent person	64	12,4			
Symptomer					
Angst (HADS-A) > 11	284	54,9			
Depresjon (HADS-D) > 11	101	19,5			
Posttraumatisk stress (IES-R) > 33	339	65,6			
Insomni (BIS) DSM-IV-TR-kriterier	405	79,7			
KI = 95 % konfidensintervall M = gjennomsnitt SD = standardavvik					

Latenstid

Latenstiden fra første gang respondentene opplevde seksuelle overgrep til første gang de betrodde seg til noen om overgrepene, varierte fra 0 til 55 år, med et gjennomsnitt på 17,2 år (SD = 12,3 år).

Latenstid og symptomer

Det var positiv korrelasjon mellom *Latenstid* og symptomskårer på posttraumatisk stress ($r = 0,12$, $n = 441$, $p = 0,015$), angst ($r = 0,13$, $n = 495$, $p = 0,004$) depresjon ($r = 0,14$, $n = 487$, $p = 0,002$), og insomni ($r = 0,11$, $n = 498$, $p = 0,013$).

Alder ved første overgrep, varighet av overgrep og alder man fortalte om overgrepene

Tabell 2 gir en prosentvis framstilling av andelen respondenter i ulike alderskategorier ved henholdsvis første og siste overgrep. Gjennomsnittlig varighet av overgrep var 10,5 år (SD = 8,5 år), og det var en negativ korrelasjon mellom alder da overgrepene startet og varigheten av overgrepene ($r = -0,332$, $p < 0,000$). For dem som var mellom 0 og 5 år da overgrepene startet, varte overgrepene i snitt 13,3 år (SD = 8,9 år). Til sammenligning varte overgrepene i snitt 8,5 år (SD = 7,0 år) for dem som var mellom 6 og 11 år da overgrepene startet, og 6,8 år (SD = 8,4 år) for dem som var mellom 12 og 17 år da overgrepene startet.

Tabell 2. Oversikt, alder ved første og siste overgrep.

ALDER VED SISTE OVERGREP

0-5 år	4,0 %	21,9 %	42,4 %	31,7 %	224
6-11 år		20,4 %	50,2 %	29,4 %	211
12-17 år			51,1 %	48,9 %	47
				100,0 %	6
Antall	9	92	225	162	488

Gjennomsnittsalder første gang man opplevde overgrep var 6,5 år, og 23,3 år første gang man fortalte noen om overgrepene. Det var ingen korrelasjon mellom alder ved første overgrep og alder første gang man fortalte noen om overgrepene ($r = -0,06$, $p = 0,174$). Flertallet av respondentene (59,6 % – 65,2 %) var over 18 år første gang de fortalte om overgrepet, uavhengig av hvilken aldersgruppe de var i da overgrepene startet (tabell 3).

Tabell 3. Oversikt, alder ved første overgrep og alder man fortalte om overgrep første gang.

ALDER MAN FORTALTE OM OVERGREP

0-5 år	3,1 %	10,3 %	21,4 %	65,2 %	224
6-11 år		14,8 %	22,2 %	63,0 %	216
12-17 år			40,4 %	59,6 %	52
Antall	7	55	117	313	492

Prediktorer for lengre latenstid

Resultatene fra regresjonsanalysen er framstilt i tabell 4. Den endelige modellen forklarte 15,8 % av variansen i latenstid ($F(9, 410) = 9,7$, $p = 0,000$), og variablene *Alder ved første overgrep* ($b = -0,34$), *Ukjent overgriper* ($b = -0,15$), og *Andre negative hendelser i oppveksten* ($b = 0,10$) var signifikant assosiert med latenstid.

