

SEKSUELLE OVERGREB MOD BØRN OG UNGE

En antologi om forebyggelse og behandling

2021



Redaktion:

Kuno Sørensen, Maj Hansen, Mimi Strange, Siri Jonina Egede & Troels Græsholt-Knudsen



SEKSUELLE OVERGREB MOD BØRN OG UNGE

EN ANTOLOGI OM FOREBYGGELSE OG BEHANDLING
2021

Redaktion:

Kuno Sørensen, Maj Hansen, Mimi Strange,
Siri Jonina Egede & Troels Græsholt-Knudsen

Seksuelle overgreb mod børn og unge

En antologi om forebyggelse og behandling 2021

Redaktion: Kuno Sørensen, Maj Hansen, Mimi Strange,
Siri Jonina Egede & Troels Græsholt-Knudsen

© Forskningsnetværket om seksuelle overgreb mod børn

November 2021

Omslagsfoto: pixabay.com

ISBN: 978-87-94233-67-5

DOI: 10.21996/r57n-8337

Udgivet under CC BY 4.0-licens – det betyder at arbejdet frit kan deles og bearbejdes, under forudsætning af at de oprindelige forfattere krediteres. Se yderligere på: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.da>

En digital udgave af antologien kan hentes fra:
<https://www.januscentret.dk/viden-og-vaerktoejer/>

En trykt udgave af bogen er udgivet på Books On Demand
<https://www.bod.dk/bogshop/>

Eller kan bestilles gennem boghandlere



INDHOLD

Forord	9
<i>Kuno Sørensen, Maj Hansen, Mimi Strange, Siri Jonina Egede & Troels Græsholt-Knudsen</i>	
1. Lovgivning og politiske indsatser	11
<i>Kuno Sørensen</i>	
2. De danske børnehuse – komplekse tværsektorielle overgrebssager	31
<i>Thomas Hviid, Tina Kjørup Andersen, Lane Lund & Ditte Kirstine Klysner Askerod</i>	
3. Systematisk retsmedicinsk screening af børn ved mistanke om vold	45
<i>Maria Balsløv, Ida Haahr-Pedersen, Anne Birgitte Dyhre Bugge, Anders Raastrup Kristensen, René Nicolai Jensen, Pernille Spitz, Brian Belling & Jytte Banner</i>	
4. Børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd overfor børn	63
<i>Mimi Strange</i>	
5. Seksuelle overgreb og børn og unge med autisme	85
<i>Mette Elmoose, Line Engel Clasen, Siri Jonina Egede, Maj Hansen & Mimi Strange</i>	

6. Når socialiseringsarenaen bliver overgrebsscenen: 107
Sociale konsekvenser for unge udsat for seksuelle
overgreb i vennegruppen

Line Engel Clasen

7. Behandling til børn med traumer 123
efter seksuelle overgreb

Merete Bonde Jørgensen & Bente Marianne Olsen

8. "Hej smukke" - Udviklingen i grooming og 139
Red Barnets tjeneste Anmeldt gennem 20 år

Ane Lemche, Per Frederiksen & Rebecca Cronfeld

9. Pædofili 155

Susanne Bengtson & Ellids Kristensen

10. Behandling af voksne seksualkriminelle 181

Ellids Kristensen & Susanne Bengtson

11. anbefalinger 203

*Kuno Sørensen, Maj Hansen, Mimi Strange, Siri Jonina Egede &
Troels Græsholt-Knudsen*



FORORD

Af redaktionsgruppen

Seksuelle overgreb mod børn har, sammenlignet med andre faglige områder, en forholdsvis kort offentlig historie i Danmark. I 1999 besluttede den daværende regering at styrke indsatsen i forhold til seksuelle overgreb mod børn, og en tværministeriel arbejdsgruppe udgav i år 2000 'Redegørelse om en forstærket indsats mod seksuelt misbrugte børn'. Redegørelsen blev det afgørende startskud for en øget offentlig erkendelse af, at forebyggelse, afdækning og behandling af seksuelle overgreb mod børn er en vigtig samfundsmæssig opgave.

Som opfølgning på denne redegørelse blev der i 2000 dels oprettet en række videnscenterfunktioner, dels etableret 'Forskningsnetværket om seksuelle overgreb mod børn'. Netværket dækker en bred, tværfaglig ekspertise, der bl.a. er baseret på videnscenterfunktionerne.

Forskningsnetværket modtog i de første år støtte fra Helsefonden, der økonomisk støttede møder, konferencer og ikke mindst udgivelsen af en antologi i 2006, som var en opsamling af netværkets arbejde i de første seks år.

Forskningsnetværket har siden 2003 prioriteret at arrangere og afholde faglige konferencer hvert andet år med fokus på seksuelle overgreb mod børn. Konferencerne er blevet kendt som Hindsgavl-konferencerne. Der var planer om en 11. konference i 2021, men denne måtte desværre udsættes på grund af COVID-19.

Det gav mulighed for at prioritere ressourcerne til udgivelsen af den anden antologi fra Forskningsnetværket. Denne antologi indeholder en række bidrag fra medlemmer af forskningsnetværket og omhandler følgende hovedtemaer: politiske indsatsers betydning for arbejdet, børnehusernes arbejde generelt, samt fokus på behandling af traumer efter seksuelle overgreb. Desuden et kapitel specifikt i forhold til screening ved mistanke om vold mod ofrene. Arbejdet med børn og unge, der har seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd bliver beskrevet og suppleres med beskrivelse af hvordan gruppen af børn og unge med autisme i denne sammenhæng har brug for særlig støtte og opmærksomhed. Et kapitel beskriver de sociale konsekvenser, når de seksuelle overgreb på unge foregår i vennegruppen. Forståelsen og udviklingen af begrebet grooming, især i forhold til sociale medier bliver beskrevet. Endelig dykker to kapitler ned i dels forståelsen af pædofilidiagnosen og dels i, hvordan behandlingsarbejdet med seksual-kriminelle foregår. Antologien slutter med anbefalinger til, hvordan arbejdet med at forebygge, forhindre, stoppe og behandle i sager om overgreb mod børn kan forbedres.

Forskningsnetværket giver hermed på den ene side en faglig opdatering til de professionelle, der arbejder med temaerne i hverdagen. På den anden side håber vi også at bidrage med væsentlige inputs til den fortsatte debat om emnet. Disse inputs er særligt at finde i bogens sidste kapitel – det er vores ønske at bidrage til, at der fortsat er fokus på dette væsentlige samfundsmæssige problem, der især går ud over de mest socialt udsatte børn og unge i vort samfund.

God læselyst.

På hele forskningsnetværkets vegne

Kuno Sørensen

Maj Hansen

Mimi Strange

Siri Jonina Egede

Troels Græsholt-Knudsen

KAPITEL 1 LOVGIVNING OG POLITISKE INDSATSER

Kuno Sørensen



Dette kapitel sætter fokus på, hvilke politiske målsætninger, bevillinger og lovændringer der gennem de sidste to årtier har haft betydning for rammerne og mulighederne for at beskytte børn mod seksuelle overgreb.

INDLEDNING

Arbejdet med at forebygge, forhindre, stoppe og behandle sager om overgreb mod børn er afhængigt af, hvordan det understøttes af en lovgivning på området, og i hvilket omfang der gives tilstrækkelige bevillinger. Et nationalt fokus på at bekæmpe overgreb mod børn er relativt nyt. Først i 2003 fik Danmark den første nationale handlingsplan, der tog sigte på at bekæmpe seksuelle overgreb mod børn.

Siden da har skiftende regeringer på forskellig måde haft fokus på at forbedre de nationale indsatser, hvor børneattester, overgrebspakken og etableringen af børnehuse kan nævnes som nogle af de væsentligste. Danmark forpligter sig også til at følge de internationale konventioner og aftaler, og i den sammenhæng kan det næste årti få stor betydning, fordi FN's medlemslande i 2015 vedtog 17 verdensmål for bæredygtig udvikling, der skal være indfriet i 2030 (FN's udviklingsprogram, 2015).

Et væsentligt verdensmål i denne faglige sammenhæng er verdensmål 16.2, der lyder: Mishandling, udnyttelse og menneskehandel og alle former for vold og tortur mod børn skal stoppes (FN's udviklingsprogram, 2015).

Da statsminister Lars Løkke Rasmussen i september 2015, efter flere års forberedelser og forhandlinger, erklærede FN's verdensmål for vedtaget, understregede han også behovet for, at alle lande engagerer sig i implementeringen: "Vi må leve op til vores fælles forpligtelse. Danmark er klar til at gøre sin del for at opnå verdensmålene. Historien vil dømme os hårdt, hvis ikke vi gør" (Globalt Fokus, 92-Gruppen, 2015).

OMFANG OG DEFINITION AF SEKSUELLE OVERGREB OG KRÆNKELSER

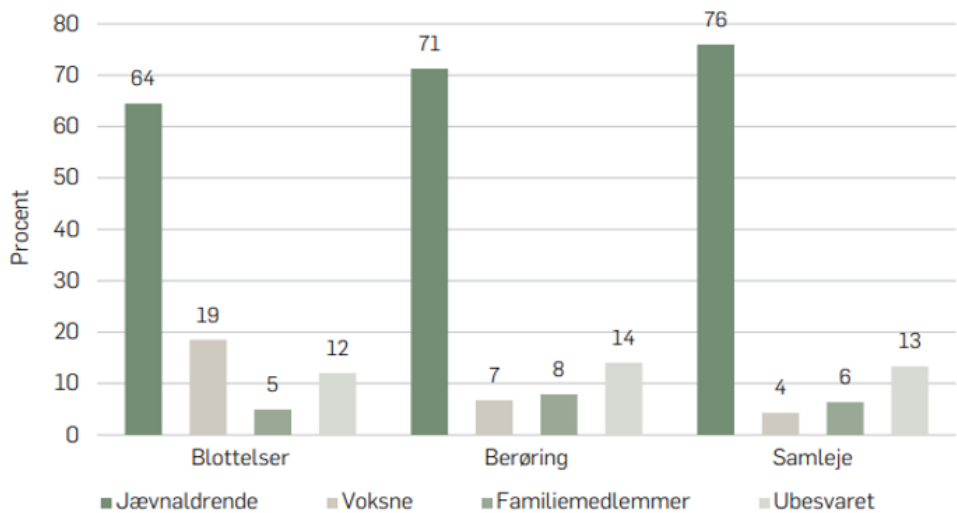
Det er vanskeligt at give et præcist tal for, hvor mange børn og unge der bliver udsat for seksuelle overgreb og seksuelt krænkende handlinger. Både danske og udenlandske undersøgelser kommer til forskellige resultater, hvilket bl.a. skyldes, at de definerer seksuelle overgreb og krænkelse forskelligt. Det er især vanskeligt at få et retvisende billede af, i hvilket omfang mindre børn er udsat for overgreb, fordi der er nogle etiske og praktiske problemer med at bruge dem som respondenter. Der er således et stort mørketal, det vil sige et manglende kendskab til den reelle forskel mellem det antal sager, der kommer til offentlighedens kendskab, og det faktiske antal overgreb og krænkelse.

SFI, i dag kendt som det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE), har i 2016 undersøgt omfanget af både vold og seksuelle overgreb mod 14-15-årige (Oldrup, Christoffersen, Kristiansen, & Østergaard, 2016). Rapporten opererer med tre typer 'uønskede seksuelle hændelser': blottelser, berøringer og samleje. Rapporten fremhæver, at blottelser og berøring er de to typer uønskede seksuelle hændelser, som flest 14-15-årige oplever. 12% af de unge har angivet, at de har oplevet begge typer. Når det gælder uønsket forsøgt og gennemført samleje, er det 6% af de unge, der har oplevet dette (ibid. side 106).

Samme rapport fremhæver desuden, at blandt gruppen af unge er det i 64-76% af tilfældene de jævnaldrende, der begår de krænkende handlinger (se figur 1). Men offentlighedens fokus er ofte ensidigt på, at

FIGUR 1 Fra Oldrup, Christoffersen, Kristiansen, & Østergaard, 2016 side 108

Forekomsten af de tre typer uønskede seksuelle hændelser, fordelt på, om udøveren var jævnaldrende, andre voksne eller et familiemedlem. Procent.



det er voksne, der er krænkerne. Denne problematik uddybes yderligere i kapitel 4 om JanusCentret og kapitel 6 om overgreb blandt jævnaldrende.

Internettets og de sociale mediers fremvækst har betydet, at en større og større del af de seksuelle overgreb og krænkelser foregår eller bliver distribueret online. Socialforskningsinstituttets (nu VIVE, Videnscenter om Velfærd) rapport fra 2016 påviser, at blufærdighedskrænkelser og blottelser fra både jævnaldrende og voksne i stort omfang er sket via webcam i forhold til den adspurgte aldersgruppe på 14-15 år. Ligeledes er fysiske overgreb fra en voksen, som den unge har mødt via internettet, den hyppigste årsag til fysiske overgreb, mens fysiske overgreb fra jævnaldrende sjældnere sker på baggrund af online kontakter (Oldrup, Christoffersen, Kristiansen, & Østergaard, 2016, s. 114 & 121).

Sammenligner vi disse tal fra spørgeskemaundersøgelsen med antallet af sager i børnehusene og tallene fra politiets statistikker, så er det kun et meget lille antal af disse, der bliver til sager. Politiet opgjorde antallet af sager om "Seksuelt misbrug af børn" i 2020 til 556 (Politi.dk), og Socialstyrelsen opgør antallet af afsluttede sager om seksuelle overgreb i 2019 ved børnehusene til 1.709 unikke sager, hvor de fleste omhandlede voldelige overgreb, mens 31% (530 sager) omhandlede seksuelle overgreb (Socialstyrelsen, 2020).

OVERGREBSPAKKEN OG BØRNEHUSENE

Som nævnt i indledningen fik vi i 2003 den første nationale handlingsplan, der tog sigte på at bekæmpe seksuelle overgreb mod børn. Der blev peget på, at kommunerne har en særlig forpligtelse til at varetage forebyggelse og kompetent sagsbehandling ved underretninger om seksuelle overgreb. Desuden blev SISO (Sociale Indsatser ved Seksuelle Overgreb) oprettet i Socialstyrelsen med henblik på at rådgive kommunerne om etableringen af beredskaber til håndtering af sager om overgreb (Statens Institut for Folkesundhed - Syddansk Universitet, 2010).

Danmark bestod frem til 2007 af 271 kommuner, der blev reduceret til de 98 kommuner, vi kender i dag. Samtidig blev de 14 amter, der tidligere bistod kommunerne i særligt vanskelige sager, nedlagt, fordi der var en forventning om, at de større kommuner kunne levere den nødvendige specialviden.

I Forskningsnetværket om Seksuelle Overgreb mod Børn var der et ønske om, at Danmark etablerede børnehuse (specialiserede tværfaglige

og tværsektorielle enheder) til at tage hånd om sager, hvor der var mistanke eller viden om seksuelle overgreb mod børn. Forskningsnetværket udgav i 2009 et konkret forslag til en dansk model på baggrund af de amerikanske Children's Advocacy Centers og den islandske model. Forslaget byggede på tre hovedprincipper: nærhed, én indgang og koordinerede eksperter (Forskningsnetværket om seksuelle overgreb mod børn, 2009). Der skulle dog gå nogle år, før tanken om specialiserede børnehuse mødte politisk opbakning.

På baggrund af flere grove sager om overgreb (f.eks. Tønder-sagen (Syddansk Universitet, 2016) og Brønderslev-sagen) blev Ankestyrelsen i 2011 bedt om at kulegrave området og komme med forslag til en forbedret indsats (Ankestyrelsen, 2012). Ankestyrelsen gennemgik 10 sager og konkluderede på den baggrund, at det var et gennemgående fællestræk, at der havde manglet overblik over sagsforløbene, og at sagerne var et udtryk for manglende faglighed i sagsbehandlingen. Kritikken kunne dog ikke isoleres til sagsbehandleren, men skulle ses i sammenhæng med sagsbehandlerens mulighed for at trække på hjælp og støtte, ledelsens kompetencer og opbakning og muligheder for inddragelse af eksperter.

I forlængelse af Ankestyrelsens kulegravning udgav et ekspertpanel under Socialministeriet en rapport (Socialstyrelsen, 2012), der blev grundlaget for den efterfølgende bevilling på 268 millioner kroner over fire år, kaldet overgrebspakken. Med overgrebspakken blev det besluttet at forbedre lovgivningen og igangsætte en række initiativer, så børns mistrivsel hurtigere blev opdaget og håndteret, herunder ved at styrke kommunernes sagsbehandling og styrke børns kendskab til deres rettigheder. Med overgrebspakken blev det også besluttet politisk at etablere flere behandlingstilbud til børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd. Derfor har behandlingssteder siden 2014 tilbudt specialiseret udredning og behandling til denne målgruppe. Læs mere om dette i kapitel 4 om JanusCentret.

Der var samtidig fokus på, hvordan man kunne styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, og en tværministeriel arbejdsgruppe, nedsat under Sundhedsministeriet, udgav en rapport med anbefalinger til en dansk børnehusmodel (Sundhedsstyrelsen, 2012). Forslaget fik politisk opbakning, og børnehuse kunne åbne i oktober 2013. Børnehuses arbejde er beskrevet yderligere i kapitel 2.

VIDEOAFHØRING AF BØRN

I 2003 blev det skrevet ind i retsplejeloven, at i sager om seksuelle overgreb kunne politiets afhøring af et barn benyttes som bevis under domsforhandlingen, når afhøringen var optaget på video (videoafhøring), og hvis dette foregik under bestemte betingelser (Justitsministeriet, 2003). Dermed kunne barnet skånes mod at skulle vidne i retten, og kunne i stedet afgive sin forklaring i mere neutrale omgivelser over for en særligt uddannet betjent. Der var dog sat en aldersgrænse på 12 år, så hovedreglen var, at børn over 12 år fortsat skulle vidne i retten og kunne blive afhørt af både forsvarer og anklager.

Center for Seksuelle Overgreb og Børnerådet lavede i 2013 sammen en undersøgelse, hvor de gennem interviews med en ekspertgruppe af piger i alderen 13-19 år, der havde været udsat for seksuelle overgreb, belyste, hvilken belastning det kan være, når man som ung har været udsat for et seksuelt overgreb og efterfølgende skal vidne i retten. Undersøgelsen pegede også på det belastende i de ofte lange ventetider, før sagen kommer for retten, og den ekstra belastning det er, hvis sagen efterfølgende ankes til Landsretten (Børnerådet, 2013). Børnerådet anbefalede, at aldersgrænsen for videoafhøringer blev hævet, og pigernes beretninger gjorde tilsyneladende indtryk på politikerne, for aldersgrænsen blev efterfølgende hævet (Justitsministeriet, 2019), så det nu gælder, at:

- *Børn under 13 år som udgangspunkt skal videoafhøres.*
- *Børn i alderen 13-14 år kan altid videoafhøres, når sagen vedrører seksualforbrydelser, incest eller familievold.*
- *Øvrige børn og unge under 18 år kan videoafhøres, hvis der er særligt tungtvejende hensyn til at beskytte barnet/den unge.*

Videoafhøringer af børn har siden 2013 været en integreret del af børnehusenes arbejde, se kapitel 2.

DOKUMENTEREDE SEKSUELLE OVERGREB OG KRÆNKELSER

Udviklingen af digitalkameraer og hurtigere internetforbindelser har gjort det let at tage billeder og videoer og dele dem med andre på nettet, både privat og kommercielt. Det har også betydet en vækst i online pornografi for voksne. Pornobranchens hjemmesider havde i 2019 flere besøgende end Netflix, Twitter og Amazon.com tilsammen (Pihl, 2019).

Hvor voksnens seksuelle overgreb på børn før internettet ofte blev afvist som børns fantasier, må vi erkende, at internettet har gjort det svært for enhver at afvise de mange dokumenterede seksuelle overgreb på børn, der cirkulerer online (det, der dagligt omtales med det vildledende ord 'børneporno', men som netop *ikke* er for børn).

Disse filmede seksuelle overgreb er dobbelte overgreb. Først udføres det fysiske seksuelle overgreb, og bagefter bliver ofrenes bevidsthed om, at billederne eller filmene af overgrebene cirkulerer på internettet til evig tid, endnu et overgreb (Jansen, Sørensen, Jakobsen, & Gundorff, 2015).

Selvom den seksuelle lavalder er 15 år, så yder straffeloven en særlig beskyttelse mod seksuel udstilling og udnyttelse af alle børn og unge under 18 år. Det fremgår blandt andet ved, at børn under 18 år ikke må udnyttes i prostitution (straffeloven §224) eller medvirke i live sexshows (straffeloven §227). På samme måde må børn heller ikke blive optaget til pornografisk materiale (straffeloven §226), og pornografisk materiale med børn må man hverken være i besiddelse af eller udbrede til andre (straffeloven §235). Men spørgsmålet er, om straffeloven giver tilstrækkelig beskyttelse?

Hvor går grænsen for, hvornår et billede af et barn er krænkende på en seksuel eller erotisk måde? Et billede af en tiårig pige, der er klædt ud med fuld makeup, netstrømper og sensuelt undertøj, defineres ikke som pornografisk, fordi der ikke er fokus på kønsorganerne, men ikke desto mindre er det en krænkende udstilling af pigen som seksualobjekt. En sådan udklædning kan være en naturlig udforskning og leg på pigeværrelset, og så hører det børnenes privatliv til. Men det øjeblik det foregår i et professionelt fotostudie og bliver spredt på nettet, bliver det en kommerciel, seksuel udnyttelse af børn. Og her kommer straffeloven indtil videre til kort (Red Barnet, 2014) (Red Barnet, 2020).

UMBRELLA-SAGEN OG DIGITALE SEXKRÆNKELSER

Udviklingen og fascinationen af sociale medier som Facebook, Instagram, Snapchat og TikTok har betydet, at vi alle bruger mere og mere tid online til at vedligeholde sociale kontakter. Med de indbyggede kameraer i smartphones er meget social kommunikation gået fra at være tekstbaseret til ofte at være understøttet eller erstattet af billeder og videoer. Live videosamtaler blev endnu mere hvermandseje i 2020, da corona-pandemien tvang os til at kommunikere uden at mødes fysisk.