Tabell 4. Hierarkisk regresjonsanalyse for variabler som predikerer latenstid for å fortelle om seksuelle overgrep

		B		B	SE ²⁾	95 % KI ¹⁾
Steg 1	Alder ved første overgrep	-0,35	***	-14,5	1,9	-18,2 -10,8
Steg 2	Alder ved første overgrep	-0,35	***	-14,4	2,0	-18,4 -10,4

	B		B	SE	95 % KI	
Varighet	0,08		1,6	0,9	-0,2	3,3
Vold	-0,03		-9,4	15,4	-39,7	20,9
Lurt	-0,09		-26,9	14,1	-54,5	0,8
Trusler	-0,07		-21,9	14,5	-50,4	6,5
Overgriper bodde i samme husstand	-0,09		-5,5	14,3	-33,5	22,5
Overgrep med penetrering	-0,06		-30,2	22,9	-75,2	14,7
Steg 3 Alder ved første overgrep	-0,35	***	-14,4	2,0	-18,4	-10,5
Varighet	0,11		1,9	0,9	0,2	3,7
Vold	-0,01		-2,0	15,5	-32,4	28,4
Lurt	-0,08		-24,0	13,9	-51,4	3,4
Trusler	-0,06		-18,6	14,4	-46,8	9,7
Overgriper bodde i samme husstand	-0,02		-6,5	14,1	-34,3	21,2
Overgrep med penetrering	-0,07		-31,3	22,6	-75,8	13,1
Ukjent overgriper	-0,15	**	-62,6	20,2	-102,4	-22,8
Steg 4 Alder ved første overgrep	-0,34	***	-13,9	2,0	-17,9	-9,9
Varighet	-10		1,8	0,9	-0,01	3,5
Vold	-0,03		-8,6	15,8	-39,9	22,1
Lurt	-0,08		-24,5	13,9	-51,8	2,8
Trusler	-0,07		-22,2	14,4	-50,5	6,2
Overgriper bodde i samme husstand	0,01		1,6	14,6	-27,1	-30,4
Overgrep med penetrering	-0,06		-28,0	22,6	-72,4	16,4
Ukjent overgriper	-0,15	**	-63,4	20,2	-103,1	-23,8
Andre negative opplevelser i oppveksten	0,10	*	3,1	1,5	-0,9	-6,1

*p<,05, **p<,01, ***p<,000.

¹ Standardavvik (SE) og 95 % konfidensintervall (95 % KI) er for ustandardiserte Beta-verdier (B).

Oppfølgende tester

Overgriperkarakteristika og sammenhengen med alder ved første overgrep, varighet av overgrep, latenstid og symptomer. Å ha hatt foreldre som overgripere var knyttet til lavere alder ved første overgrep (5,4 år vs. 7,6 år, $t(469,8) = -6,5$, $p < 0,000$, $d = -0,42$) og lengre varighet av overgrepene (11,5 år vs. 9,9 år, $t(455,7) = -2,1$, $p = 0,038$, $d = -0,13$), men var ikke knyttet til høyere symptomskårer.

Å ha hatt en kvinne blant sine overgripere var knyttet til lavere alder ved første overgrep (4,4 år vs. 6,8 år, $t(70,2) = -4,5$, $p = 0,000$, $d = -0,62$), lengre varighet av overgrepene (15,3 år vs. 10,1 år, $t(57,4) = 3,3$, $p = 0,002$, $d = -0,46$), høyere alder ved siste overgrep (20,4 år vs. 16,7 år, $t(57,7) = 2,3$, $p = 0,023$, $d = -0,32$), lengre latenstid (22,0 år vs. 16,7 år, $t(65,0) = 2,9$, $p = 0,005$, $d = -0,40$) og høyere skårer på insomni ($t(68,5) = 2,1$, $p = 0,039$, $d = -0,28$), angst ($t(66,4) = 2,5$, $p = 0,015$, $d = -0,34$) og posttraumatiske stress ($t(59,5) = 2,0$, $p = 0,052$, $d = -0,28$), men ikke på depresjon ($t(66,6) = 1,7$, $p = 0,089$).

«Lengre latenstid var knyttet til flere symptomer på posttraumatisk stress, angst, depresjon og insomni i voksen alder»

Prediktorer for alder ved første overgrep. Regresjonsmodellen med prediktorvariablene *Vold, Trusler, Lurt, Tillit, og Foreldreovergriper* forklarte 7,5 % av variansen i alder ved første overgrep ($F(5, 500) = 9,2$, $p < 0,00000005$). Å ha hatt foreldre som overgripere ($b = -0,24$, $p = 0,00000005$) og å ha opplevd trusler ($b = -0,10$, $p = 0,031$) var signifikant assosiert med en lavere alder ved første overgrep.

Diskusjon

I denne studien av støttesenterbrukere som hadde opplevd seksuelle overgrep som barn, var gjennomsnittlig latenstid for å fortelle om overgrepene 17,2 år. Lavere alder ved første overgrep, en kjent overgriper, og mer av andre typer negative opplevelser i oppveksten var knyttet til lengre latenstid. Flertallet var voksne (over 18 år) første gang de fortalte om overgrepene, uavhengig av hvor gamle de var da overgrepene startet. Lavere alder ved første overgrep var knyttet til lengre varighet av overgrepene. Overgrepene begynte tidligere og varte lenger når overgriper var en forelder, og når det hadde vært kvinner i tillegg til menn blant overgriperne.

Lengre latenstid var knyttet til flere symptomer på posttraumatisk stress, angst, depresjon og insomni i voksen alder. Korrelasjonene var imidlertid lave, trolig på grunn av begrenset variasjon i symptomvariablene da utvalget gjennomgående skåret høyt på disse (se tabell 1). Funnene er i tråd med andre studier som har funnet høyere symptomskårer blant overgrepsutsatte med lang latenstid (Ruggiero et al., 2004; Wyatt & Newcomb, 1990). At latenstiden var lengre hvis overgriperen var en person man

kjente, er også konsistent med tidligere studier (Priebe & Svedin, 2008; Ruggiero et al., 2004).

Jo yngre respondentene var da overgrepene startet, desto lenger pågikk overgrepene. Disse funnene understreker nødvendigheten av tiltak som kan avdekke og stoppe overgrep mot barn så tidlig som mulig, noe som vil bli diskutert mer inngående senere.

Lavere alder ved første overgrep var knyttet til lengre latenstid, noe som samsvarer med tidligere funn (Smith et al., 2000). En mulig forklaring kan være at yngre barn mangler kunnskap om seksualitet og dermed verken forstår eller har utviklet et begrepsapparat for å formidle hva de er utsatt for. I tråd med en slik fortolkning har kvalitativ forskning vist at mange kvinner som opplevde seksuelle overgrep i barndommen, ikke forstod hva de ble utsatt for før de nådde ungdomsalderen. Overgriperne hadde også fortalt dem at det som skjedde var normalt, og at de ikke måtte si det til noen (Clancy, 2009).

Overgripere som forgriper seg på yngre barn, har slik «mer tid til rådighet» før barnet forstår at det som skjer er galt. Yngre barns sosiale kontaktflate er i tillegg mer avgrenset til hjem og familie, noe som er spesielt begrensende der overgriperen er et familiemedlem (Smith et al., 2000). Det ser med andre ord ut til at det å fortelle om seksuelle overgrep som man har blitt utsatt for, er noe som krever et visst modningsnivå (herunder kunnskap, forståelse, begreper, livssituasjon). En slik tolkning støttes også av at flertallet i vårt utvalg var over 18 år første gang de fortalte noen om overgrepene, uavhengig av hvor gamle de var da overgrepene startet.

At en lavere alder ved første overgrep var knyttet til både lengre varighet av overgrepene og til lengre latenstid, kan også tenkes å henge sammen med at de som blir utsatt for overgrep fra tidlig barndom av, i større grad blir «fanget» i overgrepssituasjonen sammenlignet med dem som er eldre når overgrepene starter. For eksempel kan det tenkes at lavere alder ved første overgrep henger sammen med at overgriperen er en person som står barnet nær, en situasjon det trolig er vanskeligere både å bryte ut av og fortelle om sammenlignet med om overgriperen er en fremmed eller mer perifer person. I tråd med en slik tankegang viste våre oppfølgingsanalyser at en lavere alder ved første overgrep var assosiert med at overgriperen var en forelder, noe som er konsistent med funn fra en tidligere studie på temaet (Trickett, Noll, & Putnam, 2011). Lavere alder ved første overgrep var også knyttet til å ha blitt truet til taushet av overgriperen, noe som kan tenkes å ha en sterkere effekt på yngre barn. Det er nærliggende å tenke at de som er eldre første gang overgrep skjer, og der overgriperen ikke er en person som står dem nær, har et bedre utgangspunkt for å si fra om overgrepene enn dem som har vært utsatt for overgrep fra tidlig barndom av fra en nær person. Førstnevnte vil trolig kjenne mindre lojalitet til overgriperen, ha bedre selvfølelse/selvhevdelsesevner, i mindre grad bli styrt av trusler, eller ha familieforhold som kan støtte dem, sammenlignet med dem som utsettes for overgrep fra en lavere alder eller fra et familiemedlem.