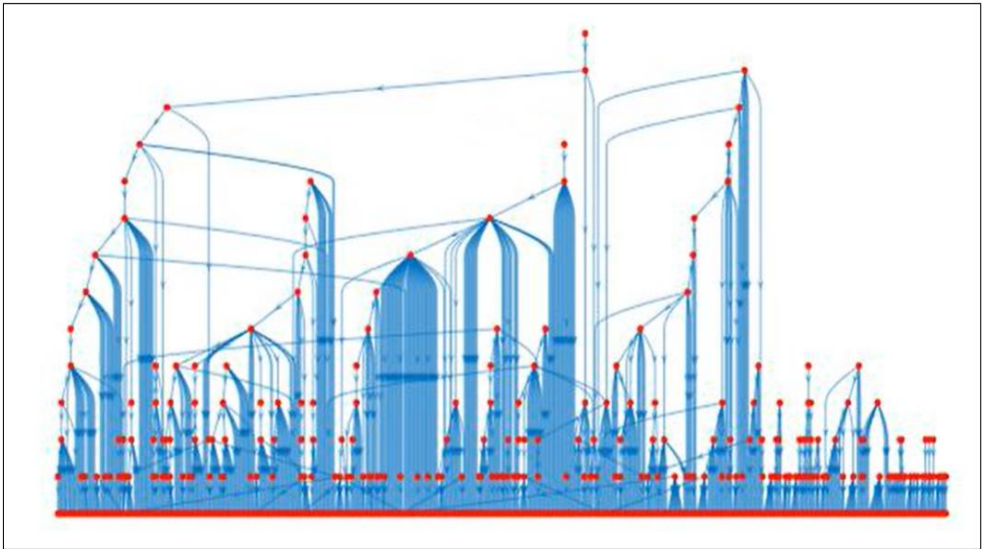
Allerede i 2016 lød missionen fra Facebooks direktør, Mark Zuckerberg: "Give everyone the power to share anything with everyone" (Facebook, 2016). Det lyder besnærende, men hvis man tager det bogstaveligt, giver det store problemer. For der er grænser for, hvad man bør, kan og må dele med andre, både moralsk og lovgivningsmæssigt.

Det kom til at stå klart i januar 2018, hvor politiet valgte at sigte over 1.000 unge for at have delt eller efterspurgt to videoer optaget i 2015, hvor to 15-årige er seksuelt sammen, og hvoraf den ene har følt sig presset og udnyttet. Udover at det er personligt krænkende at blive udstillet på den måde, så er lovgivningen også tydelig. Som før nævnt er det altid strafbart at dele pornografisk indhold, hvor personerne er under 18 år (såkaldt børneporno), og selvom personer under 18 år samtykker til offentliggørelser, kan det ikke lovliggøre materialet.

Men videoerne var gået viralt, og Facebook kunne konstatere, at de var delt flere end 4.700 gange bare på deres platforme (Jydske Vestkysten, 2019). Oplysningerne om delingerne sendte Facebook til Rigspolitiet, der valgte at bruge denne sag i en oplysningskampagne om, at straffeloven også gælder online. Børneorganisationer, repræsentanter for uddannelsesinstitutioner og andre relevante interessenter blev inviteret til at samarbejde og bakke op om kampagnen, der fik en meget stor mediedækning under navnet Umbrella-sagen, fordi et billede af den virale spredning leder tankerne hen på en paraply (se figur 2 på næste side).

Men Umbrella-sagen er kun et enkelt eksempel på, hvordan børn og unge (men også voksne) deler privat og intimt materiale online. I starten blev det omtalt som hævnporno, men delingerne kan også skyldes tankeløshed, gruppepres og grooming, og det fik derfor fremover betegnelsen digitale (sex)krænkelser og omtales som deling af krænkende materiale. Undervisningsministeriet og børneorganisationer havde allerede produceret undervisningsmaterialer om problemet (Dansk Center for Undervisningsmiljø, 2017). Disse materialer blev mere nærværende for de unge i lyset af de mange bøder i Umbrella-sagen (Red Barnet, 2020).

FIGUR 2. Delingsmønsteret eller den virale spredning i Umbrella-sagen. Hver rød prik repræsenterer en person. De blå linjer viser, hvordan delingen er foregået. (Pressemateriale fra Nationalt Cyber Crime Center, NC3)



BØRNEATTESTEN

I Danmark har man siden 2005, som arbejdsgiver eller ansvarlig for fritidsaktiviteter, kunnet bede om at se børneattesten på ansatte eller tilknyttede personer, der arbejder eller har regelmæssig kontakt med børn. En børneattest skal sikre, at de voksne ikke har været straffet for overgreb på børn.

Børneattesten indeholder oplysninger om en eller flere af følgende typer af straffelovsovertrædelser (Rigspolitiet, 2021):

- *incest, samleje eller anden kønslig omgang med børn under 15 år*
- *udbredelse eller besiddelse af børnepornografi*
- *blufærdighedskrænkelser over for børn under 15 år*

Det har givet nogle udfordringer, at aldersgrænsen i børneattesten for ofre for fysiske overgreb er 15 år, mens det for besiddelse eller distribution af overgrebsmateriale (børnepornografi) er 18 år. Det kom

blandt andet til udtryk i Umbrella-sagen, hvor f.eks. 16-årige havde delt det krænkende pornografiske indhold, hvor 15-årige medvirkede, men de 16-årige fik, udover en dom for at dele materialet, også en anmærkning på deres børneattest. En anmærkning på børneattesten betyder, at personen opfattes som en seksualforbryder, der er farlig for børn, og derfor giver det problemer med at søge arbejde, der indebærer kontakt med børn, og kan også betyde indrejseforbud i lande som USA. Der har været forslag fremme om at ændre reglerne, så en dommer efter en konkret vurdering kan beslutte, at dommen ikke kommer på børneattesten i sager som Umbrella, hvor delingen er udtryk for en alderssvarende seksualitet. Men indtil videre fastholder justitsministeren praksis som hidtil (Ritzau, 2020).

På den anden side har børneattesterne også været kritiseret for, at de ikke indeholder oplysninger om seksuelle krænkelser mod unge fra 15 til 17 år. F.eks. har sports- og idrætsverdenen udfordringer med, at de via børneattesterne ikke kan identificere dømt, der har begået overgreb mod unge over 14 år (Politiken, 2020). Det særlige fokus, blandt andet i medierne, på denne problematik førte dog til, at regeringen i sit udspil fra maj 2021 (Justitsministeriet, 2021) lover at fremsætte ændringsforslag, så børneattester fremover også indeholder oplysninger om domme efter straffelovens §223. Det er den såkaldte skolelærer-paragraf, der straffer personer, der seksuelt udnytter personer under 18 år, som de har en særlig relation til eller ansvar over for. Paragraffen lyder:

“Den, som har samleje med en person under 18 år, der er den skyldiges stedbarn eller plejebarn eller er betroet den pågældende til undervisning eller opdragelse” (Justitsministeriet, 2020)

FOREBYGGELSE, OVERVÅGNING OG KONTROL AF FARLIGE SEKSUALFORBRYDERE

I indsatser og bevillinger til at forebygge seksuelle overgreb mod børn har der gennem årene (bortset fra at hæve strafniveauet) været en generel mangel på eller ligefrem modvilje mod f.eks. hjælpe- og støtteindsatser over for de (potentielle) seksuelt krænkende parter. Den helt grundlæggende forebyggelse ville være at fokusere på de personer, der var på vej til at begå et overgreb, og stoppe dem eller hjælpe dem til at stoppe sig selv. Men fokus har primært været på, at andre (forældre, fagpersoner, børn og unge) skulle blive bedre til at opdage og sige fra over for overgreb.

Der har også været fokus på at hjælpe og støtte ofrene til at stå frem og få sagen behandlet i den akutte fase. Efterforskning, bevisførelser og strafudmålinger er håndgribelige beviser på, at samfundet tager overgrebssager alvorligt. Men hvordan der bliver taget hånd om ofret og dets familie bagefter har ikke samme høje prioritet, når der skal bevilges. Som det belyses i flere af de øvrige kapitler i denne antologi, så griber oplevelserne med et seksuelt overgreb ind i den mentale sundhed hos ofrene og kan i værste fald give senfølger igennem hele livet. Senfølger, der giver en ringere livskvalitet og kan komme til at stå i vejen for, at den ramte kan gennemføre uddannelse og indgå i arbejdslivet. Det kan for samfundet betyde nogle store udgifter senere hen som følge af den manglende indsats og hjælp i perioden lige efter overgrebet.

Der har i de senere år været meget opmærksomhed på køn og seksuel identitet. Repræsentanter for LGBT+-minoriteter har gjort opmærksom på, hvilke store psykiske belastninger der er forbundet med at opleve sin kønsidentitet og seksuelle præferencer være forskellig fra flertallet og normen.

De fagpersoner, der arbejder med personer med seksuelt krænkende adfærd, ved, at der er mindst lige så store identitetsproblemer hos de personer, der oplever at have en pædofil seksualitet. Blot er der for mennesker med en pædofil seksualitet tale om en meget større stigmatisering og tabuisering, fordi deres seksuelle orientering er i risiko for at skade andre. Dette uddybes i antologiens to kapitler om pædofili og behandling af seksualkriminelle.

Den politiske respons på at stoppe seksualkriminelle har været fokuseret på at øge straffene og senest at indføre mere kontrol og tilsyn med den gruppe af seksualkriminelle personer, hvor der er høj risiko for recidiv, altså at personen begår nye overgreb også efter udstået straf. En konkret sag, der fik betydning for denne ændring, var den såkaldte Beder-sag fra Aarhus-egnen. En pædagogmedhjælper blev i 2008 idømt en straf for at have begået seksuelle overgreb på 13 børn i den børnehave, hvor han arbejdede. Efter løsladelsen skiftede han navn og flyttede til Sjælland. I det boligkvarter, han flyttede til, lykkedes det ham at blive venner med en familie, hvor han fik en nær relation til familiens to små piger. Det udnyttede han, og ifølge domsudskriften begyndte han at begå seksuelle overgreb på dem i 2018. Allerede under den første retssag 10 år tidligere i byretten i Aarhus var der tegn i mentallægeerklæringen på, at han kunne begå ny kriminalitet (TV2 Østjylland, Thomas Gam Nielsen, 2018). Sagen

satte fokus på problemet med, at den enkelte politikreds ikke får besked fra andre myndigheder, når en person med et forbud eller påbud flytter til kredsen, og politiet gør ikke noget aktivt for at holde øje med disse personer. I denne sag var påbuddene, at han ikke måtte arbejde med børn, ikke måtte befinde sig i hjem, hvor der var børn under 18 år, ligesom han ikke måtte have børn i sit eget hjem (TV2 Lorry, Steen Brøgger og Thomas Gam Nielsen, 2018).

Straffeloven blev i 2020 ændret på dette område, så politiet nu er pålagt en mere aktiv rolle over for seksualkriminelle, hvor man vurderer, at der er risiko for, at vedkommende igen begår overgreb (Justitsministeriet, 2020). Det fremgår blandt andet af § 236:

”Stk. 3. Forbud kan gives, når det efter karakteren af det begåede forhold og oplysningerne om den dømtes person, herunder om tidligere kriminalitet, må antages, at der er fare for, at den dømte vil begå ny lovovertrædelse af lignende beskaffenhed, og at forbuddet vil være egnet til at forebygge denne fare.”

”Stk. 8. Politiet fører tilsyn med dømtes overholdelse af forbud efter stk. 1. [at der ved dommen kan gives den pågældende forbud, red.]. Politiet kan som led i tilsynets gennemførelse uden retskendelse skaffe sig adgang til den dømtes bolig og andre lokaliteter, som den dømte råder over, og foretage undersøgelse heraf. Politiet kan endvidere uden retskendelse foretage undersøgelse af breve og andre papirer og andre genstande, som den dømte råder over, og om nødvendigt medtage disse med henblik på undersøgelse af deres indhold.”

Som tidligere nævnt uddybes udfordringerne med behandling af seksualkriminelle i kapitel 10.

GROOMING, VOLDTÆGT OG STRAFFELOVEN

Begrebet seksuel grooming har fået en faglig udbredelse, fordi det betegner den psykologisk forførende og manipulerende påvirkning af et offer og har til formål at få offeret til, tilsyneladende frivilligt, at indgå i den seksuelle udnyttelse. I andre lande har man fået skrevet grooming-begrebet ind i straffeloven for at understrege ulovligheden ved disse handlinger. I kapitel 8 uddyber Red Barnet de aktuelle udfordringer, når voksne online groomer et barn til seksuel udnyttelse.

I Danmark har Justitsministeriet været afvisende i forhold til f.eks. at indføre en særlig paragraf om grooming med henvisning til, at man ud fra straffelovens §21 kan blive dømt for *forsøg* på at begå et seksuelt overgreb mod et barn, og at det ifølge §222 er en skærpende omstændighed, hvis "gerningsmanden har skaffet sig samlejet ved udnyttelse af sin fysiske eller psykiske overlegenhed" eller i §223, at gerningsmanden "under groft misbrug af en på alder og erfaring beroende overlegenhed forfører en person under 18 år til samleje" (Justitsministeriet, 2020). Der har dog været kritik af, at en del domme ikke har afspejlet en forståelse af de psykologiske processer i grooming, som formuleringen med "gerningsmandens psykiske overlegenhed" ellers skulle rumme. Kritikken har blandt andet været, at man i nogle domme beskriver forholdet mellem den voksne og barnet som 'kærestelignende', fordi der tilsyneladende ikke har været anvendt vold eller trusler.

Kritikken blev i 2020 særligt stor i den såkaldte Dianalund-sag i Midtsjælland, hvor en 32-årig mandlig idrætslærer i Østre Landsret fik nedsat straffen for det, som byretten havde vurderet som en voldtægt af en 13-årig pige, som han havde som elev. Retten i Næstved var i december 2019 kommet frem til, at læreren skulle idømmes seks års fængsel efter voldtægtsparagraffen, idet han blandt andet anvendte et kraftigt halsgreb, håndjern og Halsbånd og gennemførte anal samleje med eleven. Nævningetinget fandt endvidere, at læreren skaffede sig samleje og andet seksuelt forhold ved udnyttelse af sin fysiske eller psykiske overlegenhed (Retten i Næstved, 2019).

Da sagen kom for Landsretten, mente et flertal blandt både de juridiske dommere og nævningene ikke, at der var grundlag for at dømme læreren for at have voldtægtet pigen, idet de ikke mente, at der var anvendt tvang, vold, trussel om vold eller trusler i øvrigt. Landsretten var desuden kritisk over for de ekstra videoafhøringer af pigen og mente, at hendes udsagn var påvirket af psykologsamtaler i Børnehus Sjælland. Landsretten idømte manden to års fængsel og fratog ham retten til at arbejde med børn og unge i fem år (Østre Landsret, 2020).

Denne dom kom samtidig med, at der foregik en større offentlig debat om og kritik af voldtægtsparagraffen generelt i straffelovens §216:

"For voldtægt straffes med fængsel indtil 8 år den, der

1) tiltvinger sig samleje ved vold eller trussel om vold eller

2) skaffer sig samleje ved anden ulovlig tvang... "

Kritikken var, at alt for mange seksuelle overgreb (også på voksne) ikke førte til dom, fordi det ikke kunne bevises, at der havde været tale om direkte vold eller tvang. Der var derfor et ønske om, at seksuelt samvær skulle forudsætte en frivillighed eller et samtykke; ellers ville der være tale om voldtægt.

Børn under 12 år har fra 2013 været dækket af voldtægtsparagraffen ved denne tilføjelse:

"Stk. 2. For voldtægt straffes med fængsel indtil 12 år den, der har samleje med et barn under 12 år." (Justitsministeriet, 2013).

Men pigen fra Dianalund var 13 år, og flertallet i landsretten vurderede hendes medvirken som frivillig.

I slutningen af 2020 stemte Folketinget for en ændring af voldtægtsparagraffen, så den nu lyder:

"§216. For voldtægt straffes med fængsel indtil 8 år den, der har samleje med en person, der ikke har samtykket heri." (Justitsministeriet, 2020).

For yderligere at beskytte de 13-14-årige børn vil regeringen ifølge sit udspil fra maj 2021 (Justitsministeriet, 2021) i efteråret 2021 fremsætte et lovforslag, der ændrer straffelovens voldtægtsbestemmelse, så samleje med et barn under 15 år fremover per definition skal være voldtægt, hvis gerningsmanden er fyldt 22 år. Desuden vil regeringen nedsætte en arbejdsgruppe, der blandt andet skal belyse behovet for en særlig paragraf om grooming.

FYSISK OG PSYKISK VOLD

Både i sager om fysisk vold og sager om seksuelle overgreb vil der som oftest også være elementer af psykisk vold. Ofrets opmærksomhed vil f.eks. være styret af en frygt for, hvornår næste overgreb finder sted, og en voksen, krænkende person kan bruge sin "på alder og erfaring beroende overlegenhed", som det hedder i straffeloven, til at styre og dominere ofret med f.eks. psykisk terror. Indtil 2019 var psykisk vold ikke et selvstændigt begreb i straffeloven, hvilket f.eks. betød, at de mere subtile former for psykisk magtudøvelse over ofrene ikke blev inkluderet i en straffesag. Med indførelsen af §243 i straffeloven er psykisk vold inden for nære relationer nu gjort strafbar:

Den, som tilhører eller er nært knyttet til en andens husstand eller tidligere har haft en sådan tilknytning til husstanden, og som gentagne gange over en periode udsætter den anden for groft nedværdigende, forulempende eller krænkende adfærd, der er egnet til utilbørligt at styre den anden, straffes for psykisk vold (Justitsministeriet, 2020).

Med oprettelsen af børnehusene i 2013 blev det besluttet, at sager om vold mod børn også skal behandles i børnehusene. Nogle af udfordringerne i dette arbejde uddybes i kapitel 3 om retsmedicinsk screening ved vold.

OPSAMLING

De politiske beslutninger og bevillinger har stor betydning for samfundets generelle muligheder for at forebygge, gribe ind, støtte og yde behandling i sager om overgreb på børn.

Som det fremgår af kapitlet, så er der sket forbedringer både på det lovgivningsmæssige område og på det organisatoriske, f.eks. med oprettelsen af børnehusene. Der er stadigvæk plads til forbedringer, og derfor er det vigtigt at holde regeringen fast på, at Danmark har forpligtet sig til at leve op til FN's 2030-mål: *at alle former for vold og tortur mod børn skal stoppes.*

Men udviklingen og brugen af internettet og de sociale medier giver nye udfordringer i forhold til at bruge lovgivningen til at regulere og beskytte børn. Selvom mange udbydere stiller krav om, at børn skal være fyldt 13 år, før de selvstændigt kan oprette en online profil (og dette også er et krav i EU's GDPR-regler, den nye persondataforordning, der trådte i kraft i maj 2018), så er mange børn gået på opdagelse alene i internettets storbyjungle med de risici, det indebærer.

Bekæmpelse af digitalt baserede seksuelle overgreb er ikke blot et nationalt anliggende, heller ikke i de sager, hvor krænkelserne og overgrebene foregår mellem danske borgere. De platforme, det foregår på, er i de fleste tilfælde hjemmehørende i andre lande og har ofte karakter af at være internationalt udbredt. Derfor er bedre beskyttelse også afhængig af fælles internationale reguleringer.

Endelig skal vi huske på, at lovreguleringer aldrig kan stå alene. Derfor er det fortsat vigtigt, at vi i hjemmene og på skolerne styrker vores børns viden om, hvilke risici og ansvar der er forbundet med at være online. Både så de bliver bevidste om den manipulation og de overgreb, de kan risikere

at støde på, men også, så de ikke selv udvikler en grænseoverskridende og krænkende adfærd i deres kommunikation. Selvom børn lidt misvisende omtales som digitalt indfødte, så er de nødvendige digitale, sociale kompetencer ikke medfødte. De skal indlæres og trænes, og det kan vi ikke overlade til børnene selv.