Det at overgrepene startet tidligere og varte lenger for dem som hadde hatt en kvinne i tillegg til en mann blant sine overgripere, kan være uttrykk for at kvinnelige overgripere lettere har tilgang til yngre barn. De samme funnene gjaldt der

overgriperen var en forelder. Dette samsvarer med funn om at kvinnelige overgripere ofte forgriper seg på yngre, nær beslektede barn, og ofte har en mannlig medovergriper (Grayston & De Luca, 1999). I tillegg vil en foreldrerelasjon trolig gjøre overgrepene vanskeligere å avsløre, og svært vanskelig å fortelle om.

De som hadde hatt kvinnelig overgriper hadde også lengre latenstid, noe som kan tenkes å henge sammen med sosiokulturelle faktorer. Terskelen for å avsløre overgrep begått av kvinner kan være ytterligere forhøyet fordi idéen om en kvinne som begår seksuelle overgrep mot barn, bryter med stereotypier om kvinner som kjærlige omsorgsvesener (se Haugland et al., 2011). I tråd med dette har kvalitative studier vist at overgrepsutsatte som har hatt både mannlige og kvinnelige overgripere, hadde større vansker med å fortelle og snakke om overgrepene begått av kvinnen (Denov, 2003). De høyere symptomskårene blant dem med kvinnelig overgriper kan kanskje henge sammen med at ens mor eller far var blant overgriperne, da flertallet (38 av 55) av dem som hadde hatt en kvinnelig overgriper, rapporterte å ha hatt foreldre som overgripere (biologiske-, ste- eller fosterforeldre). Imidlertid vet vi ikke om denne forelderen var ens mor eller ens far, da vi i vår avkrysningsliste ikke skilte mellom «mor» og «far», og overgripernes kjønn ble kartlagt i et eget spørsmål. For å bedre forstå hva som ligger bak at det å ha hatt en kvinnelig overgriper var knyttet til økte symptomskårer, bør fremtidige studier derfor skille mellom «mor» og «far» når det spørres om hvem overgriperen var. Når en nær tilknytningsperson som ens far eller mor er overgriperen, kan dette føre til større skader i tilknytningssystemet til barnet: Traumer i tidlige tilknytningsrelasjoner er knyttet til komplekse traumereaksjoner, blant annet i form av forringet evne til å stole på andre mennesker og til å inngå i nære relasjoner videre i livet, med de negative ringvirkninger dette kan ha for psykisk helse og livskvalitet (Allen, 2001; Courtois & Ford, 2009).

«De som hadde hatt kvinnelig overgriper hadde også lengre latenstid, noe som kan tenkes å henge sammen med sosiokulturelle faktorer»

Latenstiden var også lengre for dem som i tillegg til seksuelle overgrep hadde en større grad av andre belastninger i barndommen (f.eks. fysisk/psykisk vold innad i eller utenfor familien). Det er fra tidligere velkjent at barn som blir utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, ofte blir utsatt for en rekke andre typer overgrep, omsorgssvikt og belastninger i tillegg (Kessler et al., 2010; Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2010). Videre er det godt dokumentert at de negative helsemessige konsekvensene av slike belastninger i barndommen øker i takt med hvor mange typer belastninger man har opplevd (Clark, Caldwell, Power, & Stansfeld, 2010; Felitti et al., 1998; Ford, Elhai, Connor, & Frueh, 2010; Turner et al., 2010). Dette understreker nødvendigheten av at helsepersonell og yrkesgrupper som arbeider med barn innehar kompetanse til å

snakke med barn om et bredt spekter av overgrep, omsorgssvikt og belastende hendelser, med den hensikt å fange opp utsatte barn.