LITTERATURLISTE

Ankestyrelsen. (marts 2012). *Kulegravning af sager om overgreb mod børn og unge*. Hentet fra <https://socialstyrelsen.dk/filer/born/overgreb/kulegravning-af-sager-om-overgreb-mod-born-og-unge.pdf>

Børnerådet. (2013). *Retten er ikke et sted for børn*. Hentet fra <https://www.boerneraadet.dk/media/109947/Retten-er-ikke-et-sted-for-boern.pdf>

Dansk Center for Undervisningsmiljø. (2017). *Forebyg og bekæmp deling af krænkende materiale på ungdomsuddannelser*. Hentet fra <https://dcum.dk/shop/materialer/forebyg-og-bekaemp-delning-af-kraenkende-materiale-paa-ungdomsuddannelser>

Digitalt Ansvar. (november 2019). Hentet fra <https://digitaltansvar.dk/viden/anbefalinger/>

Facebook. (april 2016). *F8 2016 Day 1 Keynote (Tid: 6:30)*. Hentet fra <https://developers.facebook.com/videos/f8-2016/keynote/>

FNDP FN's udviklingsprogram. (2015). *FN's verdensmål for bæredygtig udvikling*. Hentet fra <https://www.verdensmaalene.dk/maal/16>

Forskningsnetværket om seksuelle overgreb mod børn. (2009). *Notat om national model for børnehuse i Danmark*. Hentet fra <https://docplayer.dk/6021493-Notat-om-national-model-for-boernehuse-i-danmark.html>

Globalt Fokus, 92-Gruppen. (2015). *Danmark som foregangsland for verdensmålene*. Hentet fra <https://www.ft.dk/samling/20151/almdel/REU/bilag/179/1600406.pdf>

Jansen, H. A., Sørensen, K., Jakobsen, G., & Gundorff, H. (2015). *Hvor slemt ka' det være? En antologi om it-relaterede seksuelle overgreb på*

børn og unge. Hentet fra <https://redbarnet.dk/media/1157/hvor-slem-ka-det-vaere.pdf>

Justitsministeriet. (marts 2003). *Lov om ændring af straffeloven, adoptionsloven og retsplejeloven, 2002/1 LSV 117*. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/200213L00117>

Justitsministeriet. (august 2013). *Bekendtgørelse af straffeloven LBK nr 1028 af 22/08/2013*. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2013/1028>

Justitsministeriet. (april 2019). *Rigsadvokatmeddelelsen, afsnittet: Videoafhøring*. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9299>

Justitsministeriet. (17. november 2020). *Bekendtgørelse af straffeloven, LBK nr 1650 af 17/11/2020*. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1650>

Justitsministeriet. (12 2020). *Lov om ændring af Straffeloven (Samtykkebaseret voldtægsbestemmelse)*. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/2208>

Justitsministeriet. (maj 2021). *Værn mod voksne der krænker børn*. Hentet fra <https://www.justitsministeriet.dk/wp-content/uploads/2021/05/Vaern-mod-voksne-der-kraenker-boern.pdf>

Jydske Vestkysten. (september 2019). *Få overblikket over Umbrella-sagen: Sådan har sagen om sexoptagelserne udviklet sig*. Hentet fra <https://jv.dk/artikel/f%C3%A5-overblikket-over-umbrella-sagen-s%C3%A5dan-har-sagen-om-sexoptagelserne-udviklet-sig>

Oldrup, H., Christoffersen, M. N., Kristiansen, I. L., & Østergaard, S. V. (2016). *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016*. Hentet fra <https://www.vive.dk/media/pure/6497/472556>

Pihl, M. (2019). *Interessante facts om internettet*. Hentet fra <https://www.martinpihl.dk/blog/interessante-facts-om-internettet/>

Politi.dk. (u.d.). *Nøgletal Sigtelser 2020*. Hentet fra https://statistik.politi.dk/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=QlikApplication%2F2999_Public%2FPublic_IndsatsResultater.qvw

Politiken. (december 2020). *politiken.dk/sport*. Hentet fra <https://politiken.dk/sport/art8016463/Idr%C3%A6ttens-vigtige-b%C3%B8rneattester-er-blinde-for-overgreb-mod-unge>

Politiken. (april 2021). *Nu får den midaldrende fodboldtræner og andre seriekrænkere det sværere*. Hentet fra <https://politiken.dk/sport/art8172818/Nu-f%C3%A5r-den-midaldrende-fodboldtr%C3%A6ner-og-andre-seriekr%C3%A6nkere-det-sv%C3%A6rere>

Red Barnet. (2014). *Billeder i gråzonen - Hvordan børn på lovlig vis udnyttes som sexobjekter på nettet*. Hentet fra <https://redbarnet.dk/media/3860/billeder-i-graazonen.pdf>

Red Barnet. (2017). *Kvindes vold og seksuelle overgreb mod børn*. Hentet fra <https://redbarnet.dk/media/3695/rapport-kvindes-vold-og-seksuelle-overgreb-paa-boern.pdf>

Red Barnet. (2020). *De Shame 1 - stå frem, sig fra. Digitale sexkrænkelser blandt 13 - 17 årige*. Hentet fra <https://redbarnet.dk/skole/sikkerchat-sikker-adfaerd-paa-nettet/deshame-1-digitale-sexkraenkelser-blandt-13-17-aarige/>

Red Barnet. (2020). *Hverdagsbilleder af børn i seksualiserende kontekster*. Hentet fra https://redbarnet.dk/media/6336/hverdagsbilleder_red_barnet.pdf

Retten i Næstved. (december 2019). *Mandlig lærer idømt fængsel for bl.a. flere voldtægter*. Hentet fra <https://www.domstol.dk/naestved/aktuelt/2019/12/mandlig-laerer-idoemt-faengsel-for-bla-flere-voldtaegter/>

Rigspolitiet. (2021). *borger.dk*. Hentet fra <https://www.borger.dk/politi-retsvaesen-forsvar/Politi/Boerneattester>

Ritzau. (september 2020). *DR nyheder*. Hentet fra <https://www.dr.dk/nyheder/politik/minister-unge-domt-borneporno-i-stor-sag-slipper-ikke-pletter-pa-attest>

Socialstyrelsen. (juni 2012). *Rapport fra Ekspertpanel om Overgreb mod Børn*. Hentet fra <https://socialstyrelsen.dk/filer/born/overgreb/rapport-fra-ekspertpanel-om-overgreb-mod-born-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Overgrebspakken*. Hentet fra <https://socialstyrelsen.dk/born/overgreb/overgrebspakken>

Socialstyrelsen. (2020). *Årsstatistik om de danske børnehuse 2019*. Odense: Socialstyrelsen.

Statens Institut for Folkesundhed - Syddansk Universitet. (2010). *Forebyggelse af seksuelle overgreb mod børn*. Hentet fra https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/sidste_chance/sif/udgivelser/2010/forebyggelse_af_seksuelle_overgreb_paa_boern.pdf

Sundhedsstyrelsen. (2012). *Etablering af børnehuse i Danmark*. Hentet fra https://www.sst.dk/da/udgivelser/2012/~/_/media/B956628BCB55413A9BF9EC847FBFABEA.ashx

Syddansk Universitet . (2016). *Overblik over Tøndersagen*. Hentet fra https://www.sdu.dk/da/forskning/videnscenter_for_psykotraumatologi/nyheder/toendersagen+overblik

TV2 Lorry, Steen Brøgger og Thomas Gam Nielsen. (februar 2018). *Justitsminister om pædofili-sag: "Simpelthen ikke godt nok"*. Hentet fra <https://www.tv2lorry.dk/tv2-ostjylland/justitsminister-om-paedofili-sag-simpelthen-ikke-godt-nok>

TV2 Østjylland, Thomas Gam Nielsen. (februar 2018). *Pædofil fra Bedersagen har sexkrænket igen*. Hentet fra <https://www.tv2ostjylland.dk/paedofil-fra-bedersagen-har-sexkraenket-igen/paedofil-fra-bedersagen-har-sexkraenket-igen-far-er>

Østre Landsret. (juli 2020). *Landsrettens begrundelse og resultat*. Hentet fra <https://domstol.dk/media/2lxhck1p/anonymiseret-skyldkendelse.pdf>

OM FORFATTEREN

Kuno Sørensen er autoriseret psykolog med videreuddannelse i psykoterapi. Han har i perioden 2001-2019 været ansat i Red Barnet med et fagligt fokus på seksuelle overgreb mod børn, herunder særligt på det digitale område.

KAPITEL 2

DE DANSKE BØRNEHUSE – KOMPLEKSE TVÆRSEKTORIELLE OVERGREBSSAGER

Thomas Hviid, Tina Kjørup Andersen, Lane Lund & Ditte Kirstine Klysner
Askerød



Dette kapitel sætter fokus på, hvordan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i sager om overgreb på børn kan forbedres, så børn og familier mødes med en højt kvalificeret, skånsom og tværfagligt koordineret indsats



INDLEDNING

I efteråret 2013 blev de danske børnehuse oprettet med det formål at sikre en højt kvalificeret, skånsom og tværfagligt koordineret indsats i de sager, hvor der enten er viden eller mistanke om voldelige eller seksuelle overgreb mod børn (Socialstyrelsen, 2019). De danske børnehuse er en betegnelse for en organisatorisk model, hvor både sundhedssektoren, politiet, anklagemyndigheden og de sociale myndigheder samarbejder tværsektorielt om indsatsen i sager om overgreb¹ for på mest skånsom og kvalificeret vis at sikre, at barnet modtager den rette hjælp og støtte (Socialstyrelsen, 2019). Den organisatoriske model er konkretiseret i et eller flere fysisk beliggende børnehuse i hver dansk region, således at barnet har færrest mulige indgange til systemerne. Dette skal, i kombination med børnehusenes børnevenlige rammer, sikre forhold som skånsomhed, ordentlighed og sikkerhed for børnene (Socialstyrelsen, 2019). Tidligere var håndteringen af overgrebssagerne i Danmark organiseret i en decentral offentlig struktur, hvor et barn typisk stiftede bekendtskab med et stort antal forskellige fagpersoner på de respektive sektors diverse matrikler (Hansen, 2006). Dette bidrog ofte til, at barnet og den myndighedsrådgiver, der havde ansvaret for at holde fokus på barnet og koordinere sagen i samarbejde med de relevante parter, blev efterladt forvirrede, tomme for overblik og magtesløse i en tid, der kaldte på handlekraft og handlemuligheder (Hansen, 2006).

Børn og unge mennesker, der har været udsat for overgreb, er afhængige af, at omgivelserne tager dem alvorligt, forstår dem og møder dem med tillid og tiltro. Særligt måden, barnet mødes på af de professionelle omgivelser, er en af de væsentligste indikatorer for, hvor lidelsesfuldt et voldeligt og seksuelt overgreb opleves, og hvor stor en byrde den udsatte efterlades med (Richardson & Wade, 2009). Når udsatte oplever at blive mødt med skepsis og mistro, har de sværere ved at komme sig og er ligeledes i større risiko for at blive overmandet af alvorlige psykiske og fysiske symptomer. Eksempelvis er kvinder, der i barndommen er blevet mødt med skepsis og mistro af de professionelle systemer, mindre tilbøjelige til at anmelde overgreb og mere tilbøjelige til at undgå myndighederne senere i livet (Andrews, Brewin & Rose, 2003; Andrews & Brewin 1990; Fromuth, 1986; Richardson & Wade, 2009). Derfor er det

¹ Med betegnelsen overgreb refereres der til både psykisk og fysisk voldelige samt seksuelle overgreb.

vigtigt, at der konsekvent foretages grundige undersøgelser af de udsatte børn og unges behov for støtte og hjælp. Der kan dog opstå risikable tomrum i forløbene, hvor børnene efterlades alene tilbage i en klemme eller uden støtte, når sektorerne enten misforstår hinanden, krydser klinger i juraen eller tvivler (Hansen, 2006). I dette kapitel vil den tværsektorielle kompleksitet i overgrebsagerne blive forsøgt udfoldet, ligesom kapitlet vil forsøge at beskrive de danske børnehuses indsats med at sikre børnene skånsomhed og sikkerhed – og ikke mindst sikre dem en stemme.

POLITISAG VERSUS SOCIALSAG

Sager om overgreb og vold mod børn og unge kalder ofte på forskellige handlinger og handlemuligheder. Derfor vil langt de fleste overgrebsager i dag både involvere et børnehus, en kommune og en politimyndighed. En tidlig drøftelse af sagen mellem politiet, et børnehus og en kommune kan give et solidt grundlag for at vurdere, hvorvidt en sag indledningsvist skal forfølges med en strafferetlig efterforskning, en børnefaglig undersøgelse jf. Servicelovens §50 (benævnes herefter blot som børnefaglig undersøgelse) eller med begge dele på samme tid (Social- og Indenrigsministeriet, 2020; Socialstyrelsen, 2019). Dette bevirker oftest, at der handles hurtigt, præcist og hjælpsomt – men i nogle situationer kan barnet også risikere at blive ladet alene tilbage mellem to stole.

Dette skete ofte før i tiden, hvor der opstod et af de førnævnte risikable tomrum for et barn i de tilfælde, hvor politiet efter en (video)afhøring af barnet meddelte kommunen, at de henlagde en politimæssig efterforskning på baggrund af, at anklagemyndigheden vurderede, at den ikke kunne løfte bevisbyrden i en eventuel retssag. Erfaringen viste, at socialforvaltningerne i kommunerne, på baggrund af disse udmeldinger, til tider konkluderede, at der derfor heller ikke var grundlag for at gennemføre en børnefaglig undersøgelse, selvom børnene faktisk havde brug for støtte (Hansen, 2006). Desværre viser erfaringer fra praksis, at dette i enkelte tilfælde stadigvæk sker. Et konstrueret, praksisnært eksempel på dette kunne være som følger:

Jens på syv år spørger i forbindelse med en klassesstime, om man godt må få en røvfuld og lussinger af sine forældre, når man har gjort noget forkert. Jens' klasselærer trækker herefter Jens til side i frikvarteret for at spørge lidt nærmere ind til spørgsmålet. Her fortæller Jens, at hans mor giver ham en røvfuld og lussinger, når han har lavet

ballade derhjemme. Jens beskriver, at det cirka sker én gang om ugen, og at det for det meste gør ondt – hvilket gør ham både ked af det og bange. Jens' skole sender derfor lovpligtigt en underretning til kommunen, hvilket munder ud i, at der dagen efter kommer en socialrådgiver fra kommunens familieafdeling for at afholde en børnesamtale med Jens henne på skolen. Ved børnesamtalen træder Jens frem som en dreng, der er præget af usikkerhed og kropslig uro. Jens fortæller ikke ordret om oplevelser med vold fra sin mor, men han nikker dog samstemmende til, at han dagen forinden fortalte sin klasselærer om sine oplevelser. Kommunen indgiver en anmeldelse om vold til politiet, og der afholdes derfor en videoafhøring af Jens i det børnehus, som kommunen er tilknyttet.

Politiet råder kommunen til ikke at tale med Jens' forældre inden afhøringen, da dette kan forpurre en eventuelt strafferetslig efterforskning, såfremt Jens' forældre forsøger at påvirke Jens' udtalelser. Inden politiet kan afhøre Jens, skal de oplyse forældrene om, at afhøringen finder sted. Jens' forældre bliver overraskede og forfærdede over, at Jens skal afhøres, men modsætter sig ikke afhøringen. Ved politiets videoafhøring af Jens afviser han, at han nogensinde skulle have fortalt om at få røvfuld eller lussinger, og han ønsker ligeledes ikke at tale om sin familie. Derudover virker Jens ret urolig ved afhøringen, og han kan eksempelvis ikke sidde stille eller fastholde sit blik. Da videoafhøringen er afsluttet, bliver Jens fulgt tilbage til sin skole og skal efterfølgende cykle alene hjem til sine forældre, der venter – urolige – på ham. Dette gør Jens beklemmt og bange, da han ikke ved, hvordan hans forældre vil reagere – og han bliver grebet af en voksende mavepine i takt med, at han nærmer sig hjemmet. Jens' mor og far tager imod ham med frysende kolde miner og afkræver ham med det samme en forklaring om, hvad han har sagt til politiet.

Forældrene fortæller rasende Jens, at han kan blive fjernet fra hjemmet, og at forældrene kan komme i fængsel, hvis han siger, at han får røvfuld og lussinger. Dette bevirker, at Jens oplever sig presset og overvældet af en lammende frygt – og derudover opbygges der også en mistillid til både politiet og kommunen i Jens, fordi de jo fortalte ham, at de bare ville passe på ham og hjælpe hans familie. Senere på dagen ringer både politiet og moderens forsvarsadvokat til Jens' mor for at informere hende om, at der ikke bliver rejst sigtelse mod hende, og at hun har ret til at gennemse videoafhøringen af Jens. Politiet henvender sig herefter til kommunen for at orientere om sagens

afslutning. Socialrådgiveren fra kommunens familieafdeling inviterer derfor Jens' forældre til et partshøringsmøde på kommunen den efterfølgende dag. Ved samtalen med forældrene oplyser Jens' mor og far, at der må være tale om en misforståelse, og at de aldrig har slået Jens – og at de heller ikke har brug for kommunens hjælp.

Som følge af forældrenes udsagn, og som følge af, at den politimæssige sag henlægges, konkluderer kommunen, at der ikke er behov for at gennemføre en børnefaglig undersøgelse. Sagen afsluttes derfor i familieafdelingen. Derfor følges der ikke op på Jens, og det undersøges ikke nærmere, om han kæmper mod en tyngende byrde, eller om han kunne have brug for hjælp eller særlig støtte.

Der kan være mange gode grunde til, at børn ikke fortæller om overgreb i en afhøringsituation ved politiet: De kan frygte konsekvenserne; føle sig utrygge ved politiet; være blevet truet til tavshed; eller de kan forsøge at bevare deres tilknytningsforbindelse til deres forældre for at overleve i en usikker tid. At en sag ikke kan forfølges strafferetsligt, er dog uanset grundene ikke ensbetydende med, at der ikke er grund til at nære bekymring for et barn. Et barn, der har været involveret i en sag om voldelige eller seksuelle overgreb, kan have lidt overlast på den ene eller anden måde – og kan derfor have brug for særlig hjælp, selvom det ikke kan bevises strafferetsligt (Hansen, 2006; Socialstyrelsen, 2019).

I de danske børnehuse forsøges det derfor i dag at blive forebygget og undgået, at børn og unge ender i et risikabelt tomrum mellem sektorerne. Dette søges gjort ved at sikre, at alle videoafhøringer af børn og unge under femten år foregår i børnehusene, og ved, at alle de relevante myndigheder samles i børnehusene til afhøringerne. Det søges ligeledes gjort ved at sikre, at en psykolog eller socialrådgiver fra de danske børnehuse deltager som observatør ved videoafhøringerne af børnene. Overværelsen af videoafhøringerne bidrager med et godt afsæt til at danne sig indtryk og ligeledes samle viden om barnet, ligesom overværelsen kan danne fundamentet for en efterfølgende god kontakt med barnet (Socialstyrelsen, 2019). Deltagelsen ved videoafhøringen kan skabe gode betingelser for, at børnehuset kan tilrettelægge det individuelle udredningsforløb, så det er tilpasset det enkelte barn på bedst mulig vis. I og med at barnet i forbindelse med opstarten af udredningsforløbet informeres om, at en medarbejder i børnehuset har deltaget ved afhøringen, undgår barnet at skulle fortælle om skrækkelige oplevelser med vold og overgreb igen, såfremt barnet ikke ønsker at genfortælle sine

erfaringer (Socialstyrelsen, 2019). Derudover danner de danske børnehuses deltagelse ved politiets videoafhøringer ydermere grundlag for, at børnehuses medarbejdere kan yde en målrettet rådgivning og vejledning til de kommunale myndighedsrådgivere efterfølgende i det tværsektorielle samarbejde. På denne måde tilstræbes det at skabe både skånsomhed for barnet og en sikkerhed i forhold til at sikre, at barnet bliver grebet af sektorerne efter afhøringen.

Til trods for væsentlige forbedringer i behandlingen af overgrebssager er der stadigvæk rum og plads til at løfte kvaliteten i de tværsektorielle sager. I nogle tilfælde forekommer det, at kommuner konkluderer, at der ikke er behov for en børnefaglig undersøgelse, når politiet henlægger en strafferetslig efterforskning. Ved at medarbejdere fra de danske børnehuse deltager i monitorrummene ved videoafhøringer af børn, tildeles børnene den sikkerhed og ordentlighed, at der er fagprofessionelle, der kan følge op på, hvilke konklusioner kommunerne danner sig om det videre sagsforløb på baggrund af politiets udmeldinger.

Desværre stilles de danske børnehuse dog i en penibel situation i de tilfælde, hvor en kommune ikke har truffet afgørelse om at gennemføre en undersøgelse af barnets forhold jf. Servicelovens §50, inden barnet afhøres af politiet (Social- og Indenrigsministeriet, 2020). I disse tilfælde skal de danske børnehuse både balancere at være fortalere for barnets perspektiv ind i det tværsektorielle samarbejde og sørge for, at barnet ikke efterlades i et risikabelt tomrum mellem sektorerne. På samme tid har de ikke indflydelse på, om der træffes afgørelse om dén grundige børnefaglige undersøgelse jf. Servicelovens §50, der kan sikre barnet adgang til et udredende forløb i et børnehus. Børn og unge mennesker, der har været udsat for overgreb, kan aktuelt kun få adgang til et udredningsforløb i de danske børnehuse, når en kommune har truffet afgørelse om gennemførelsen af en børnefaglig undersøgelse.

I øjeblikket er de danske kommuner dog ikke juridisk forpligtede til at træffe afgørelse om at gennemføre en børnefaglig undersøgelse jf. Servicelovens §50 af barnets forhold, når der er mistanke eller viden om, at et barn har været udsat for voldelige eller seksuelle overgreb. Ej heller er kommunerne forpligtede til at træffe afgørelse om at gennemføre en børnefaglig undersøgelse jf. Servicelovens §50 af barnets forhold, når de har anmeldt en sag til politiet. Således kan der rejses spørgsmål om, hvorvidt de danske børn får den fornødne hjælp i de overgrebssager, hvor en kommune har vurderet, at en sag har været alvorlig nok til en

politianmeldelse, men på samme tid ikke har truffet afgørelse om at gennemføre en børnefaglig undersøgelse. I og med at kommunerne ikke er lovmæssigt forpligtede til at opstarte en undersøgelse af barnets forhold efter Servicelovens §50, efterlades de danske børnehuse med opgaven om fagligt at argumentere for at træffe afgørelse om en børnefaglig undersøgelse og en efterfølgende udredning i et børnehus.

Desværre viser erfaringer fra praksis, at socialforvaltningerne rundt om i kommunerne ikke altid handler ud fra et forsigtighedsprincip om better safe than sorry, når politiet henlægger en efterforskning, og et børnehus taler for at gennemføre en børnefaglig undersøgelse. Derfor kunne det være i børnenes interesse, at de i fremtiden juridisk bliver sikret en børnefaglig undersøgelse, når en overgrebs sag bliver anmeldt til politiet.

Ligeledes vil det være i børnenes interesse, at de bliver sikret en ordentlig og skånsom proces efter afhøringerne – som eksempelvis ved at blive afleveret derhjemme efter en videoafhøring af professionelle voksne, der kan tydeliggøre barnets perspektiv over for forældrene. Desværre efterlades mange børn i tomrummet mellem politiet og en kommune efter en videoafhøring. Dette kan få ulykkelige konsekvenser for et barns mulige fremadrettede deltagelse i de tværsektorielle systemer, ligesom det kan resultere i, at barnet ikke føler sig passet godt nok på. For såfremt sektorerne ikke får koordineret indsatserne og delt den fornødne viden, kan det munde ud i, at barnet ender med ikke at være i tilstrækkelig fysisk eller følelsesmæssig sikkerhed. Usikkerheder, der over tid kan skabe ubærlige vanskeligheder.

Ovenstående afsnit har forsøgt at pege på udfordringerne i de sager, hvor politiet kan afhøre et barn. Desværre er børn, der ikke har et verbalt sprog, også udsat for overgreb. Kapitlet vil nu vende sig mod de mindste børn, der ikke kan tale deres egen sag med ord.

TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE I SAGER MED SMÅ BØRN

I de tilfælde, hvor der er mistanke om, at et mindre barn uden sprog har været udsat for et voldeligt eller seksuelt overgreb, kan det ofte være vanskeligt at påvise skadesmekanismer og sikre bevisførelsen. Tvivl, mistro, frygt og skepsis vil karakteristisk være kendetegnende for de sager, hvor der er bekymring for, om en forælder har brækket et ribben på sit spædbarn, eller om et familiemedlem har forgrebet sig på familiens lille pige. For hvem taler sandt? Hvem stoler man på, når et barn ikke med

ord kan give udtryk for sine oplevelser? Og hvordan skaber man sikkerhed for et spædbarn?

Alle disse spørgsmål vil ofte stå i kø i sager om overgreb mod helt små børn. Derfor vil den tværsektorielle indsats i disse sager typisk involvere både retsmedicinske og pædiatriske undersøgelser, politimæssig efterforskning, et udredningsforløb i et børnehus og en socialfaglig indsats i kommunen. For at holde børnene i centrum og skabe en så skånsom proces som muligt (og da deres alder, sproglige udvikling og kognitive evner ikke altid gør det muligt), vil de fleste børn i disse former for sager ikke blive videoafhørt af politiet. Derfor kan det også ske, at politiet og anklagemyndigheden afstår fra at rejse en sag på grund af bevisets stilling. Når dette forekommer, er det vigtigt, at den tværsektorielle indsats har en skærpet opmærksomhed, da overgreb stadig kan være sket, selvom sagen ikke følges strafferetsligt (Socialstyrelsen, 2019).

I de danske børnehuse håndteres sådanne overgrebssager i børnehusenes tværfaglige regi, der også er kendt som sagssamrådene. På sagssamrådene vil sektorerne oftest udveksle, drøfte og følge op på faglige og tværsektorielle opmærksomhedspunkter såsom den retsmedicinske personundersøgelse, hvor barnet undersøges for skader og spor efter overgreb. Ligeledes vil den pædiatriske indsats blive udfoldet på et sagssamråd, da børn kan have symptomer som følge af et overgreb, selvom de ikke måtte have akutte tegn på slag eller seksuelle krænkelse (Socialstyrelsen, 2019). Når den eksisterende viden om den hidtidige indsats er blevet udvekslet, og når den videre indsats er blevet koordineret og planlagt på et sagssamråd mellem en kommune, politiet, sundhedsvæsenet og et børnehus, foretager børnehuset en udredning af, om barnet kæmper med belastningssymptomer, samt en undersøgelse af barnets behov for særlig støtte med udgangspunkt i mistanken om overgrebet (Socialstyrelsen, 2019).

Udredningsforløbet har til formål at sikre, at barnets stemme, oplevelser og problemer høres af de forskellige faglige aktører i sagen, ligesom udredningen vil forsøge at kortlægge, hvilke problemer der kan have invaderet barnets liv, og hvordan disse problemer påvirker barnets subjektive trivsel og deltagelse i sociale praksisser, for i sidste ende at munde ud i konkrete anbefalinger til, hvordan barnet kan hjælpes på bedst mulig vis. I de fleste tilfælde vil den tætte tværfaglige og tværsektorielle indsats i de danske børnehuse resultere i, at underbehandlede problemer og ikke-diagnosticerede symptomer hos børn uden et verbalt sprog vil blive

opdaget og henledt til den rette behandling (Ankestyrelsen, 2017). Hypotetisk set ville en halvandet år gammel dreng, der, som følge af et overgreb, plages af subtile problemer med at forbinde sig med sig selv og andre, blive bemærket i et specialiseret psykologisk udredningsforløb i de danske børnehuse til trods for, at disse problemer måske ikke er blevet observeret isoleret set i hver enkelt af de respektive sektorer. Symptomer, adfærd og problemer kan forstås som at tale i et forklædt sprog om hemmeligheder, der er for grufulde til ord (Holmgren, 2019). Den samlede tværsektorielle indsats i de danske børnehuse, som går forud for et givent børnehus' udredningsforløb, er netop en af de væsentligste faktorer, der gør, at de tværfaglige medarbejdere i de danske børnehuse med hurtighed kan opdage og kortlægge subtile problemer og symptomer i børnenes liv, selvom disse kan synes umulige at beskrive og opdage med det talte sprog.

Et konstrueret, praksisnært eksempel på ovenstående kunne være som følger:

En kommune modtager en underretning fra en vuggestue vedrørende Sofie på to år. I vuggestuen er det ved bleskift blevet observeret, at Sofie ofte er rød i skridtregionen og ved anus. Vuggestuen har tidligere informeret Sofies mor om dette og har ligeledes anbefalet familien at kontakte egen læge for at undersøge rødmen yderligere. Sofie har herefter været til undersøgelse på en børneafdeling. Efter noget tid er Sofie fortsat rød ved anus og i skridtet, og der er ligeledes blevet observeret rifter ved vagina. Sofie leger en dag alene i et hjørne, hvor det observeres, at Sofie tager tøjet af en dukke og herefter slikker dukken i skridtet samt forsøger at stikke en blyant i numsen på dukken, hvorefter Sofie trøster dukken. En pædagog henvender sig til Sofie for at høre, om dukken er ked af det. Dette svarer Sofie ja til, og hun peger herefter på dukkens skridtregion og siger: "av, av." Pædagogen spørger, om det gør ondt, hvortil Sofie svarer ja og tilføjer: "Far gør det ikke mere. Det gør av." Efter dette går Sofie ud for at lege.

Ved modtagelsen af underretningen kontakter kommunens myndighedsrådgiver politiet, og jævnfør Servicelovens §49b drøftes sagen, og der udveksles oplysninger om private forhold relateret til Sofie (Social- og Indenrigsministeriet, 2020). Politiet oplyser, at Sofies far tidligere er mistænkt og sigtet i en sag om et seksuelt overgreb på et barn, men at sigtelsen blev frafaldet og sagen opgivet. Kommunen oplyser, at de har kendskab til familien, da der eksisterer en aktiv sag på Sofies storesøster, hvor der er modtaget en underretning med

bekymring for søsterens trivsel og udvikling. Politiet anbefaler kommunen, at sagen politianmeldes. Som følge af mistanken om overgreb mod Sofie, og som følge af sektoreernes kendskab til familien, træffer kommunen afgørelse om udarbejdelsen af en børnefaglig undersøgelse af Sofies forhold, og sagen bliver ligeledes politianmeldt og visiteret til et børnehus.

Grundet Sofies alder afhøres hun ikke af politiet. Ved sagssamrådet i børnehuset oplyses det, at kommunen af vuggestuen er blevet orienteret om, at Sofie er blevet mere rød ved skridt og anus, og at hun har gentaget legen med dukken, hvorefter hun har sagt: "av, av – far siger godt må." Politiet oplyser på mødet, at Sofies far, foruden tidligere at have været mistænkt for at have krænket en mindreårig seksuelt, også er mistænkt for at have delt børnepornografisk materiale. På sagssamrådet drøftes det med en pædiater, hvad der kan være almindelig rødme ved en toårig pige, og hvilke fysiologiske symptomer der kan give anledning til bekymring. Pædiateren kan desværre ikke udveksle Sofies sundhedsoplysninger, da sagen ikke behandles på sygehuset.

Mødet giver derfor anledning til, at politiet og anklagemyndigheden træffer beslutning om iværksættelsen af en retsmedicinsk undersøgelse af Sofie. I børnehusets tværsektorielle regi koordineres de videre sagsskridt i sagen i forhold til den retsmedicinske undersøgelse, kommunens tilstedeværelse ved denne og iværksættelsen af en efterfølgende sikkerhedsplan for Sofie. Myndighedsrådgiveren beslutter, at Sofie skal udredes i børnehuset hurtigst muligt til brug for den børnefaglige undersøgelse, men politiet oplyser, at der vil blive foretaget en ransagning af hjemmet, hvorfor opstarten af udredningsforløbet udskydes, indtil politiet har ransaget hjemmet, da udredningsforløbet kan forstyrre politiets strafferetslige efterforskning.

Ved den retsmedicinske undersøgelse af Sofie findes der rifter i skeden og en hævet, rød anus. Sofie fremtræder ved undersøgelsen trist og utryk, men deltager dog på fin vis. Konklusionen på den retsmedicinske undersøgelse er, at der forefindes abnorme rifter og ualmindelige hævelser i Sofies vagina samt anus, men at årsagen til disse er uvis. Da politiet senere ransager hjemmet, findes der billedmateriale af seksuelle overgreb på Sofie.

Efterfølgende vælger Sofies mor at forlade hjemmet sammen med børnene, og Sofies far varetægtsfængsles i sagen. Sofie starter herefter i et udredningsforløb i børnehuset, som både kortlægger

problemerne i Sofies liv, effekterne af disse, og ydermere anbefaler specialiseret psykoterapeutisk traumebehandling til Sofie, familierapi og en undersøgelse af omsorgsmiljøets evne til at varetage Sofies ve og vel.

UDFORDRINGER I DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE OG FREMADRETTEDE PERSPEKTIVER

Erfaring viser, at der ikke kun eksisterer tværsektoriel kompleksitet vedrørende praksisser, men at der også eksisterer juridisk og lovgivningsmæssig kompleksitet mellem sektorerne på overgrebsområdet.

Eksempelvis viser erfaring fra praksis i de danske børnehuse, at Sundhedslovens §42c, §42d og §43 stk. 2 fortolkes forskelligt i sundhedsvæsenet, hvilket i praksis betyder, at det danske sundhedsvæsen i markant udstrækning forhindres i at dele et barns sygdomshistorik med de sociale myndigheder og politiet, såfremt barnet ikke har været henvist til undersøgelse i sygehusvæsenet ved en pædiater for det formodede overgreb, der har givet anledning til den børnefaglige undersøgelse og børnehusets udredning (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019). Dette kan risikere at vanskeliggøre den tværsektorielle indsats over for barnet og ligeledes forhindre, at barnet modtager den rette hjælp og særlige støtte, som der kan være brug for.

Således afspejler pædiaternes praksis i det tværsektorielle regi i de danske børnehuse ydermere ikke den pædiatriske indsats, som Larsen et al. (2021) og Socialstyrelsen (2019) beskriver, hvor pædiatere kan give medicinsk og sundhedsfaglig sparring i forbindelse med børn, der ikke er set på en børneafdeling. I forlængelse af dette kolliderer fortolkningen af Sundhedslovens §42c, §42d og §43 stk. 2 med Servicelovens §50c, der fremfører, at:

“Under behandlingen af en sag, hvor et børnehus benyttes, jf. §50a, kan personalet i børnehuset, politiet og anklagemyndigheden og sundhedsmyndigheder, autoriserede sundhedspersoner og kommunale myndigheder, der løser opgaver inden for området for udsatte børn og unge, indbyrdes udveksle oplysninger om rent private forhold vedrørende barnets eller den unges personlige og familiemæssige omstændigheder, hvis udvekslingen må anses for nødvendig af hensyn til barnets eller den unges sundhed og udvikling.” (Social- og Indenrigsministeriet, 2020)

For at sikre, at børnenes stemmer og oplevelser tages alvorligt, og for at sikre dem centrale forhold såsom skånsomhed, sundhed, udvikling og sikkerhed samt iværksættelsen af den rette indsats på det rette tidspunkt, kunne det derfor være i børnenes interesse, at det fremadrettet blev afklaret på et ministerielt og styrelsesmæssigt niveau, hvordan lovene bør fortolkes – og at et eventuelt juridisk benspænd for udvekslingen af oplysninger blev opløst. Ydermere ville en ensartet fortolkning af lovene på landsplan betyde lige muligheder for de danske børn inden for vitale forhold som sikkerhed og sundhed, da der aktuelt eksisterer divergerende lovforklaringer blandt landets sygehuse.

OPSAMLING

Voldelige og seksuelle overgreb mod børn er et alvorligt emne, der kalder på en højt kvalificeret indsats af både tværfaglig og tværsektoriel karakter uden tøven og med mod til at holde børnenes perspektiv i centrum. Derfor blev de danske børnehuse oprettet i efteråret 2013 med det formål at sikre en højt kvalificeret, skånsom og tværfagligt koordineret indsats i de sager, hvor der enten er viden eller mistanke om voldelige eller seksuelle overgreb mod børn (Socialstyrelsen, 2019). Antallet af overgrebssager er dog stadig signifikant, og overgreb af både seksuel og voldelig karakter kan have katastrofale følgevirkninger på et barns liv (Gilbert et al., 2009; Larsen et al., 2021; Oldrup, Christoffersen, Kristiansen & Østergård, 2016).

Derfor er det indeværende kapitels budskab, at det vil være i børnenes interesse fremadrettet at sikre et endnu tættere samarbejde mellem de forskellige sektorer, der er involveret i den komplekse indsats i overgrebssager mod børn og unge. I kapitlet peges der på, at de udsatte børn i højere grad vil blive sikret en ordentlig hjælp og specialiseret fagekspertise, hvis de danske kommuner bliver lovmæssigt forpligtede til at igangsætte en børnefaglig undersøgelse af barnets forhold jf. Servicelovens §50, når der foreligger en politianmeldelse i den givne sag. Ligeledes er det en væsentlig pointe i kapitlet, at der i den tværsektorielle indsats eksisterer modsatrettede praksisser og lovgivninger, og at de danske børn og unge ville blive sikret en bedre hjælp, såfremt praksis og lovgivning blev ensrettet på tværs af de sundhedsfaglige, strafferetslige og sociale sektorer.

Såfremt sektorerne bliver bragt endnu tættere sammen i et nationalt, ensartet samarbejde, kan der forhåbentlig blive skabt en endnu bedre og

mere kvalificeret indsats i selv de mest interessekonfliktende, komplekse og tvivlsfyldte sager til de børn, der har oplevet hændelser, som ingen børn bør opleve.

LITTERATUR

- Andrews, B., & Brewin, C.R. (1990). *Attributions of Blame for Marital Violence: A Study of Antecedents and Consequences*. *Journal of Marriage and the Family*, 52.
- Andrews, B., Brewin, C.R., & Rose, S. (2003). *Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime*. *Journal of Traumatic Stress*, 6.
- Ankestyrelsen (2017). *Kommunernes brug af de danske børnehuse 2017*. København.
- Fromuth, M. (1986). *The Relationship of Childhood Sexual Abuse with Later Psychological and Sexual Adjustment in a Sample of College Women*. *Child Abuse & Neglect*, 4.
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries*. *The Lancet*, 373.
- Hansen, A.M. (2006). *De sociale indsatsers rolle i forebyggelse og håndtering af seksuelle overgreb – set fra et barneperspektiv*. I: Mehlbye, J., & Hammershøj, A. (Red.), *Seksuelle overgreb mod børn og unge. En antologi om forebyggelse og behandling* (s. 179-196). AKF Forlaget, København.
- Holmgren, A. (2019). *Komplekse traumas psykologi – beretninger om det ubærlige*. Snekkersten: DISPUKS Forlag.
- Larsen, L.L., Græsholt-Knudsen, T., Bramsen, R.H., Jørgensen, G.H., Møller-Madsen, B., Hansen, O.I., & Rølfing, J.D. (2021). *Fysiske overgreb mod børn i Danmark*. Ugeskrift for Læger, 183.
- Oldrup, H., Christoffersen, M.N., Kristiansen, I.L., & Østergård, S.V. (2016). *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge 2016*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Richardson, C., & Wade, A. (2009). *Taking resistance seriously: A Response-Based approach to social work in cases of violence against Indigenous women*. I: Carriere, J., & Strega, S. (Red.), *Walking this path together: Anti-racist and anti-oppressive child welfare practice*. Fernwood Publishing, Canada.

Socialstyrelsen (2019). *Den Danske Børnehusmodel. Faglige beskrivelser af indsatserne i de danske børnehuse*. Odense.

Social- og Indenrigsministeriet (2020). LBK nr. 1287 af 28/08/2020 – *Serviceloven*.

<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1287>

Sundheds- og Ældreministeriet (2019). LBK nr. 903 af 26/08/2019 – *Sundhedsloven*. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>

OM FORFATTERNE

Ditte Kirstine Klynsner Askerod er leder af Børnehus Syd, afdeling Odense, Esbjerg og Aabenraa. Ditte har været med i etableringen og udviklingen af Børnehus Syd siden oprettelsen af De Danske Børnehuse i 2013. Ditte har tidligere arbejdet som leder på det specialiserede sociale myndighedsområde for udsatte børn og unge.

Lane Lund er cand.pæd.pæd. og afdelingsleder i Børnehus Syd. Lane har været en del af Børnehus Syds ledelse siden 2016. Forud for dette har Lane i mange år arbejdet på det specialiserede sociale område med udsatte børn og familier.

Tina Kjørup Andersen er uddannet socialrådgiver i 1999, har diplomuddannelse Børn og Unge samt uddannelse som traumeterapeut. Tina har arbejdet med udsatte børn og unge i kommunalt regi og på døgninstitution og har været ansat i Socialtilsynet i en årrække. Tina har været ansat i Børnehus Syd siden 2017.

Thomas Hviid er autoriseret psykolog og psykologfaglig ressourceperson i Børnehus Syd, hvor han udreder og behandler børn og unge, der har været udsat for overgreb. Han har i en årrække været ansat ved Dialog Mod Vold, hvor han både har varetaget behandling og udredning af voldsudøvere og seksualkriminelle.

KAPITEL 3

SYSTEMATISK RETSMEDICINSK SCREENING AF BØRN VED MISTANKE OM VOLD

Maria Balsløv, Ida Haahr-Pedersen, Anne Birgitte Dyhre Bugge, Anders Raastrup Kristensen, René Nicolai Jensen, Pernille Spitz, Brian Belling & Jytte Banner



Foto: Børnehus hovedstaden

Dette kapitel beskriver et 2-årigt interventions- og samskabelses-projekt ved Børnehus Hovedstaden i samarbejde med Sektionen for overgreb på børn ved Københavns Politi og Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet.

| RÅDET FOR OFFERFONDEN |



Retsmedicinsk Institut



Børnehus Hovedstaden



INDLEDNING

Med støtte fra Offerfonden¹ blev det 2-årige interventions- og samskabelsesprojekt 'Projekt systematisk retsmedicinsk screening af børn ved mistanke om vold' i 2020 etableret i et samarbejde mellem Børnehus Hovedstaden, Sektionen for overgreb på børn ved Københavns Politi og Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet.

Vold og omsorgssvigt hos børn kan forårsage både fysiske og psykiske følger, der kan præge dem resten af livet. Børn, der vokser op med vold, har gennemsnitligt dårligere trivsel i skolen, klarer sig fagligt dårligere og har 64% større risiko for at udvikle posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) sammenlignet med andre børn (Lyk-Jensen et al., 2017). Etisk og samfundsmæssigt er det af stor værdi at få opsporet og støttet disse børn i tide, så de kan få det gode børneliv med udvikling og beskyttelse, de har ret til (Børnekonventionen; Børnerådet, 2014).

Når voksne udsættes for vold, bliver der i forbindelse med en politianmeldelse iværksat dokumentation af skaderne, enten ved en retsmedicinsk undersøgelse eller en politiattest udarbejdet på eksempelvis skadestuen. Det er derimod kun et fåtal af alle børn, der ved mistanke om et fysisk overgreb bliver tilset af en læge og endnu færre af en retsmediciner. Årsstatistikken fra de danske børnehuse fra 2019 viser, at kun 3,8% af børn, der indgik i et børnehusforløb på enten mistanke om vold eller seksuelle overgreb, blev fysisk undersøgt af en børnelæge, og kun 2,3% blev undersøgt af en retsmediciner². Årsagen til dette er bl.a., at der i Danmark ikke er etableret standardiserede retningslinjer og udvælgelseskriterier for, hvornår børn skal undersøges for mulige fysiske skader eller følger efter vold.

'Projekt systematisk retsmedicinsk screening af børn ved mistanke om vold' søger med inspiration fra amerikanske og norske praksisser (Bakketeig, Berg, Myklebust, & Stefansen, 2012; Herbert & Bromfield, 2015) at udvikle en systematisk og standardiseret procedure for

¹ Dette materiale er støttet økonomisk af Offerfonden. Materialets udførelse, indhold og resultater er alene forfatterens ansvar. De vurderinger og synspunkter, der fremgår af materialet, er forfatterens egne og deles ikke nødvendigvis af Rådet for Offerfonden.

² Der foreligger ikke tal specifikt for retsmedicinske undersøgelser ved fysisk vold.

undersøgelse af børn ved mistanke om vold i nære relationer³. Denne procedure inkluderer brug af specialiserede retsmedicinske læger, der bidrager til den retssikkerhedsmæssige dokumentation, som det ses i USA, og brug af tandlæge og børnesygeplejerske, der bidrager til opsporing af eventuelle sundhedsproblematikker hos børnene, som det ses i Norge. For de børn, der indgår i projektet, betyder det, at der ved én og samme fysiske undersøgelse bliver taget hånd om både deres sundhed, trivsel og retssikkerhed. I projektet indgår alle børn, der videoafhøres af Københavns Politi i Børnehus Hovedstaden på baggrund af mistanke om vold i nære relationer, og alle børn inden for målgruppen tilbydes en retsmedicinsk undersøgelse⁴.

Det overordnede formål med projektet er at tage børnene alvorligt, når der rejses mistanke om, at de har været udsat for vold. Det langsigtede mål er, at erfaringer og viden fra projektet kan danne baggrund for udvikling af ny og bedre praksis i Danmark – til gavn for børn udsat for vold. Dette kapitels indhold er baseret på indledende erfaringer og overvejelser, der er gjort midtvejs i projektets 2-årige forløb.

PROJEKTET I PRAKSIS

I Danmark foretages retsmedicinske personundersøgelser, herunder undersøgelser af børn, af retsmedicinske læger, og undersøgelserne kvalitetssikres af mindst én retsmediciner på ekspertniveau. De retsmedicinske læger er ikke ansat på et hospital, hvorfor de ikke skal forestå en eventuel opfølgende behandling af barnet. Samtidig er det heller ikke retsmedicinerens opgave at have den direkte kontakt til barnets forældre, hvilket er med til at sikre objektivitet og dermed øge retssikkerheden. Det er i udenlandsk litteratur dokumenteret, at den juridisk mest sikre undersøgelse for vold udføres af retsmedicinere, idet beskrivelsen af skader er mere detaljeret, suppleret af fotodokumentation, og der indgår en vurdering af, hvordan skaderne kan være opstået (Janßen, Greif, Rothschild, & Banaschak, 2017).

En retsmedicinsk undersøgelse afdækker bl.a:

- Hvorvidt barnet har følger efter vold (fx blå mærker, hudafskrabninger og ar).

³ Eksempelvis begået af forældre eller en anden omsorgsperson.

⁴ Undersøgelsen udføres, hvis der gives samtykke hertil.

- Hvorvidt følgerne (fx mærker, hudafskrabninger og ar) er udover, hvad der er forventeligt for et barn i den pågældende alder.
- Hvorvidt de dokumenterede skader kan relateres til hændelser, der er beskrevet i underretningen, anmeldelsen eller i videoafhøringen af barnet.

Som noget nyt assisteres retsmedicineren i projektet af en sygeplejerske, der også er uddannet sundhedsplejerske og ansat på Retsmedicinsk Institut. Endvidere er undersøgelsen udvidet med en undersøgelse af barnets mund, kæbe og tænder, som afslutningsvist foretages af en retsodontolog (tandlæge). Sammensætningen af det retsmedicinske team og den udvidede retsmedicinske børneundersøgelse bidrager til, at der ved én og samme undersøgelse sikres en objektiv og neutral undersøgelse, vurdering og dokumentation af skader eller følger efter vold, men samtidig bidrager den også til opsporing af omsorgssvigt samt eventuelle fysiske og mentale belastninger hos barnet, som eksempelvis kræver opfølgning i sundhedsvæsenet.