Variablene *Vold*, *Trusler*, *Lurt*, *Penetrering* og *Samme Husstand* var ikke relatert til *Latenstid* i denne studien. Dette kan tyde på at de faktorene som bidrog til lang latenstid gjorde seg gjeldende på tvers av disse spesifikke aspektene ved overgrepene, imidlertid bør funnene repliseres før en slik konklusjon kan trekkes.

Implikasjoner

Det er fra før av godt dokumentert at seksuelle overgrep mot barn har en høy forekomst og et stort skadepotensial for den utsatte. Samtidig har en rekke studier vist at overgrepsutsatte unngår eller utsetter svært lenge å fortelle om overgrepene. Vår studie tyder dessuten på at både varigheten av overgrepene og latenstiden for å fortelle om overgrepene kan bli lengre jo yngre man er når overgrepene starter. Studien vår viser også i tråd med tidligere studier at en lengre latenstid er knyttet til å ha større mentale helseproblemer som voksen. Sammen framhever denne forskningen at det er behov for systematiske tiltak som kan øke overgrepsutsatte barns muligheter til å avsløre at de blir utsatt for overgrep på et tidlig tidspunkt, men samtidig også at ansvaret for å avdekke seksuelle overgrep ikke må overlates til de overgrepsutsatte barna selv.

Mange overgrepsutsatte barn venter svært lenge før de forteller om overgrepene, og forstår ofte ikke hva de blir utsatt for. Dette er sterke argumenter for at barn allerede fra tidlig av bør få kunnskap om hva seksuelle overgrep er, og hvem de skal si fra til dersom de har blitt utsatt for overgrep. Slike tiltak bør starte tidlig gitt den høye forekomsten av seksuelle overgrep mot barn, og bør foregå i skolen for å nå ut til alle. Eksempel på slike forebyggings tiltak er informasjonsprogrammer rettet mot barneskoleelever (Collin-Vézina, Daigneault, & Hébert, 2013), som har vist effekt i form av å øke barnas kunnskap og ferdigheter til å gjenkjenne og beskytte seg selv mot overgrep i simulerte situasjoner (Davis & Gidycz, 2010; Zwi et al., 2007). Det finnes også indikasjoner på at barn som mottar slike intervensjoner oftere avslører overgrep de har blitt utsatt for, sammenlignet med barn som ikke mottar dem (Walsh, Zwi, Woolfenden, & Shlonsky, 2015). Videre er det rapportert om lavere forekomst av seksuelle overgrep blant personer som mottok slike forebyggingsprogrammer i barneskolen (Gibson & Leitenberg, 2000). I Norge har informasjonsprogrammer i regi av private stiftelser og støttesentre blitt iverksatt i enkelte fylker og kommuner, som for eksempel Senter mot incest og seksuelle overgrep i Vestfolds undervisningsopplegg «*Det er min kropp*» og «*La oss snakke om det*», som også benyttes av flere andre støttesentre mot incest og seksuelle overgrep. Imidlertid er det kun en liten andel av landets skoler som mottar slike tilbud, og sentrenes usikre finansieringsordninger utgjør en trussel mot kontinuitet i tiltakene.

Selv om det er viktig å lære barn om seksuelle overgrep og om hvem de kan si fra til hvis de blir utsatt for slike, er det er samtidig viktig at ansvaret for å avdekke seksuelle overgrep ikke legges på de overgrepsutsatte barna selv, men at voksne tar et aktivt ansvar for avdekking av overgrep mot barn. Her har kvalitativ forskning vist at barn