Overordnet bidrager den retsmedicinske screening til en helhedsvurdering af barnet, som forhåbentlig kan gavne barnet i det videre forløb i både det strafferetslige og det sociale system.

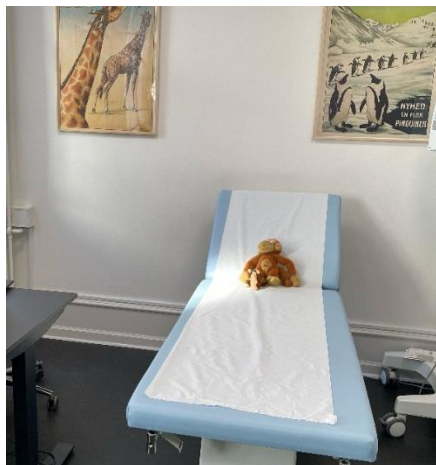
Før opstarten af projektet vurderede Københavns Politi fra sag til sag, om der skulle foretages en retsmedicinsk undersøgelse af barnet ved mistanke om vold, hvor den retsmedicinske undersøgelse af barnet nu, som led i projektet, udføres systematisk på alle børn. Herudover foretages undersøgelsen i Børnehus Hovedstaden i forbindelse med videoafhøringen.

Det nye i projektet er også formidlingen fra retsmedicineren til politiet. Forud for projektet var det praksis, at politiet i de få sager, hvor de ønskede en retsmedicinsk undersøgelse og illustration (fotos eller skitsetegninger), efter nogle uger fik en fuld retsmedicinsk erklæring med detaljeret beskrivelse af fund på barnets krop. I projektet får politiet i forlængelse af videoafhøringen og den projektsikrede retsmedicinske undersøgelse samme dag eller senest den følgende dag en skriftlig "foreløbig konklusion". Politiet kan på dette grundlag vurdere, om de ønsker at anmode om en fuld retsmedicinsk erklæring til brug i den videre efterforskning og det eventuelle retslige efterspil.

Børnehus Hovedstaden danner den primære ramme for projektet og de retsmedicinske screeninger. Børnehusmodellen bygger på et såkaldt 'én indgangs-princip' (Johansen, Stefansen, Bakketeig, & Kaldal, 2017), hvor

tanken er, at barnet kommer ét sted, og at de forskellige professionelle, der er involveret i sagen, kommer til barnet. Se kapitel 2, der beskriver børnehusenes opgaver.

I Børnehus Hovedstaden er der indrettet afhøringslokaler og monitorrum, som politiet anvender til videoafhøringer af børn ved mistanke om fysisk vold, psykisk vold og seksuelle overgreb. Børnehuset har også et velindrettet undersøgelsesrum, hvor der kan foretages retsmedicinske undersøgelser af børn, der muligvis har været udsat for fysisk vold (se nedenstående fotos).



PROJEKTETS DELELEMENTER

Projektet indeholder forskellige delelementer.

Tabel 1. Overblik over de forskellige projektdele:

Projektdeel	Typer af data & metode
Retsmedicinske data fra børnescreeninger*	<ul style="list-style-type: none">• Retsmedicinske data, herunder typer af vold• Somatiske symptomer• Data om trivsel/mentale belastninger• Tanddata • Children's Somatic Symptoms Inventory (CSSI-8) (Myhre, Syringen, & Augusti, 2019). Instrumentet måler bl.a. symptomer som hovedpine, mavesmerter, hjertebanken og svimmelhed hos barnet • Standardiseret skema til:<ol style="list-style-type: none">1. Oplysninger om sundhed og helbred2. Fund af skader og/eller følger efter vold
Hæmmere og fremmere i det tværsektorielle samarbejde i børnehusregi	<ul style="list-style-type: none">• Interviewdata (fagprofessionelle)• Dokumenter, herunder lovgivning og bestemmelser• Sagsakter
Barnets perspektiv: Hvordan oplever børn den retsmedicinske screening og videoafhøringen?	<ul style="list-style-type: none">• Smiley-vurdering (børn)• Kvalitative interviewdata (børn)• Spørgeskemadata (forældre)

* De retsmedicinske data vil blive videnskabeligt bearbejdet i en række ph.d.-projekter. Arbejdstitler på disse projekter er:

- Børn udsat for vold i nære relationer og deres retssikkerhed
- Identifikation af vold mod børn ved helbreds- og tandstatusmarkører

DEN RETSMEDICINSKE SCREENING I PROJEKTET

Forældrene til barnet er forud for den retsmedicinske screening informeret af politiet om, hvor og hvordan screeningen finder sted, og har givet samtykke til, at deres barn bliver undersøgt⁵. Såfremt der ikke gives samtykke, kan politiet anmode retten om godkendelse til undersøgelsen. Umiddelbart inden den retsmedicinske screening er barnet blevet videoafhørt. Barnet får en kort pause efter afhøringen og bliver tilbudt noget at drikke og spise inden screeningen. I denne tidsperiode får retsmedicineren og sygeplejersken en kort information om karakteren af den mistænkte vold af politiets efterforsker, eksempelvis om der er blevet slået med en genstand. Med inspiration fra Norge er der i projektet udviklet et standardiseret dokument, som politiet anvender under videoafhøringen til at notere typen af vold, tidspunkt for voldsepisoden samt på en skitse visuelt placere skaderne på kroppen ud fra barnets udsagn.

Den retsmedicinske screening foregår i et børnevenligt og lyst undersøgelsesrum. Barnet er i centrum, og screeningen foregår så skånsomt som muligt. Barnet får altid tilbudt at have en tryghedsperson med til screeningen i børnehuset. Dette er ofte en lærer eller pædagog, men kan også være et familiemedlem. Indledningsvist bliver barnet og tryghedspersonen informeret om, hvordan screeningen foregår, samt om billeddokumentationen mm. Der er både før og under screeningen fokus på at gøre barnet så trygt som overhovedet muligt.

I en erfaringsopsamling fra børnehusene, udarbejdet af Børnerådet (2016), gav flere børn udtryk for, at de var usikre på, hvad der konkret skulle foregå i børnehuset. I projektet er der derfor øget opmærksomhed på at informere børnene om, hvad der skal foregå i undersøgelsesrummet. Af hensyn til efterforskningen er det dog ikke altid muligt at informere barnet om alt, og det kræver derfor erfaring og ekspertise at kunne informere barnet så godt som muligt, uden at det risikerer at ødelægge efterforskningen.

Den retsmedicinske screening er en helkropsundersøgelse, der altid udføres på en ensartet og systematisk måde, og samtidig er det vigtigt, at undersøgelsen afspejler det, der er oplyst i den konkrete sag. I den første del af screeningen stilles barnet en række spørgsmål, der kan bidrage til

⁵ Det er barnets myndighedssagsbehandler fra kommunen, der giver samtykket, hvis barnet er anbragt uden for hjemmet.

vurderingen af barnets aktuelle fysiske og mentale sundhedstilstand. Det er bl.a. spørgsmål om kost, søvn, smerter, sygdomme, medicin, skoletrivsel mm. (Se tabel 1). For ikke at forstyrre efterforskningen stilles der aldrig spørgsmål til noget, der kan relateres til sagen, medmindre dette er aftalt med politiet.

Anden del af screeningen har til formål at undersøge og dokumentere eventuelle skader og spor efter vold på kroppen. Undersøgelsen udføres på en objektiv og neutral måde, hvorfor der heller ikke ved denne del af screeningen tales med barnet om sagen, og der stilles åbne spørgsmål som: "Kan du huske, hvordan dette mærke er opstået?" Undersøgelsen af kroppen foregår ved trinvis afklædning, hvilket betyder, at barnet aldrig står fuldt afklædt i rummet. Barnet har også mulighed for at sige helt fra, hvis der er dele af kroppen, som det ikke vil have undersøgt.

Alle fund på barnet registreres og fotograferes; både friske skader som blå mærker og hudafskræbninger, og ældre ar, der kan være følger efter vold eller sygdom, samt øvrige sygdomstegn og tegn på omsorgssvigt. Afslutningsvist undersøger tandlægen barnet og registrerer, om tænderne er alderssvarende, og om der eventuelt er fund som caries og tandskader.

Efter screeningen gennemgår lægen, sygeplejersken og tandlægen barnets oplysninger og eventuelle fund af følger efter vold og/eller tegn på sygdom og mistrivsel. Afslutningsvist vurderer den undersøgende retsmedicinske læge eventuelle fund ved screeningen samt fotos sammen med en superviserende overlæge, og den foreløbige konklusion udarbejdes og sendes til politiet.

Alle fysiske observationer dokumenteres. Det sker af hensyn til afgørelsen af den sag, barnet er part i. Hvis der på baggrund af screeningen er anbefalinger om opfølgning på barnets fysiske og/eller mentale sundhed, underrettes de sociale myndigheder. Hvis sagen efterfølgende visiteres til børnehuset, er der, jf. Servicelovens §50c og bekendtgørelse om børnehuse, endvidere mulighed for at uddybe og drøfte resultatet af screeningen på et tværsektorielt sagssamråd i børnehuset.

CASES

Nedenfor præsenteres to fiktive, men realistiske, cases fra projektet. Den første case illustrerer, hvordan den retsmedicinske screening kan bidrage til det strafferetslige aspekt af sagen og dermed til barnets retssikkerhed. Den anden case illustrerer, hvordan en retsmedicinsk screening kan bidrage til opsporing af bekymrende akutte belastninger hos barnet.

Case1:

Et barn fortæller under videoafhøringen ikke noget til politiet, som kan bekræfte, at barnet har været udsat for vold. Politiet kan derfor ikke umiddelbart gå videre med sagen juridisk.

Ved den retsmedicinske screening findes bekymrende mange skader på barnets krop, og den foreløbige konklusion til politiet er, at skaderne langt overstiger det forventelige for barnets alder, og flere af skaderne kan relateres til den hændelse, der er beskrevet i politianmeldelsen.

Politiet vælger på baggrund af fund fra den retsmedicinske screening at bringe sagen videre i det strafferetslige system.

Case 2:

Et barn giver ved videoafhøringen udtryk for at have haft selvmordstanker, og ved den retsmedicinske screening beskriver barnet meget detaljeret sine tanker. Barnet fortæller, at selvmordstanker er aktuelle og konstante.

Den retsmedicinske læge og sygeplejerske vælger på den baggrund at foretage en mundtlig underretning til myndighedssagsbehandleren, der er til stede i børnehuset, og anbefaler barnet og myndighedssagsbehandleren at kontakte psykiatrisk skadestue med det samme. Der bliver efterfølgende sendt en skriftlig underretning til kommunen.

Politiet informerer efterfølgende om, at psykiatrisk skadestue tog oplysningerne, der fremkom fra barnet, alvorligt og tilbød et ambulante psykiatrisk forløb.

ERFARINGER, OVERVEJELSER OG TENDENSER FRA PROJEKTETS FØRSTE ÅR

Det retsmedicinske teams' perspektiver og erfaringer

I projektets første år er der foretaget 142 retsmedicinske screeninger (januar 2020-marts 2021⁶).

Projektgruppen er undervejs blevet spurgt, hvorvidt barnet kan opleve den systematiske retsmedicinske screening som et overgreb i sig selv. Vores erfaring er, at det ikke er en voldsom oplevelse for børnene at blive undersøgt. Det tror vi skyldes, at alle professionelle parter (politi, retsmedicinere, sygeplejerske mm.) er vant til at arbejde med børn samt håndtere sager af voldsom karakter og har stort fokus på at skabe tryghed for barnet. Der arbejdes professionelt og systematisk med at gøre en potentielt utryg og uvant situation så tryk som muligt for barnet (se også kapitel 2 om børnehusenes arbejde).

Endelig arbejdes der specifikt med at skabe en tryk relation til det enkelte barn. Der er ved den retsmedicinske screening stort fokus på det enkelte barns reaktioner, hvor processen drøftes og tilpasses sammen med barnet, så barnet føler sig tryk. Det er vores oplevelse, at størstedelen af børnene har haft en tryk oplevelse med screeningen. Dokumentation af børnenes oplevelse i form af interviews samt interview med trykhedspersoner, der har været med børn til screening, vil ved projektets afslutning yderligere kunne belyse dette.

På Socialstyrelsens hjemmeside (2016) fremgår en opsummeret liste over børns fysiske, psykiske og adfærdsmæssige tegn og reaktioner på vold i hjemmet. Et af tegnene på, at et barn kan have været udsat for fysisk vold, er mærker på huden, fx i form af blå mærker, hudafskrabninger eller ar. Mærker på børn er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at barnet har været udsat for vold fra en anden person. Det kan også være tegn på, at barnet eksempelvis er faldet under leg. Omvendt er det heller ikke altid, at fysisk vold mod børn giver mærker på kroppen.

Det er vores erfaring fra både projektet og fra tidligere retsmedicinske undersøgelser af børn, at næsten alle børn, der bliver undersøgt, har mærker på kroppen i form af hudafskrabninger, blå mærker eller små ar. Det kræver derfor stor ekspertise at kunne vurdere, om mærkerne er

⁶ Inklusive pilotperiode

alderssvarende eller har karakter af vold opstået på en bestemt måde, eksempelvis slag med en genstand, som barnet har fortalt om, men også om det kan være tegn på andet, eksempelvis sygdom.

Politiets perspektiver og erfaringer

Indtrykket er indtil videre, at screeningen både gavner barnet og politiefterforskningen, fordi de retsmedicinske fund kan være med til at underbygge og kvalificere sagerne efterforskningsmæssigt og juridisk. Resultaterne fra screeningen, fx dokumentation af skader, kan understøtte barnets forklaring fra videoafhøringen. Barnets retsstilling sikres ved, at barnet systematisk får dokumenteret skader. Screeningen sender et signal om, at sager med mistanke om vold tages alvorligt – ikke blot i ord, men også i handling.

Screeningen er også vigtig, fordi den kan belyse andre problemstillinger hos barnet. Selvom der ikke er noget i sagen i ren strafferetlig forstand, og den politimæssige del af sagen lukker, kan screeningen være med til at sætte lys på andre relevante aspekter i sagen, herunder sundhedsmæssige problematikker hos barnet. Screeningen kan således være medvirkende til, at barnet bliver hjulpet videre på en god måde, bl.a. via en social indsats i det kommunale system.

Forud for projektet var en bekymring fra politiets side, om den nye systematiske screeningsprocedure ville skabe mere kompleksitet i sagen, fordi screeningen udgør endnu et element, som forældrene skal forholde sig til i en i forvejen presset situation. Der var således en bekymring for, om forældrene overhovedet ville give samtykke til den retsmedicinske screening. En overvejelse var også, om det ville kræve ekstra tid for politiet at skulle informere forældrene om screeningen. Det er vores erfaring, at det kræver lidt ekstra tid at informere forældre om både videoafhøringen og den retsmedicinske screening, men vores oplevelse er, at denne ekstra tid samlet set er givet godt ud. I praksis har det også vist sig, at langt de fleste forældre (96%) har givet samtykke til screeningen.

Erfaringer fra den tværsektorielle praksis

Vi har fra begyndelsen af projektet haft fokus på, hvordan vi kan tilpasse eksisterende arbejdsrutiner til gavn for barnet. Hvis barnet skal være i fokus, er det afgørende, at de involverede sektorer (børnehus, politi, retsmedicin, sygehus og kommune) er gode til at samarbejde og koordinere indsatserne. Eksempelvis at information om barnets fysiske sundhed fra screeningen ikke kun tilgår politiet, men også de fagpersoner,

der har mulighed for at sikre den videre opfølgning i forhold til barnet, herunder i det kommunale og sundhedsfaglige system. Vi oplever, at projektet giver mulighed for et endnu tættere samarbejde i børnehuset på tværs af sektorer. Politiet oplever det bl.a. som positivt, at én nøgleperson (sygeplejerske) koordinerer forløbet omkring den retsmedicinske screening.

Selvom der er mange positive aspekter ved det tværsektorielle samarbejde i projektet og i samarbejdet i børnehuset generelt, er der også plads til forbedring. De forskellige muligheder og udfordringer i det tværsektorielle samarbejde er vigtige at forstå for at kunne forbedre arbejdspraksisserne omkring barnet fremover.

I praksis sker henvisningen af en sag til børnehuset ofte først efter videoafhøringen og den retsmedicinske screening, og i nogle tilfælde bliver sagen aldrig visiteret til børnehuset (denne problematik uddybes i kapitel 2 om børnehusene). Konsekvensen af, at en visitering typisk finder sted efter videoafhøringen og screeningen, er, at muligheden for at udveksle oplysninger mellem myndigheder ikke kan anvendes i den indledende fase af forløbet. Et eksempel kan være, at det umiddelbart efter den retsmedicinske screening kan være relevant at drøfte oplysninger om fund relateret til barnets sundhed og trivsel, eksempelvis tegn på selvskade. Hvis sagen ikke fra start er visiteret til børnehuset, er det dog ikke muligt at drøfte bekymring for barnets selvskade med psykologer i børnehuset, og retsmedicineren må derfor blot informere kommunen ved at gøre brug af den skærpede underretningspligt, han/hun er underlagt.

De involverede myndigheder er alle højt fagligt specialiserede enheder. Specialiseringen kan være udfordrende for det tværsektorielle samarbejde, da de forskellige professionelle aktører har fokus på hver sin specifikke opgave i forløbet, mens ingen har fokus på det større helhedsbillede, som barnet og familien gerne skulle opleve.

Grundlæggende er myndighederne i forbindelse med børnehusarbejdet splittet mellem to konfliktende formål med arbejdet, som kan vanskeliggøre samarbejdet. Disse formål er henholdsvis barnets retssikkerhed og barnets tarv. Politiet og Retsmedicinsk Institut har primært barnets retssikkerhed som formål, hvor kommunerne og børnehuset har barnets trivsel som deres primære opgave. I den konkrete opgaveløsning må disse formål konstant afvejes og balanceres med hinanden.

Interview med fagprofessionelle fra forskellige sektorer vil ved projektets afslutning yderligere kunne belyse barrierer og muligheder i det tværsektorielle samarbejde (se tabel 1).

Barnets perspektiv

Ifølge FN's Børnekonvention, artikel 12, har børn ret til at udtrykke deres synspunkter og til at blive hørt i forhold til sager, der vedrører dem selv (Børnerådet, 2014). Som en del af projektet undersøger vi børnenes oplevelse af den retsmedicinske screening. Denne vidensindsamling skal sikre, at barnets stemme bliver hørt i processen og undersøger, hvordan screeningen kan optimeres ud fra barnets perspektiv. Som en del af vidensindsamlingen undersøger vi også barnets oplevelse af videoafhøringen, der ligger forud for den retsmedicinske screening.

I Danmark findes der få undersøgelser af, hvordan børn oplever at komme i et børnehus. I 2016 udgav Børnerådet som tidligere nævnt en erfaringsopsamling med fokus på børns generelle oplevelse af at komme i et børnehus (Børnerådet 2016). Erfaringsopsamlingen var baseret på interviews med børn, der havde været til videoafhøring og udredning i et børnehus, men afdækkede ikke børns oplevelse af at blive retsmedicinsk undersøgt.

Et kvalitativt interview med barnet forudsætter forældrenes samtykke og at barnet vil deltage. Interviewdesignet i projektet er bl.a. udviklet med inspiration fra Forandringsfabrikken i Norge, der har stor erfaring i forhold til inddragelse af børn i brugerorienterede undersøgelser, der formidler, hvordan børn oplever mødet med 'systemet' (Forandringsfabrikken, 2019). Herudover er vi inspireret af eksisterende evalueringsdesign fra en amerikansk Child Advocacy Centre-kontekst, der bl.a. anvender smiley-vurderinger i undersøgelser af, hvordan børn oplever at komme i centrene (Jackson, 2004).

I interviewet vurderer barnet bl.a., hvordan det var at møde de forskellige fagprofessionelle. Med inspiration fra Forandringsfabrikkens (2019) og Børnerådets (2016) metodik bliver børnene også bedt om at give de professionelle et godt råd til, når de taler med eller undersøger børn, eksempelvis noget, de professionelle kan gøre bedre eller anderledes i mødet med børn fremover.

Ved tilrettelæggelse af en vidensindsamling, der involverer børn og familier i en sårbar position, er der en række etiske og praktiske forhold, der er vigtige at overveje. I projektet har vi bl.a. gjort os mange

overvejelser om, hvordan interview om de retsmedicinske undersøgelser i praksis kan afvikles, så det er så skånsomt og let for barnet og familien at deltage som muligt. Vi har indtil videre gjort os den erfaring, at familier og børn i højere grad ønsker at deltage i interview, hvis dette tilrettelægges i forbindelse med, at familien allerede er til udredende samtaler hos psykologer og socialrådgivere i børnehuset. Derudover har det været centralt at understrege over for familierne, at vidensindsamlingen er en selvstændig del, og om familien vælger at deltage i interview eller ej, har ikke nogen indflydelse på sagen i børnehuset.

OPSAMLING

I 2020 blev 'Projekt systematisk retsmedicinsk screening af børn ved mistanke om vold' etableret af Børnehus Hovedstaden, Sektionen for overgreb på børn ved Københavns Politi og Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet. Dette ud fra ønsket om at skabe en mere systematiseret og standardiseret procedure i sager med mistanke om vold mod børn med henblik på at tage børnene alvorligt, styrke retssikkerheden samt bidrage til opsporing af sundhedsproblemer.

Projektet er baseret på to strategiske fokusområder, der er afgørende for, at det kan lykkes i praksis. For det første er der fokus på barnet. Alle processerne i sagsforløbet før og efter screeningen søges optimeret mod at gøre barnet mest muligt tryk. I selve screeningerne arbejdes der professionelt med relationskompetencer, så barnet er trygt, og screeningerne udføres i et børnevenligt lokale i børnehuset i forlængelse af videoafhøringen, så barnet ikke skal flere forskellige steder hen. Fokus på barnet kommer også til udtryk ved, at barnet interviewes om oplevelsen af screeningen og videoafhøringen, så børnenes egne stemmer bliver hørt i processen.

For det andet er der fokus på det tværfaglige og -sektorielle samarbejde om barnet. Samarbejdet om børn, hvor der er mistanke om, at de har været udsat for vold i nære relationer, involverer mange forskellige sektorer. Hvis samarbejdet mellem disse sektorer ikke fungerer optimalt, går det ud over barnet. Tværfagligheden gør sig gældende i undersøgelsen af barnet, hvor et retsmedicinsk team sikrer en helhedsorienteret undersøgelse af barnet. Den objektive retsmedicinske undersøgelse bidrager til at styrke retssikkerheden og bidrager herudover til opsporing af sundhedsproblematikker hos barnet, så relevant opfølgning hos læge, kommune mm. kan blive igangsat. Der er også fokus på samarbejdet uden

for selve undersøgelsesrummet, hvor alle sektorer, for at bidrage til et godt samarbejde, må tage del i et fælles ansvar for de processer, der går forud og kommer bagefter, at de selv er involveret.

Viden og erfaringer fra børneinterviews og interviews med professionelle vil blive præsenteret i en afsluttende erfaringsopsamling, når projektperioden slutter i 2022. I erfaringsopsamlingen vil der også blive givet et bud på 'best-practice' for det fremtidige tværsektorielle samarbejde i forhold til børn som ofre for vold.

En række forskningsprojekter er desuden knyttet til projektet (se tidligere tabel 1) og vil på længere sigt kunne bidrage med vigtig viden om børnenes sundhed og tandstatus, der bl.a. kan anvendes i fremtidigt arbejde med opsporing af børn udsat for vold, herunder sundhedsplejersker, praktiserende læger og den kommunale tandpleje. Forskningsprojekterne vil også bidrage med viden om læsionsmønstre hos de undersøgte børn, og med analyser af, hvilke børn der hyppigst udsættes for vold, samt hvilke typer af vold de udsættes for. Denne viden kan bidrage til at skabe en mere kvalificeret udvælgelsesprocedure fremover i forhold til, hvilke børn der, i forbindelse med en videoafhøring, bør undersøges retsmedicinsk.

LITTERATUR

Bakketeig, E., Berg, M., Myklebust, T., & Stefansen, K. (2012). *Barnehusevalueringen 2012, delrapport 1: Barnehusmodellens implikasjoner* for politiets arbeid med fokus på dommeravhør og rettsmedisinskundersøkelse. Oslo: PHS Forskning.

Børnerådet (2014). *FN's Børnekonvention*. København: Børnerådet. https://www.boerneraadet.dk/media/87197/BRD_FN_Boernekonventionen.pdf

Børnerådet (2016). Børnenotat 1/16. *Erfaringsopsamling: Børns oplevelser af Barnehusene*. København: Børnerådet.

Forandringsfabrikken (2019). Rapport: *Rett og sikkert*. Oslo: Forandringsfabrikken.

Herbert, J. L., & Bromfield, L. (2016). *Evidence for the Efficacy of the Child Advocacy Center Model. Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3), 341–357.

Jackson, S.L., & National Institute of Justice, U.S. (2004). *A Resource for Evaluating Child Advocacy Centre*. Washington DC: Dept. of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
<https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/192825.pdf>

Janßen, K., Greif, D., Rothschild, M. A., & Banaschak, S. (2017). *Relevance of medical reports in criminal investigations of cases of suspected child abuse*. *International Journal of Legal Medicine*, 131(4), 1055-1059. doi:10.1007/s00414-017-1533-6

Johansson S., Stefansen K., Bakketeig E., Kaldal, A. (2017). *Implementing the Nordic Barnahus Model: Characteristics and Local Adaptions*. I: Johansson S., Stefansen K., Bakketeig, E., Kaldal A. (Red.) *Collaborating Against Child Abuse* (pp.1-31). Palgrave Macmillan, Cham. Lyk-

Jensen, S.V., Bøg, M., & Lindberg, M.R. (2017). *Børn, der oplever vold i familien – omfang og konsekvenser*. København, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 17:02.

Myhre, M. C., Syringen, F., & Augusti, E. M. (2019). *Helse hos barn som kommer til Statens Barnehus*. I: Skjørten, K., Bakketeig, E., Bjørnholt, M., & Mossige, S. (Red.) *Vold i nære relasjoner: Forståelser, konsekvenser og tiltak* (pp. 270-286). Oslo: Universitetsforlaget. doi:10.18261/9788215032320-2019-15.

Socialstyrelsen (2019). *Tegn og reaktioner på vold*. Odense: Socialstyrelsen.

<https://socialstyrelsen.dk/born/overgreb/seksexuelle-og-voldelige-overgreb/fysiske-og-psykiske-overgreb/tegn-og-reaktioner-pa-vold>

Socialstyrelsen (2020). *Årsstatistik om de danske Børnehuse 2019*. Odense: Socialstyrelsen.

OM FORFATTERNE

Maria Balsløv er uddannet syge- og sundhedsplejerske og har desuden en master- og projektlederuddannelse. Maria er ansat som projektsygeplejerske ved Retspatologisk Afdeling, Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet, og er med til at foretage de retsmedicinske screeninger i Børnehus Hovedstaden samt har en koordinerende funktion i projektet.

Ida Haahr-Pedersen er sociolog fra Københavns Universitet og er ph.d. i psykologi fra Trinity College Dublin. I projektet arbejder Ida med vidensindsamlingen vedrørende børns oplevelser af den retsmedicinske undersøgelse og videoafhøringen.

Anne Birgitte Dyhre Bugge er speciallæge i retsmedicin og overlæge ved Retspatologisk Afdeling, Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet. Anne er faglig koordinator på projektet og medvejleder på et tilknyttet ph.d.-projekt.

Anders Raastrup Kristensen er lektor ved Retspatologisk Afdeling, Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet og har en ph.d. i ledelse fra Copenhagen Business School. Anders undersøger som et led i projektet, hvad der fremmer og hæmmer det tværsektorielle samarbejde i børnehusregi.

René Nicolai Jensen er politikommissær ved Københavns Politi, leder af Sektionen for overgreb på børn samt fagansvarlig for sagsområdet.

Pernille Spitz er psykolog og leder af Børnehus Hovedstaden. Pernille er projektleder og er en del af projektets styregruppe.

Brian Belling er centerchef hos Center for Special Efterforskning ved Københavns Politi. Brian er en del af projektets styregruppe.

Jytte Banner er professor og statsobducent ved Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet. Jytte er en del af projektets styregruppe.

KAPITEL 4

BØRN OG UNGE MED SEKSUELT BEKYMRENDE ELLER KRÆNKENDE ADFÆRD OVER FOR BØRN

Mimi Strange



Med udgangspunkt i JanusCentret beskriver dette kapitel vidensindsamlingen og det vidensbaserede arbejde i forhold til børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd, herunder fokus på kommunal opsporing og indsatser over for målgruppen.



INDLEDNING

Opsporing, udredning og behandling af børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd over for andre børn er et nyere indsatsområde i Danmark end indsatser i forhold til børn, der er ofre for seksuelle overgreb. Siden 2003 har vi i Danmark haft en systematiseret indsats i forhold til målgruppen (Stevnhøj & Strange, 2016).

Kapitlet vil gennemgå den vidensindsamling, udvikling af indsatser og behandlingstilbud, der er sket i de forløbne 18 år, så professionelle kan stille så skarpt som muligt på de nødvendige vidensbaserede og forebyggende indsatser på et fagligt grundlag. Siden den første antologi om seksuelle overgreb mod børn og unge, som Forskningsnetværket udgav i 2006, er der sket meget i forhold til såvel indsatser som viden om målgruppen.

Der er tale om en gruppe børn og unge, der for manges vedkommende er meget udsatte og udfordrede, ligesom deres forældre er det. Vi ved nu, at i cirka en tredjedel af tilfældene med overgreb mod børn er den krænkende part et andet barn. For de krænkende børns vedkommende gør det sig gældende, at cirka en tredjedel selv har været ofre for seksuelle overgreb – oftest begået af et andet barn eller ung (uddybes i JanusCentrets statusrapport 2020 og kapitel 6 i denne antologi).

Data om 600 børn og unge i JanusCentrets database (der er den første danske dataindsamling på området) og erfaringer fra klinisk praksis i forhold til målgruppen, dokumenterer baggrunden for deres adfærd, deres vanskeligheder og behov ligesom en række erfarings- og vidensindsamlinger samt evalueringer igennem årene kan belyse og give grundlag for vidensbaserede indsatser.

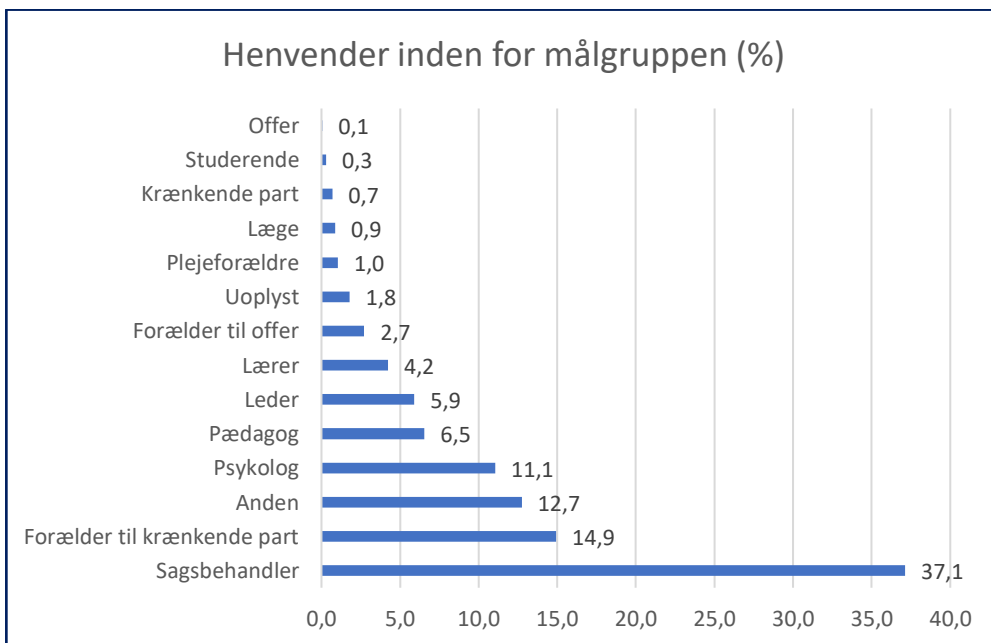
Det "dobbelte" blik på målgruppen og indsatserne, både fra JanusCentrets egne erfarings- og vidensindsamlinger og tilsvarende fra eksterne forskningsinstitutioner, bidrager tilsammen til et nuanceret billede af målgruppen og kan danne baggrund for vidensbaserede, helhedsorienterede og forebyggende indsatser.

Der er skabt en øget viden om målgruppen blandt fagpersoner, hvilket gør, at der bedre opfanges tidlige tegn på mistriksel og bekymrende seksuel adfærd hos børn, så der dermed kan interveneres tidligere. Ikke mindst vidensforankring blandt socialforvaltningernes børne/myndigheds-sagsbehandlere er essentiel. Der er dog stadig mange børn, der får hjælpen

senere end påkrævet. Den omfattende telefonrådgivning, som klinikkerne yder, peger på, at professionelle inden for mange forskellige områder er usikre på, hvad de skal være opmærksomme på, hvad de overser, bagatelliserer eller overvurderer. Se, hvem der henvender sig om telefonrådgivning, i figur 1.

Tilbuddene til børn og unge med seksuelle adfærdsproblemer og deres forældre med flere har udviklet sig meget siden 2003. I de første ti år var der udelukkende tilbud i JanusCentret i København; siden 2014 kom der klinikker til i både Århus og Ålborg, knyttet an til de respektive kommuner. Siden 2018 har JanusCentret også haft klinik i Odense, hvilket har givet mulighed for bedre og lettere betjening af Syddanmark. Der er således adgang til landsdækkende, specialiserede tilbud til målgruppen. JanusCentret har vidensindsamlet systematisk fra klinikarbejdet, og siden 2014 har centret været statsfinansieret, landsdækkende videnscenter med indsamling af data, også landsdækkende.

Figur 1: Telefonhenvendelser fordelt på henvender angivet i procent (N=1727)



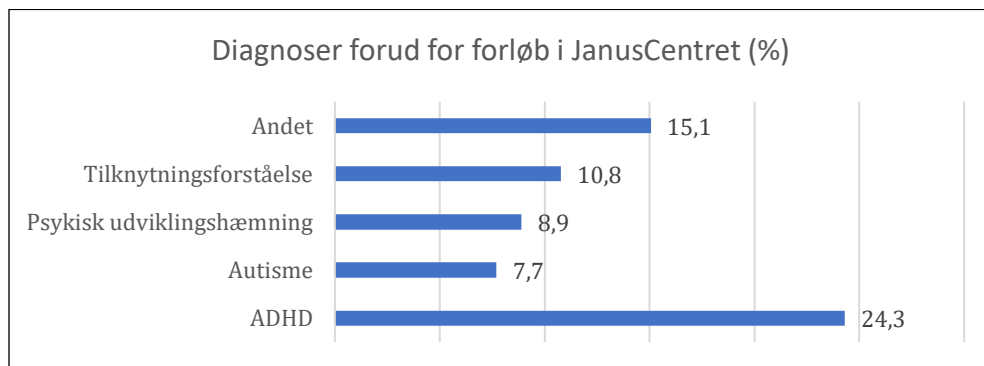
Endelig skal det understreges, at gruppen af klienter i JanusCentret og det landsdækkende netværk er en udvalgt klinisk population, idet der er tale om børn og unge, der har været seksuelt grænseoverskridende over for andre børn (fortrinsvist under 12 år), da klinikkerne er en del af indsatsen til forebyggelse af seksuelle overgreb mod børn. Unge med overgrebsadfærd over for jævnaldrende er således som oftest ikke en del af gruppen (medmindre der er tale om såkaldt "cross over", det vil sige overgreb begået mod både børn og jævnaldrende). Børn og unge, der har været henvist til JanusCentret på grund af seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd, omtales som klienterne. De børn, der har været udsat for deres adfærd, kaldes ofrene.

Alle børn er henvist af socialforvaltningen, og udredning/behandling sker i samarbejde med myndighedssagsbehandleren, finansieret af kommunen eller via VISO.

HVAD KARAKTERISERER GRUPPEN AF BØRN OG UNGE, DERES FORÆLDRE OG OFRE?

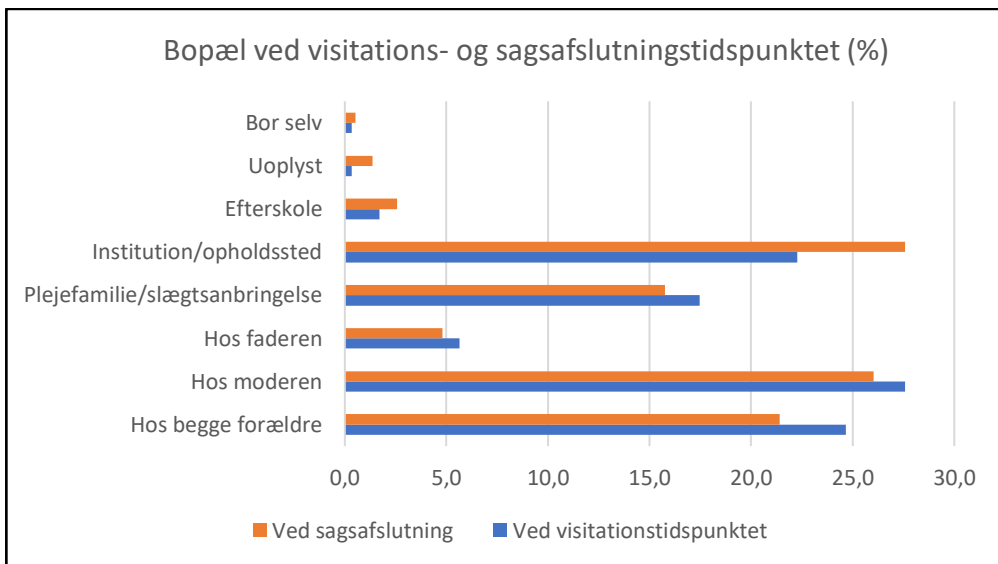
Der er tale om en overvejende udsat gruppe børn og unge med mange udfordringer i form af at være ofre for og/eller vidne til vold og overgreb (fysisk, psykisk og/eller seksuelt), have neuro-psykiatriske vanskeligheder (figur 2), sociale og følelsesmæssige vanskeligheder mv. Ofte ses flere forskellige risikofaktorer, der tilsammen skaber en øget udsathed. Se også kapitel 5 om overgreb og autisme.

Figur 2 Procentmæssig fordeling af diagnoser, klienterne har fået konstateret forud for visitationen til JanusCentret



Vi har tidligere offentliggjort data om, at en del af klienterne har været udsat for polyviktisering. Her ses en del klienter, hvor mængden af overgreb og andre potentielt viktiserende hændelser er særligt høj (JanusCentrets Statusrapport XIV, s 45). Mange er anbragt uden for eget hjem før henvisning til udredning/behandling for seksuelle adfærdsproblemer, se opgørelse i figur 3.

Figur 3: Procentmæssig fordeling af klienternes bopælssituation på visitationstidspunktet og ved sagsafslutning (N=584)

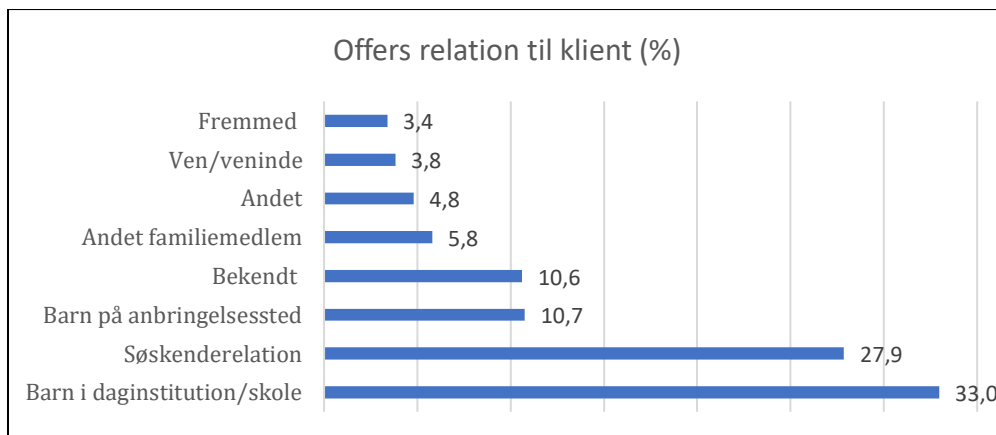


36% har været i kontakt med børnepsykiatrisk klinik før henvisning til JanusCentret, og næsten halvdelen har været i kontakt med PPR, rådgivningscenter eller privat psykolog. Der er overvejende tale om drenge, mens piger med bekymrende seksuel adfærd udgør 15%. Aldersmæssigt spreder de sig fra 4 til 18 år, men med flest børn og unge i 11-14-årsalderen (de første år var indsatsen rettet mod de 12-18-årige, men den blev siden udvidet til også at omfatte de 4-12-årige).

Viden om ofrene for seksuelle grænseoverskridelser fra andre børn og deres indbyrdes relation er vigtig, ikke mindst i forhold til forebyggelse.

Der er altovervejende tale om, at ofre og krænkende part kender hinanden. Det er overvejende børn, der færdes på de samme arenaer (daginstitutioner, skoler, opholdssteder, nabobørn mv.) eller søskende, der udgør en fjerdedel, se fordeling af relationerne i figur 4. Ofrene for andre børns overgreb er næsten ligeligt fordelt, hvad angår køn, og oftest under 12 år.

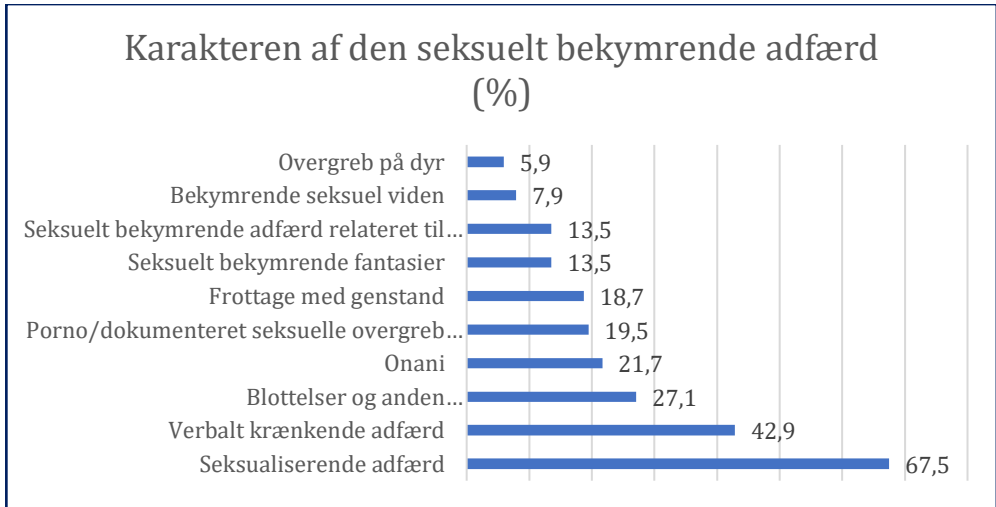
Figur 4: Offers relation til klient



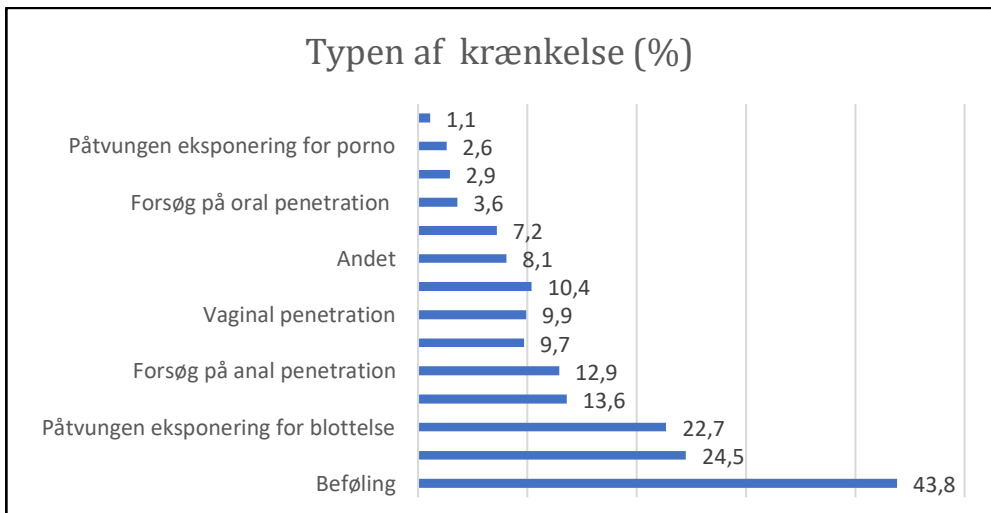
Hvad angår de seksuelle adfærdsproblemer, skelnes der mellem seksuelt bekymrende adfærd (Sexual Behaviour Problem) og seksuelt krænkende adfærd (Sexual Harmfull Behaviour). De seksuelle grænseoverskridelser og/eller krænkelser udgør et kontinuum fra verbale krænkelser, blufærdighedskrænkelser, over beføling og til egentlige seksuelle overgreb. Det vil sige fra "hands off" til "hands on". Se uddybning i figur 5, der viser den udviste seksuelt bekymrende adfærd, og figur 6, der viser typen af krænkelser.