syntes det var lettere å betro seg om seksuelle overgrep dersom det ble skapt en *anledning* til å fortelle (f.eks. at en voksen person som barnet hadde tillit til initierte en samtale om hva som plaget dem, der det var tid og mulighet for en privat samtale og barna følte seg lyttet til og trodd), at det hadde en *hensikt* å fortelle (f.eks. en forventning om at det ville være flere positive enn negative konsekvenser ved å fortelle), og det ble skapt en *tematisk forbindelse* til tematikken (f.eks. at de så et informasjonsprogram om seksuelle overgrep på tv sammen med en voksen de stolte på) (Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt, & Tjersland, 2005). Yrkesgrupper som er i kontakt med barn eller følger de samme barna over tid, har et spesielt ansvar for å sikre at saken blir undersøkt ved mistanke om overgrep. Dette gjelder for eksempel ansatte i barnehager, skoler, skolehelsetjeneste, tannhelsetjeneste, og leger i både fastlege- og akuttmedisinske funksjoner. I denne sammenhengen er det relevant å trekke frem at Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Nord-Norge i samarbeid med Høgskolen i Narvik har utarbeidet et nettbasert kurs som har til hensikt å gi ansatte i barnehager og skoler opplæring i hvordan vold og seksuelle overgrep mot barn kan avdekkes, og hva man må gjøre når det avdekkes (for mer informasjon om dette nettkurset, se <http://helsekompetanse.no/kurs/vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn>). Utover dette er funnene våre også en påminner om at også kvinner begår seksuelle overgrep, noe man bør være sensitiv overfor i en avdekkingsamtale, ettersom terskelen for å fortelle om seksuelle overgrep begått av kvinner synes å være ytterligere forhøyet.

Implikasjoner for helsepersonell

Seksuelle overgrep bør også rutinemessig kartlegges i helseinstanser med langvarig pasientkontakt (f.eks. helsestasjoner, den medisinske primærhelsetjenesten) og i instanser med tidsavgrenset kontakt (f.eks. det psykiske helsevernet for barn og unge). Dette kan øke sannsynligheten for tidlig avdekking og for at pasienter i behandlingsapparatet forteller om overgrep de har blitt utsatt for, slik at de kan få hjelp til bearbeiding av hendelsene og senskader av disse ved behov. Å gjøre slik kartlegging til en rutine er vesentlig, i lys av studier som viser at helsepersonell svært sjelden spør sine pasienter om de har opplevd seksuelle overgrep (Read & Fraser, 1998; Wijma et al., 2003), og at kun en svært liten andel av pasienter i psykiske helsevern på eget initiativ forteller terapeuten sin om seksuelle overgrep sammenlignet med pasienter som blir stilt konkrete spørsmål om dette (6 % versus 47 % i døgnavdeling, og 0 % versus 15 % i poliklinikk) (Agar, Read, & Bush, 2002; Read & Fraser, 1998). Det kan være mange ulike årsaker til at helsepersonell ikke systematisk kartlegger overgrepshistorikk. Usikkerhet om hvordan man skal formulere spørsmålene og følge opp når en pasient bekrefter å ha blitt utsatt for overgrep, kan være én av dem (Read, Hammersley, & Rudegeair, 2007). Artikkelen «Why, when and how to ask about childhood abuse» (Read et al., 2007) gir en god oversikt over hvordan man kan gå frem, og inkluderer konkrete eksempler på gode og mindre gode spørsmålsformuleringer og responser når en pasient bekrefter å ha blitt utsatt for overgrep.

«Når en nær tilknytningsperson som ens far eller mor er overgriperen, kan dette føre til større skader i tilknytningssystemet til barnet»

Det å snakke med barn, unge eller sine pasienter om seksuelle overgrep og spørre om de har vært utsatt for slike, er noe som trolig vil være assosiert med ubehag og vegring for mange. Dette kan i verste fall resultere i at man unngår å stille slike spørsmål, selv når man mistenker at noen har blitt utsatt for overgrep. Sett fra den overgrepsutsattes perspektiv kan imidlertid slike spørsmål og samtaler utgjøre en mulighet for tidlig hjelp, det være seg til å stoppe pågående overgrep, forebygge nye overgrep, eller til å bearbeide senskader som følge av overgrepene.

Styrker og begrensninger

Styrkene ved studien er det relativt store utvalget av overgrepsutsatte personer. Studien har også en rekke begrensninger. Representativiteten av utvalget er usikker på grunn av den relativt lave responsraten. Videre bestod utvalget utelukkende av brukere av sentre mot incest og seksuelle overgrep. Det er uvisst om disse er representative for populasjonen av overgrepsutsatte som helhet. Det kan tenkes at overgrepsutsatte personer som oppsøker slike sentre, er mer ressurssterke, opplever mindre sosial støtte i privatlivet eller har flere senskader enn overgrepsutsatte som ikke oppsøker slike sentre. Representativiteten kan også begrenses på grunn av alvorlighetsgraden av overgrepene som respondentene i vår studie hadde opplevd: Majoriteten hadde opplevd grove overgrep fra svært lav alder, som de hadde tiet om i mange år. For en stor andel hadde overgrepene pågått over lang tid, og overgriperen var en forelder. Verken lav svarprosent (se f.eks Hjemmen, Dalgard, & Graff-Iversen, 2002; Tambs, 1994), lang latenstid for å fortelle om overgrep (se f.eks Ruggiero et al., 2004) eller lav alder ved første overgrep i studier av personer som ble utsatt for seksuelle overgrep i barndommen (se f.eks Putnam, 2003), er unikt for vår studie. Likevel svekker usikkerheten dette bærer med seg for utvalgets representativitet, generaliserbarheten av resultatene våre til populasjonen av overgrepsutsatte som helhet. I lys av disse metodologiske begrensningene bør funnene våre repliseres i et utvalg av overgrepsutsatte fra et representativt befolkningsutvalg.

Til tross for de ovennevnte begrensningene gir studien kvantitativ dokumentasjon på at mange overgrepsutsatte bruker svært lang tid før de forteller noen om overgrepene, og den belyser faktorer relatert til lang latenstid, noe som igjen tydeliggjør behovet for tiltak som kan fremme tidlig avdekking av seksuelle overgrep mot barn.

Konklusjon

I denne studien av personer utsatt for seksuelle overgrep, gikk det i gjennomsnitt 17,2 år før respondentene første gang fortalte om seksuelle overgrep de ble utsatt for i

barndommen. Lengre latenstid var knyttet til mer symptomer på posttraumatisk stress, angst, depresjon og insomni som voksen. Lavere alder ved første overgrep var knyttet til både lengre varighet av overgrepene og til lengre latenstid for å fortelle om overgrepene. Funnene våre understreker at det er behov for systematiske tiltak for å fange opp overgrepsutsatte personer, og viktigheten av at avdekking av seksuelle overgrep ikke overlates til de overgrepsutsatte barna selv.

Forfatterne ønsker å takke alle som deltok i LISA-undersøkelsen.

Denne studien har fått støtte fra Meltzerfondet, Norge-Amerika foreningen (NORAM), og fra Prosjekt Dobbelkompetanse; et nasjonalt rekrutteringsprogram for stillinger som krever både spesialistkompetanse og doktorgrad i psykologi, finansiert av Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 11, 2016, side 888-899

TEKST

Iris M. Steine

KONTAKT: iris.steine@uib.no

Dagfinn Winje

Inger Hilde Nordhus, professor, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, og professor II, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo

KONTAKT: Elisabeth.Flo@uib.no

Anne Marita Milde, Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen

KONTAKT: ashild.fuglestad@bergen.kommune.no

Bjørn Bjorvatn

Janne Grønli

KONTAKT: staale.pallesen@uib.no

Ståle Pallesen, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

KONTAKT: staale.pallesen@psysp.uib.no

+ Vis referanser

Referanser

Agar, K., Read, J., & Bush, J.-M. (2002). Identification of abuse histories in a community mental health centre: The need for policies and training. *Journal of Mental Health*, 11(5), 533-543. doi: 10.1080/09638230020023886

Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.

Clancy, S.A. (2009). *The Trauma Myth: The Truth About the Sexual Abuse of Children- and Its Aftermath*. . New York: Basic Books.