Et nok så bekymrende fund i data er, at mange børn har haft seksuelt bekymrende adfærd længe forud for visitation til klinikken. Det vil sige før der er sket et overgreb på et offer. Oplysninger om forældrene fortæller os, at de ofte selv er en udsat gruppe med mange vanskeligheder – og flere end gennemsnitsbefolkningen (Statusrapport XVII). En øget indsigt i klienternes familiebaggrund skaber forståelse for klienternes sociale baggrund og opvækstvilkår samt indsigt i de udfordringer, der knytter sig til klienternes opvækstvilkår.

Figur 5: Procentmæssig fordeling af typer af seksuelt bekymrende adfærd (N=406)



Figur 6: Typen af krænkelse (N=719)

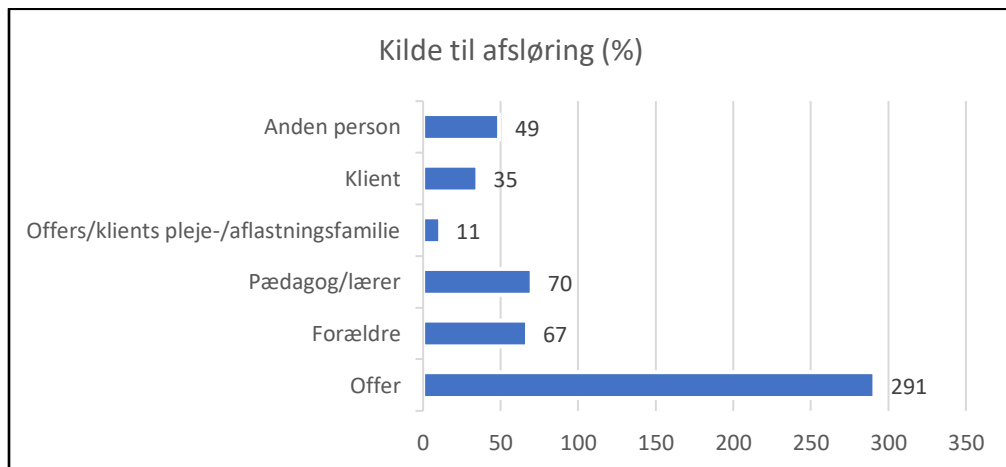


Relationelle vanskeligheder i familien, herunder psykisk vold mod klienten eller internt mellem familiemedlemmer, ser ud til at tegne et billede af en stor del af gruppen af børn med seksuelt problematisk adfærd. Vores opgørelser viser, at 55% har været vidne til fysisk vold, 61% vidne til psykisk vold, og en tredjedel har været vidne til seksuelle overgreb i familien.

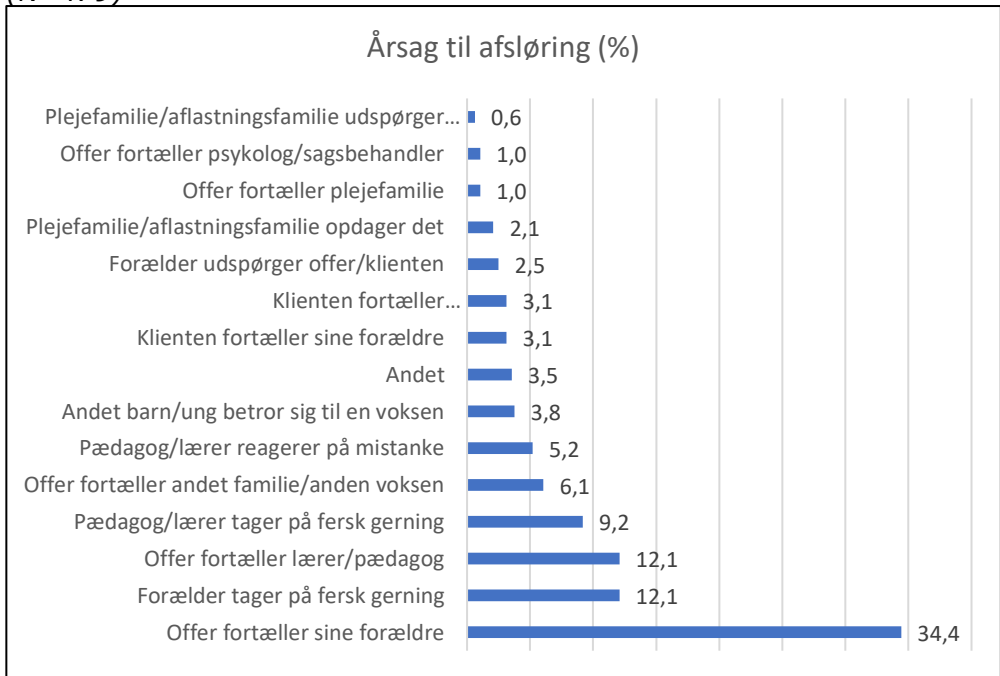
Dette kan medføre svære sociale vanskeligheder og være medvirkende årsag til, at klienterne selv overskrider andres grænser.

Afsløring af seksuelle overgreb imellem børn – det vil sige, hvordan det kommer til andres kendskab, at der er begået et overgreb – er ikke særligt belyst. Den eksisterende forskning på området omhandler hovedsageligt afsløring (disclosure) efter seksuelle overgreb begået af en voksen (Azzopardia et al., 2019). Det er centralt at afdække, hvordan det kommer til vores kendskab, når der er tale om børn, der har været udsat for seksuelle grænseoverskridelser, idet konsekvenserne af fortielse af et overgreb kan have voldsomme konsekvenser for de involverede. Intervention i forhold til såvel ofret som den krænkende part og omsorgspersoner/netværk forudsætter, at krænkelser opdages. Se figur 7 om kilde til afsløring og figur 8 om årsager til afsløring af overgreb.

Figur 7: Procentmæssig fordeling over hvem, der afslører overgrebet (N=523)



Figur 8: Procentmæssig fordeling af, hvordan overgrebet afsløres (N=479)



FORLØBSUNDERSØGELSE AF KLIENTGRUPPEN I JANUS-CENTRET

I 2016 bad JanusCentret Socialforskningsinstituttet (SFI) om at udarbejde en analyse af de 400 børn og unge, som vi på daværende tidspunkt havde oplysninger om, med udgangspunkt i registerdata. Formålet med undersøgelsen var dels at belyse klientgruppens familiebaggrund i forhold til socioøkonomiske faktorer, og dels at belyse, hvordan det går klienterne i dag i forhold til uddannelse, beskæftigelse, helbred og kriminalitet (for de ældre klienters vedkommende).

I analyserne af henholdsvis klienternes familiebaggrund og af, hvordan det er gået dem, sammenlignes klientgruppen med to andre grupper af børn og unge (og deres forældre). Klienterne ved JanusCentret sammenlignes med gruppen af børn og unge, der er eller har været anbragt

uden for hjemmet, samt gruppen af børn og unge, der ikke har været anbragt og ikke har været i kontakt med JanusCentret. Ved at inddrage disse to andre grupper af børn, unge og deres forældre bliver det muligt at sammenligne og sætte klienternes og deres forældres sociale baggrund i forhold til en udsat gruppes baggrund (de anbragte børn og unge) samtidig med, at det fremlægges, hvordan det generelt ser ud for ikke-udsatte børn og unge i Danmark (SFI, 2016, side 2). Her gives en kortfattet gennemgang af de vigtigste pointer, og den interesserede læser henvises til at læse sammenfatningen i sin helhed eller Statusrapport XIII, som begge er tilgængelige på JanusCentrets hjemmeside.

Vedrørende klienternes forældre ses en udsathed svarende til den, der er beskrevet i det tidligere afsnit. Forældrenes udsathed er ikke helt som anbragte børns forældre, men stadig udsat på mange punkter, når demografiske, socioøkonomiske og helbredsmæssige faktorer holdes op mod gruppen af forældre til ikke-udsatte børn. Det konkluderes, at der er god grund til at forvente, at klienterne har stor risiko for at ende i gruppen af udsatte børn og unge på samme måde som anbragte børn. Klienterne udviser samme udsathed som deres forældre. Særligt i forhold til uddannelse, helbred og seksualforbrydelse (enten som offer eller krænker) er klienterne i JanusCentret mere udsatte end gruppen af anbragte børn. Der er derfor god grund til at forvente, at de har brug for omfattende støtte og vejledning i voksenlivet.

I forhold til uddannelse ligger klienterne på niveau med de mest udsatte ungegrupper i Danmark. 85% af klienterne, der på daværende tidspunkt var mellem 18 og 27 år, har ikke afsluttet andet end grundskolen (tilsvarende gælder det for 77% af de tidligere anbragte). I forhold til det psykiatriske område skiller klienterne sig også ud. 60% af klientgruppen har en eller flere psykiatriske diagnoser (mod 41% i gruppen af anbragte og 6% af ikke-udsatte børn). Svarende til beskrivelse i datasættet fra JanusCentret i det tidligere afsnit ses en overrepræsentation af adfærdsmæssige, følelsesmæssige og sociale forstyrrelser samt ADHD-lignende udfordringer og tilknytningsforstyrrelser med flere.

Der er en stor overforekomst af anbringelser blandt klienterne, og mange af klienterne har forældre, der også selv har været anbragt uden for hjemmet i løbet af opvæksten. Sammenlignet med ikke-udsatte er klienterne også overrepræsenterede i forhold til at modtage forebyggende foranstaltninger (dvs. foranstaltninger til børn, der bor hjemme). Som det også er dokumenteret i nyeste data (Statusrapport XVII), er børnene,

allerede inden de henvises til JanusCentret, i kommunernes søgelys som udsatte børn med behov for støtte.

I forhold til recidiv i forhold til seksuelle krænkelser ses det, at 5% af den samlede klientgruppe på 15 år eller derover er registreret som krænker i kriminalstatistikken. Antallet af sædelighedsforbrydelser er generelt lavt på tværs af de tre grupper. De få domme givet til (tidligere) klienter i JanusCentret er dog andelsmæssigt større end andelen i de to andre grupper.

Også i forhold til selv at være offer for en seksualforbrydelse er klienterne ved JanusCentret overrepræsenterede. Det er især tydeligt blandt de yngste klienter. Blandt børn i alderen 3-14 år er 10% af klienterne ved JanusCentret registreret som ofre. Til sammenligning er 3% af de anbragte 3-14-årige og 0,3% af ikke-udsatte registreret som ofre for en seksualforbrydelse i offerstatistikken (SFI, 2016 side 6). Samlet set viser forløbsundersøgelsen, at klientgruppen er meget udsat, og at de, også efter, at det er opdaget, at de har seksuelle adfærdsproblemer, har brug for omfattende hjælp og beskyttelse; også i forhold til at blive udsat for overgreb sidenhen.

LANDSDÆKKENDE VIDENS- OG ERFARINGSOPSAMLING OM INDSATSER

I 2016 foretog KORA¹ en opsamling af erfaringerne fra satspuljeprojektet "Børn, der krænker børn" 2013-2016 (Kora 2017). Der er tale om en rapport, der opsamler viden om målgruppen, samarbejde med kommunerne og deres håndtering af sagerne samt deres behov for indsatser i forhold til de tre behandlingssteder JUNO ved Aarhus Kommune, SEBA ved Aalborg Kommune og JanusCentret i København.

Svarende til både JanusCentrets rapporter og SFI's forløbsundersøgelse konkluderes det i denne erfaringsopsamling om den landsdækkende indsats med en mindre gruppe af klienter, at der er tale om en udsat gruppe med mange komplekse vanskeligheder. Da resultaterne svarer til de ovenfor beskrevne, vil her udelukkende blive fremhævet Ankestyrelsens gennemgang af sager i en række kommuner om børn og unge, der har

¹ KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, var en dansk analyse- og forskningsorganisation. I 2017 blev KORA og SFI slået sammen til VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

udvist seksuelt krænkende adfærd over for andre børn og unge, eller hvor der er mistanke herom. Ankestyrelsens gennemgang indgår som en del af KORA-rapporten. Erfaringsopsamlingen har særligt fokus på kommunernes opsporing af målgruppen, visitering af målgruppen til udredning og behandling samt på kommunernes opfølgning på sagerne. Når særligt Ankestyrelsens gennemgang af sager i en række kommuner trækkes frem, skyldes det, at de kommunale sagsbehandlere er krumtappen, når sager med børn med seksuelle adfærdsproblemer skal håndteres, og derfor er særligt denne gruppe professionelle helt centrale. Vidensindsamlingen i forhold til såvel opsporing, visitering som opfølgning er af særlig interesse i forhold til den specialiserede indsats med anbefalinger til det videre arbejde, der foretages i klinikkerne med børn og unge med seksuelle adfærdsproblemer.

Vedrørende opsporing finder Ankestyrelsen, at kommunerne i 2/3 af sagerne bliver opmærksomme på barnets eller den unges seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd gennem underretning fra skole, børnehave og/eller klub. Derudover opspores de resterende gennem underretning fra sygehusvæsen, PPR, psykiatri, politi, forældre eller andre kommuner. Vedrørende visitation til udredning finder Ankestyrelsen, at i godt halvdelen af de sager, hvor der er foretaget en børnefaglig undersøgelse, er der igangsat en udredning sideløbende med undersøgelsen. Disse udredninger foretages af de specialiserede tilbud (JanusCentret, JUNO (Aarhus) eller SEBA (Aalborg)) eller af kommunernes egne psykologer. Det vurderes, at de udredninger, der er gennemført af de specialiserede tilbud, i høj grad er relevante. Udredninger, der er foretaget af kommunens egne psykologer, vurderes også som relevante, men det konkluderes i disse konkrete sager, at kommunerne med fordel kunne have rådført sig med et mere specialiseret tilbud. Endelig påpeges det, at der er et gennemgående problem i de børnefaglige undersøgelser, nemlig at den specialiserede viden, der er indhentet, ikke anvendes tilstrækkeligt i de børnefaglige undersøgelser. I de sager, hvor der ikke er iværksat en udredning i forbindelse med den børnefaglige undersøgelse, vurderer den børnesagkyndige konsulent, at der mangler en tilstrækkelig afdækning af barnets/den unges adfærd. I enkelte sager henvises til udredning efterfølgende på baggrund af den børnefaglige undersøgelse.

I forhold til visitation til behandling/støtte efter den børnefaglige undersøgelse/opfølgning vurderes det, at der i hovedparten af sagerne er truffet beslutning om iværksættelse af støtte til barnet/den unge. I de fleste sager er der iværksat relevant støtte. I nogle sager mangler der

relevant støtte, og der henvises til, at anbefalinger fra de specialiserede fagpersoner ikke er fulgt.

Ud fra gennemgang af sager, interviews med sagsbehandlere mv. konkluderes blandt andet følgende vedrørende opmærksomhedspunkter (Kora 2017, side 53):

- Kommunen bør have et helhedsorienteret syn på barnets eller den unges forhold og bruge underretningen til at reflektere over og forstå de mulige årsager til barnets eller den unges seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd.
- Kommunen bør foretage en grundig afdækning af forældrenes forhold og deres evner til at tage vare på barnet eller den unge.
- Igangsættelse af støtteforanstaltninger bør ske på baggrund af en udredning af barnets eller den unges problemstillinger.
- Kommunen skal have fokus på opfølgning og revision af handleplaner, så der er overensstemmelse mellem handleplanen og den indsats, der arbejdes på.

I de sager, hvor indsatsen vurderes at have været tilstrækkelig, vurderes det (Kora 2017, side 51):

- Kommunen handler hurtigt og målrettet på underretningen og afdækker tidligt barnets eller den unges perspektiv.
- Der er stort fokus på barnets eller den unges seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd i sagsbehandlingen.
- Der iværksættes hurtigt og tidligt relevante og nødvendige undersøgelser, og der inddrages relevante fagpersoner.
- Der er hyppig inddragelse af forældrene og relevant belysning af deres forhold.

I de sager, hvor indsatsen ikke vurderes tilstrækkelig, ses følgende kendetegn (Kora 2017, side 51):

- Der mangler et helhedsorienteret syn på barnets eller den unges forhold.

- Der bliver anlagt et forsimplet perspektiv på sagsbehandlingen med manglende refleksion over og forståelse for den mulige årsag til barnets eller den unges seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd. Det kommer f.eks. til udtryk i form af overfladiske børnefaglige undersøgelser og ukonkrete handleplaner.
- Den indhentede specialviden bliver ikke brugt til at reflektere over baggrunden for barnets eller den unges adfærd.

I interviews med sagsbehandlere fokuserer Ankestyrelsen på, hvilke udfordringer sagsbehandlerne møder i arbejdet med sager med børn med seksuelle adfærdsproblemer, samt hvilken viden de efterspørger. Ankestyrelsen peger på, at (Kora 2017, side 53):

- Sagerne om børn, der krænker andre børn, indgår i kommunerne som del af den almindelige sagsfordeling, og sagsbehandlerne har ikke en specialviden i form af kurser eller kvalitetsløft i forhold til sagerne.
- Der er flere fællestræk i kommunernes håndtering af disse sager. F.eks. forklares det, at man som det første kontakter politiet med henblik på rådgivning og sparring om en eventuel politianmeldelse af overgrebet.
- De interviewede sagsbehandlere peger på, at samtalen med barnet eller den unge og forældrene er svær, da sagsbehandlerne ikke er specielt rustet til samtalen.
- De interviewede sagsbehandlere efterspørger mere viden om at afgrænse barnets eller den unges vanskeligheder i forhold til, hvad der kan betragtes som en almindelig seksuel nysgerrighed hos barnet eller den unge, og hvad der er en egentlig seksuelt bekymrende og seksuelt krænkende adfærd.
- De interviewede sagsbehandlere peger på, at opsporingen af målgruppen kan styrkes – særligt i skoler og daginstitutioner.

Ankestyrelsens undersøgelse viser således, at der er behov for uddannelse og opkvalificering af kommunale sagsbehandlere i forhold til målgruppen. Ligeledes er der behov for hjælp til kommunerne til tidlig opsporing i dagtilbud og skoler.

JANUSCENTRETS INDSATSER OVER FOR MÅLGRUPPEN

I det følgende beskrives de vigtigste vidensbaserede indsatser, der udføres i JanusCentrets klinikker med baggrund i den ovenfor dokumenterede viden om målgruppen.

Visitation af børn/unge til JanusCentret sker altid via socialforvaltningens børnesagsbehandler (myndighedssagsbehandler) efter bevilling af forløb eller visitation til VISO².

Efter visitation udføres:

1) Psykologisk testning (Rorschach, WISC/WIPPSI/WAIS og TOVA) af psykologspecialist, der kortlægger barnets styrker og vanskeligheder, kognitivt niveau, følelsesforvaltning, personlighedsstruktur samt opmærksomhedsforstyrrelser mv. Efterfølgende har

2) klinisk børnepsykolog interviews/samtaler med barnet (semistruktureret spørgeguide) om henvisningsårsag, aktuelle livsvilkår, barnets perspektiv etc. på en alderstilpasset måde, sideløbende med, at

3) børnesocialrådgiver interviewer forældre og andre relevante i netværket, herunder skole, daginstitution, klub, anbringelsessted mv. (ligeledes med struktureret spørgeguide).

Disse tre kilder til oplysninger om barnet og nærmeste omgivelser analyseres og munder ud i en rapport med konkrete anbefalinger til socialforvaltningen om fremtidig indsats. Der er oftest tale om anbefalinger både i forhold til barnet, til forældre, netværk, skole og andre fagprofessionelle, herunder anbringelsessted og eventuelt henvisning til børnepsykiatrisk udredning, da der anlægges et helhedsorienteret perspektiv, hvor den seksuelle adfærd oftest kun er én blandt flere faktorer eller symptomer, der skal adresseres.

Den psykologiske undersøgelse afleveres i en særskilt rapport uden beskrivelse af henvisningsadfærden og kan selvstændigt bruges til at sikre barnet den bedste skolegang og indsatser i øvrigt. Ovenstående undersøgelse suppleres med traumascreening og risikovurdering i forhold

² VISO rådgiver i de mest specialiserede sager på socialområdet og specialundervisningsområdet.

til recidiv mv. ud fra en konkret vurdering af det enkelte barns problematik, alder med mere.

Vurdering af behandlingsbehov foretages i hver enkelt sag og kan munde ud i forskellige tiltag:

1) Netværksforløb: I sager, hvor barnet har en eller flere neuropsykiatriske diagnoser (særligt i kombination med udviklingshæmning og autisme), tilbydes ofte netværksbehandling. Her deltager barnet/den unge sammen med de primære omsorgspersoner samt skole eller andre relevante fagpersoner i et struktureret forløb med moduler for hhv. behandling, supervision og undervisning. Baggrunden for udvikling af netværksforløb er, at de mange børn med neuropsykiatriske lidelser kalder på en mere netværksbaseret model, hvor de voksne efter behandlingsforløbets afslutning kan fortsætte det recidivforebyggende og personlighedsudviklende arbejde med særligt fokus på at forstærke sociale kompetencer mv. hos barnet ud fra den indlærte viden (se Statusrapport XVI 2003-2018, Schmidt-Rasmussen, V. 2020 og Strange, M 2021). Se også kapitlet i denne antologi om klienter med autisme og overgreb.

2) Parallelførløb: I nogle sager vurderes det, at barnet har glæde af et individuelt behandlingsforløb hos klinisk børnepsykolog, mens forældre/plejeforældre tilbydes et rådgivningsforløb hos børnesocialrådgiver.