Clark, C., Caldwell, T., Power, C., & Stansfeld, S.A. (2010). Does the Influence of Childhood Adversity on Psychopathology Persist Across the Lifecourse? A 45-Year Prospective Epidemiologic

Study. *Annals of Epidemiology*, 20(5), 385-394. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2010.02.008>

Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 1-9.

Courtois, C.A., & Ford, J.D. (Eds.) (2009). *Treating complex traumatic stress disorders. An evidence based guide*. New York: The Guilford Press.

Davis, M.K., & Gidycz, C.A. (2010). Child sexual abuse prevention programs: A meta analysis. *Journal of clinical child psychology*, 29, 257-265.

Denov, M.S. (2003). The Myth of Innocence: Sexual Scripts and the Recognition of Child Sexual Abuse by Female Perpetrators. *The Journal of Sex Research*, 40(3), 303-314. doi:
10.2307/3813326

Felitti, V. J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., ... Marks, J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The adverse childhood experiences study

American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245-258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Ford, J.D., Elhai, J.D., Connor, D.F., & Frueh, B.C. (2010). Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents. *Journal of adolescent health*, 46(6), 545-552. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.212>

Gibson, L.E., & Leitenberg, H. (2000). Child sexual abuse prevention programs: Do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 24, 1115-1125.

Grayston, A.D., & De Luca, R.V. (1999). Female perpetrators of child sexual abuse: A review of the clinical and empirical literature. *Aggression and violent behavior*, 4(1), 93-106. doi:
[http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789\(98\)00014-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00014-7)

Hanson, R.F., Kievit, L.W., Saunders, B.E., Smith, D.W., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., & Ruggiero, K.J. (2003). Correlates of adolescents reports of sexual assault: Findings from the national survey of adolescents. *Child Maltreatment*, 8, 261-272.

Haugland, G.N., Nygaard, I.E., Vik, J.S., & Lindstrøm, T.C. (2011). Ingen penis - ingen skade? Når kvinner begår seksuelle overgrep. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 522-528.

Hjemmen, A., Dalgard, O.S., & Graff-Iversen, S. (2002). Volden som rammer kvinner og volden som rammer menn - to ulike verdener? *Norsk Epidemiologi*, 12, 275-280.

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

Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., ... Williams, D.R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499

Priebe, G., & Svedin, C.G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect*, 32, 1095-1108.

Putnam, F.W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. doi: 10.1097/00004583-200303000-00006

Read, J., & Fraser, A. (1998). Abuse Histories of Psychiatric Inpatients: To Ask or Not to Ask? *Psychiatric Services*, 49(3), 355-359. doi: doi:10.1176/ps.49.3.355

Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 101-110. doi: 10.1192/apt.bp.106.002840

Ruggiero, K.J., Smith, D.W., Hanson, R.F., Resnick, H.S., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., & Best, C.L. (2004). Is disclosure of childhood rape associated with mental health outcome? Results from

the national women's study. *Child Maltreatment*, 9, 62-77.

Smith, D.W., Letourneau, E.J., Saunders, B., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., & Best, C.L. (2000). Delay in disclosure of childhood rape: Results from a national survey. *Child Abuse & Neglect*, 24, 273-287.

Tambs, K. (1994). Noen resultater fra Folkehelsas undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn. Oslo: Statens institutt for folkehelse.

Trickett, P.K., Noll, J.G., & Putnam, F.W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453-476. doi: 10.1017/S0954579411000174

Turner, H.A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323-330. doi: 10.1016/j.amepre.2009.11.012

Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., & Shlonsky, A. (2015). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). doi: 10.1002/14651858.CD004380.pub3

Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Eent Scale - Revised. I J.P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. (Vol. 2). New York The Guilford Press.

Wijma, B., Schei, B., Swahnberg, K., Hilden, M., Offerdal, K., Pikarinen, U., ... Halmesmäki, E. (2003). Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet Neurology*, The, 361, 2107-2113.

Wyatt, G.E., & Newcomb, M. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 758-767.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zwi, K., Woolfenden, S., Wheeler, D.M., O'Brien, T., Tait, P., & Williams, K.J. (2007). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. (3). doi:10.1002/14651858.CD004380.pub2