3) Mediationer: I de sager, hvor det er muligt, tilbydes der mediationsforløb, det vil sige møder mellem offer og krænkende part. Metoden har været anvendt i JanusCentret siden start og er særligt anvendelig i sager, hvor de to parter har en nær relation til hinanden (søskendeincestsager udgør ¼ af sagerne). Ved mediationsmødet får ofret mulighed for at få svar på sine spørgsmål til den krænkende part samt modtage en undskyldning. For den krænkende part giver det mulighed for at påtage sig ansvaret for de seksuelle grænseoverskridelser. For forældrene er det betydningsfuldt at overvære mødet og tage de første skridt mod en heling i familien (Tofte, 2017; Baadsgaard, 2016; Strange, 2016).

Ofte suppleres behandlingsindsatser med supervision og undervisning i forhold til målgruppen. I atter andre sager ydes der primært rådgivning til barnets primære omsorgspersoner, professionelle i nærmiljøet med flere.

Bekymringsbarometret, som JanusCentret udviklede for en del år siden, er hyppigt anvendt af professionelle og bidrager til viden, der ofte

efterlyses, nemlig om, hvordan man skelner mellem normativ og bekymrende seksuel adfærd, og hvad der er det tilstrækkelige indsatsniveau. Både Ankestyrelsens fund i interviews med sagsbehandlere i kommuner og de mange telefonrådgivninger, som JanusCentret har, understreger behovet for hjælp til at afklare, hvornår der er grund til bekymring, og hvilken indsats der er behov for.

OPSAMLING

Det kan konkluderes, at der er tale om en gruppe børn/unge med mange og komplekse problemstillinger, der kalder på mange forskellige sektors bevågenhed og samarbejde. Der er tale om mangeartede vanskeligheder, der omfatter det sociale område, det psykiatriske og psykologiske, det uddannelsesmæssige, det retslige og den forebyggende indsats i bredeste forstand. Alt i alt berører det en række ministeriers ressortområder: Socialministeriet, Børne- & Undervisningsministeriet, Sundhedsministeriet og Justitsministeriet al den stund, der er dokumentation for, at børnene er socialt udsatte og ofte kommer fra hjem med forældre med udsathed, ofte er anbragte, har store vanskeligheder med skolegang og uddannelse, har psykiatriske diagnoser og psykologiske vanskeligheder, og for en dels vedkommende også er i kontakt med retssystemet, enten som krænkende part eller (oftere) som offer.

Det kalder på samarbejde på tværs af sektorer og på tværs af fagprofessioner og understreger betydningen af, at de forskellige professionelle arbejder på et vidensbaseret grundlag. Forebyggelse er det største "buzzword" i denne kontekst, og forebyggelse kræver viden og indsats. Selvom der er grund til yderligere at forske i denne målgruppe, så må man altovervejende konstatere, at vi ved tilstrækkeligt meget – fra mange års forskning (Oldrup m.fl., 2016) i forhold til udsatte og omsorgssvigtede børn – om, at der er brug for tidlige indsatser og forebyggelse.

Den tidlige indsats er altafgørende for at undgå, at problemerne eskaleres, og at udsatte børn får personlighedsskader, tilknytningsforstyrrelser, udvikler grænseoverskridende adfærd, udsættes for traumatiske oplevelser, har manglende trivsel, manglende selvtillid som følge af, at de ikke har nogen form for succes i skole- og uddannelsessystemet, ikke kan klare sig selv økonomisk, når de går ind i voksenlivet, får vanskeligheder med selv at udfylde en kommende forældrerolle og så videre. Mange børn hjælpes for sent med store

omkostninger til følge – for barnet og for samfundet – såvel menneskeligt som økonomisk.

Den kommunale børne-/myndighedssagsbehandler er en krumtap i arbejdet med målgruppen, idet opsporing, visitation og opfølgning ligger i kommunen som del af den børnefaglige undersøgelse og opfølgning herpå. En forudsætning for, at myndighedssagsbehandleren får kendskab til børn med seksuelt bekymrende adfærd, er, at de professionelle, der er tæt på børnene i f.eks. daginstitutioner, skoler, PPR og døgntilbud, er klædt på til at opdage og reagere på adfærden på et tidligt stadium. Det er i dette kapitel flere gange nævnt, at det er et mål at kunne sætte ind tidligere, end tilfældet er nu – inden den seksuelt bekymrende adfærd udvikler sig til at blive en seksuelt krænkende adfærd. I det afsluttende kapitel i denne antologi kan der læses de anbefalinger, som denne artikels gennemgang af området – børn med seksuelle adfærdsproblemer – lægger op til.

Afslutningsvist skal det nævnes, at der i de andre nordiske lande og i Europa igennem årene har været stor interesse for den danske indsats i forhold til børn med seksuelt bekymrende adfærd, både behandling og forskning. JanusCentret har i den forbindelse holdt mange faglige oplæg ved internationale konferencer samt forestået undervisning og træning i en lang række lande. Ikke mindst er databasen med det første danske sample på 600 børn og unge enestående; især fordi der foreligger 600 psykologiske undersøgelser med det samme testbatteri.

LITTERATURLISTE

Azzopardia, C, Eirich, R, MacDonald, S & Madigan, S (2019). *A meta-analysis of the prevalence of child sexual abuse disclosure in forensic settings*. Child Abuse and Neglect, The International Journal, 291-304.

Baadsgaard, A (2016). Forældres deltagelse i mediationen: *Om at opnå forældres forståelse, accept og støtte til barnets deltagelse i mediation i møder mellem offer og krænker*, Frydenlund: en antologi om mægling i en terapeutisk ramme ved seksuelle overgreb.

Danmarks Statistik 2020. <https://www.dst.dk/da>

JanusCentret. (2021). Statusrapport XVII: 2003-2020
JanusCentret (2019). Statusrapport XVI: 2003-2018
JanusCentret (2018). Statusrapport XIV: 2003-2017
JanusCentret (2017). Statusrapport XIII: 2003-2016
<https://www.januscentret.dk/viden-og-vaerktoejer/statusrapporter/>

KORA (2017): *Børn der krænker andre børn; Erfaringsopsamling*.
Søndergård Petersen, H, Nøhr, K og Kloppenborg, HS. Det nationale
institut for kommuners og regioners Analyse og Forskning
<https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/born-der-kraenker-andre-born>

Oldrup, H, Christoffersen, M, Østergaard, S (2016): *Vold og seksuelle
overgreb mod børn og unge i Danmark 2016*, SFI: Det nationale
forskningscenter for velfærd

Mehlbye, J. & Hammershøi, A. (2006). *Seksuelle overgreb mod børn og
unge*. En antologi om forebyggelse og behandling. Afk forlaget

Schmidt-Rasmussen, V (2020). *Behandling af børn og unge med seksuelt
bekymrende adfærd med nedsat funktionsevne ved hjælp af
netværksforløb*. I Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, nr. 3, 2020

Schmidt-Rasmussen & Frahm, E. (2017). *Børn og unge, som er seksuelt
krænkende overfor andre. Hvem er de og hvorfor gør de det?* I
Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift nr. 4, Tema. Børn og seksuelle
overgreb – hvordan griber de professionelle det an?

Socialstyrelsen: Indsatstrappen
<https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/redskaber-til-styring-og-udvikling/indsatstrappen-1>

Stevnhøj, A. L. & Strange, M. (2016). *Børn og seksualitet*. Reitzels Forlag

Strange, M (2006). *Børn og unge med seksuelt grænseoverskridende
adfærd*. Mehlbye, J. & Hammershøi, A. Seksuelle overgreb mod børn og
unge. En antologi om forebyggelse og behandling. Afk forlaget

Strange, M. (2021). *Børn og unge med udviklingshæmning og
grænseoverskridende seksuel adfærd*. Seksualitet og udviklingshandicap.
Red. Nansen m fl. Forlaget Oligo, Center for oligofrenipsykiatri

Strange, M. (2016). *Når søskende gør hinanden fortræd. Om relevansen af mediation ved krænkelser i en betydningsfuld relation. I møder mellem offer og krænker*. Frydenlund: en antologi om mægling i en terapeutisk ramme ved seksuelle overgreb

Tofte, S. (2017). *Mediationer - et relationsforbedrende og traumereducerende behandlingsarbejde i seksuelle overgrebssager*. I Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, nr. 4. Tema: Børn og seksuelle overgreb- hvordan griber professionelle det an?

Årsrapporter om Det landsdækkende netværk
<https://www.januscentret.dk/viden-og-vaerktoejer/aarsrapporter-landsdaekkende/>

SEKUNDÆR LITTERATURLISTE

For særligt interesserede læsere er her henvisninger til nye forskningsartikler om børn med seksuelle adfærdsproblemer:

DeLago, C. et al. (2020). *Children who engaged in interpersonal problematic sexual behaviours*. Child Abuse and Neglect vol.105, July 2020

Jenkins, C.S. et al. (2020). *Preliminary findings of problematic sexual behaviour-cognitive-behavioural therapy for adolescents in an outpatient treatment setting*. Child Abuse and Neglect vol.105, July 2020

Shawler et al. (2020). *Early identification of youth with problematic sexual behaviour: A qualitative study*. Child Abuse and Neglect vol. 105, July 2020

Wamser-Nanney, R. & Cambell, C. L. (2020). *Childhood sexual abuse characteristics, abuse stress, and PTSS: Ties to sexual behaviour problems*. Child Abuse and Neglect vol.105, July 2020

OM FORFATTEREN

Mimi Strange er direktør i JanusCentret; autoriseret psykolog, klinisk børnepsykolog, specialist i psykoterapi og supervision. Mimi har været direktør for JanusCentret (klinikker & videnscenter) siden 2003 og udviklet såvel forskning som klinik inden for feltet børn og unge med seksuelle adfærdsproblemer. Mimi er foredragsholder nationalt og internationalt; underviser, supervisor mv. og har udgivet en række artikler, bogkapitler og bøger om seksuelle overgreb.

KAPITEL 5

SEKSUELLE OVERGREB OG BØRN OG UNGE MED AUTISME

Mette Elmoose, Line Engel Clasen, Siri Jonina Egede, Maj Hansen, & Mimi Strange



I dette kapitel gennemgås forskningsstudier og danske praksis-erfaringer i forhold til autisme som en mulig risikofaktor for selv at blive udsat for eller begå seksuelle overgreb blandt børn og unge.

INDLEDNING

Autismediagnosen er karakteriseret ved vanskeligheder med social interaktion og kommunikation, samt adfærd, der kan fremstå som rigid, begrænset og repetitiv eller være kendetegnet ved særlige interesseområder (American Psychiatric Association, 2013). Der er i den senere tid kommet en øget opmærksomhed på, at de sociale og kommunikative karakteristika samt de bagvedliggende kognitive og perceptuelle karakteristika kan betyde, at børn og unge med en autismediagnose er særligt sårbare for at begå eller blive udsat for krænkende adfærd, herunder seksuelt krænkende adfærd (Sevlever et al., 2013). Dette billede er også genkendeligt i Danmark hos JanusCentret, der arbejder med børn og unge med seksuelt krænkende adfærd (se også kapitel 4) og i Rigshospitalets Center for Seksuelle Overgreb (CSO, se også kapitel 6), der blandt andet arbejder med børn og unge, udsat for seksuelt krænkende adfærd.

I begge organisationer er der opmærksomhed på børn og unge med autisme, hvor diagnosen er kendt, og hvor der i løbet af et forløb opstår en mistanke om en mulig autismediagnose. Organisationerne oplever, at det er vigtigt at være opmærksom på autismediagnosen, da det har betydning for at kunne forstå barnets/den unges reaktioner og for at kunne tilpasse behandlingstilbuddet til barnets/den unges forudsætninger, således at der skabes en hensigtsmæssig udvikling for barnet/den unge og i deres netværk, og risikoen for fremtidige seksuelle krænkelser kan mindskes. Der er altså en opmærksomhed på gruppen samt et behov for yderligere viden om, hvorvidt gruppen faktisk er i øget risiko for at blive udsat for og/eller at begå seksuelle overgreb, og hvis det er tilfældet: Hvordan den øgede risiko kan forstås, og hvordan der bedst forebygges og intervenseres.

I nærværende kapitel giver vi indledningsvist en kort beskrivelse af autismediagnosen og nogle af de argumenter, der er fremført for autisme som en mulig risikofaktor for at blive udsat for eller begå seksuelle overgreb. Dernæst præsenterer vi eksisterende nationale og internationale forskningsstudier, efterfulgt af en præsentation af karakteristika ved de børn og unge med autisme, som JanusCentret og CSO kommer i kontakt med i forbindelse med deres daglige arbejde med børn og unge. Afslutningsvist fremhæver vi fremadrettede behov for forsknings- og praksisudvikling.

AUTISME DIAGNOSEN

Autismediagnosen stilles for cirka 1-2% af befolkningen, og oftere hos drenge end hos piger. Diagnosen stilles typisk i førskolealderen, men den stilles også senere og for nogle personer først i voksenalderen (Fombonne et al., 2021; Maenner et al., 2020). Udtrykket af de konkrete vanskeligheder og behovet for støtte kan variere meget fra person til person og i løbet af dennes udvikling. Autismediagnosen dækker således over en meget heterogen gruppe af personer: fra personer med et omfattende og gennemgribende behov for støtte til personer, der tager en videregående uddannelse, varetager et fuldtidsarbejde, etablerer egen familie og bor selvstændigt, men hvor der fortsat kan være et støttebehov i bestemte perioder eller i forhold til enkelte områder af livet. Forekomsten af en samtidig generel, intellektuel funktionsnedsættelse og/eller en manglende eller forsinket sprogudvikling er ofte associeret med mere udtalte vanskeligheder og større støttebehov (Lord et al., 2018, 2020). Et godt intellektuelt funktionsniveau kan være med til, at personen med autisme kan udvikle flere kompenserende strategier, så der ses et umiddelbart upåfaldende funktionsniveau.

Udfordringerne er, at det ofte kræver omfattende ressourcer af personen med autisme at opretholde dette funktionsniveau, og det kan ske på bekostning af personens psykologiske trivsel. Det kan desuden betyde, at de bagvedliggende vanskeligheder og behovet for støtte bliver usynligt, og at der derfor ikke tilbydes den støtte, der reelt er behov for (Livingston et al., 2019). Måske ses der derfor også over tid en høj forekomst af komorbid psykisk lidelse som eksempelvis angst og depression hos personer med autisme. Forekomsten af komorbid psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelser som ADHD eller Tourettes syndrom er typisk forbundet med mere komplekse vanskeligheder, en dårligere trivsel og livskvalitet og større vanskeligheder med uddannelse og arbejde (Lord et al., 2018, 2020).

FORSTÅElsen AF AUTISME SOM EN MULIG RISIKOFAKTOR FOR SEKSUELLE OVERGREB

Flere, forskere såvel som praktikere, har argumenteret for, at mennesker med autisme kan være i særlig risiko for at opleve potentielt traumatiske hændelser, herunder seksuelle overgreb, og efterfølgende traumatisering (Brown-Lavoie et al., 2014; Kerns et al., 2015; Seveler et al., 2013). Kerns et al. (2015) har præsenteret en transaktionel model til

at forstå forholdet mellem traumer, traumerelaterede vanskeligheder og autisme. Ifølge den transaktionelle model ses det, at autisme potentielt påvirker både hvilke og hvor mange potentielt traumatiske hændelser, personen oplever, samt hvordan de oplevede hændelser perciperes og bearbejdes. Forståelsen af hændelserne har betydning for, hvorvidt de potentielt traumatiske hændelser opleves som truende, og hvordan og i hvilken grad oplevelsen fører til udviklingen af eksempelvis posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) eller andre negative følgevirkninger. Endelig har det ligeledes en betydning for, hvordan disse følgevirkninger kommer til udtryk, og i hvilken grad det påvirker personens autismsymptomer.

Sociale og kommunikative vanskeligheder som at afkode nonverbale signaler, det verbale indhold og hensigter bag disse kan betyde, at det er sværere rettidigt at identificere uhensigtsmæssige eller risikofyldte situationer og relationer, og hvornår egen eller andres adfærd er grænseoverskridende. Hvis personen med autisme får registreret, at der er tale om en sårbar situation eller grænseoverskridende adfærd, så har de sociale og kommunikative vanskeligheder også betydning for, om og hvordan man kan komme ud af den konkrete situation igen. Dette kan kompliceres yderligere af vanskeligheder med at afkode, bearbejde eller regulere egne følelser. Nogle personer med autisme kan have svært ved at forstå egne og andres emotionelle responser i situationen. For nogen kan der også være tale om en forsinket processering, hvor ens egen emotionelle respons først registreres lang tid efter. Vanskeligheder med at regulere den emotionelle respons kan påvirke personens muligheder for at handle i situationen, især hvis der er tale om, at denne bliver overvældet af følelserne og eksempelvis "fryser" eller kommer i "kamp-modus".

De sociale, kommunikative og emotionelle karakteristika har sammen med andre kognitive karakteristika også betydning for den enkeltes udvikling og læring. Der kan det betyde, at personer med autisme har vanskeligheder med at udvikle en alderssvarende seksuel viden og adfærd, hvilket igen kan øge risikoen for at begå eller opleve seksuelt krænkende adfærd (Brown-Lavoie et al., 2014). Personer med autisme kan altså mangle væsentlig information for at forstå og handle relevant i forhold til den konkrete situation, den relationelle interaktion med den anden, og sin egen reaktion. Det giver en særlig sårbarhed over for situationer, hvor andre opleves at overskride ens grænser, eller dér, hvor andres grænser overskrides, også når adfærden kan have seksuel karakter. De sociale og kommunikative vanskeligheder kan desuden betyde, at andre kan

identificere personen med autisme som potentielt sårbar og dermed have lettere ved at manipulere og udnytte denne.

Udover de kognitive, sociale og emotionelle udfordringer og vanskeligheder beskrives for autismediagnosen forskellige typer af adfærd, der kan være problematisk for barnet eller den unge selv og/eller for omgivelserne. Adfærden kan have forskellige funktioner for den enkelte og på tværs af gruppen. Adfærden kan nogle gange afspejle en form for stressreaktion eller -håndtering i overvældende situationer; andre gange kan det afspejle en sensorisk optagethed, eller et særligt interesseområde, og andre gange igen kan der være tale om en kombination af disse. Adfærd, der kan være problematisk for den unge selv, kan eksempelvis være selvskadende adfærd eller selvstimulerende adfærd, der efter mange gentagelser kan blive selvskadende. Adfærd, der kan være problematisk for andre, kan eksempelvis være voldsom fysisk eller verbal adfærd som eksempelvis at råbe, sparke, slå eller kaste med ting. Adfærden kan i nogle tilfælde betragtes som seksualiseret eller potentielt seksuelt krænkende for andre. Det kan eksempelvis være at berøre andres eller egen krop samt egentlig onani med eller uden genstande på offentlige steder (Haracopos & Pedersen, 1992). Adfærden kan altså i sig selv være seksuelt krænkende, også når det ikke er hensigten bag adfærden. Yderligere kan adfærd, der fremstår seksualiseret, inklusive eksempelvis selvstimulerende adfærd, enten opfattes som en invitation af andre til seksuel kontakt, eller igen potentielt identificere personen med autisme som en person med en særlig sårbarhed, som lettere kan manipuleres eller udnyttes.

STUDIER AF BØRN OG UNGE MED AUTISME MED SEKSUELT KRÆNKENDE ADFÆRD

Der er begrænset forskning, der eksplicit undersøger seksuelt krænkende adfærd hos personer med autisme, især hos børn og unge. Vi identificerede tre studier, der alle undersøgte autismediagnosen eller graden af autismesymptomer i grupper, der var mistænkt eller dømt for seksuelt krænkende adfærd. Et studie undersøgte sværhedsgraden af autismesymptomer blandt drenge mistænkt for at udvise en seksuelt krænkende adfærd. De sammenlignede med to grupper: drenge med en autismediagnose (matchet autismegruppe), drenge uden kendt diagnose eller seksuelt krænkende adfærd (matchet normgruppe). Studiet fandt, at de unge, mistænkt for seksuelle krænkelser, scorede signifikant højere på

autismesympptomer sammenlignet med normgruppen, men lavere end autismediagnosen (Hart-Kerkhoff et al., 2009). To studier undersøgte gennem klinisk udredning forekomsten af autisme blandt drenge dømt for seksuelle krænkelser (Sutton et al., 2012; Walter et al., 2013). Begge studier fandt, at omkring 60% af drengene opfyldte kriterierne for en autismediagnose. I studiet hos Walters et al. fra 2013 fandt de desuden en signifikant højere grad af depressive symptomer blandt de unge, der opfyldte kriterierne for en autismediagnose, og at graden af depressive symptomer var signifikant forbundet med sværhedsgraden af barndomstraumer.

På tværs af de tre studier ses der en højere forekomst af personer med en høj grad af autismesympptomer eller symptomer i overensstemmelse med en autismediagnose i forhold til den almene population. Der er dog adskillige begrænsninger i studierne design, som betyder, at det er svært at sige noget generelt om forholdet mellem autisme og det at udvise en seksuelt krænkende adfærd. Alle tre studier tog udgangspunkt i en population, hvor de unge var mistænkt eller dømt for seksuelle krænkelser, og ligeledes var der udelukkende tale om drenge. Der mangler altså i særdeleshed studier af forekomsten af seksuelt krænkende adfærd blandt børn og unge med autisme i en almen population, herunder også forekomsten blandt piger. Der mangler ligeledes mere viden om, hvad der karakteriserer børn og unge med autisme, hvor der ses seksuelt krænkende adfærd både i forhold til børnenes individuelle karakteristika, deres familie, institution/skolesituation og i typen af seksuelt krænkende adfærd.

STUDIER AF BØRN OG UNGE MED AUTISME UDSAT FOR SEKSUELT OVERGREB

Vi identificerede otte studier, der undersøgte oplevet seksuel krænkelse blandt børn og unge med autisme. Studierne varierede meget i studiedesign. Overordnet peger studierne på tværs af de forskellige tilgange på, at børn og unge med autisme sandsynligvis er i højere risiko for at opleve seksuelle overgreb sammenlignet med børn og unge uden autisme (Chan et al., 2018; Christoffersen, 2020; Greger et al., 2015; Ohlsson Gotby et al., 2018). Graden af den øgede risiko adskiller sig dog sandsynligvis ikke væsentligt fra den risiko, der også ses ved andre udviklingsforstyrrelser (Christoffersen, 2020; Ohlsson Gotby et al., 2018). Et enkelt studie fandt imidlertid ikke en signifikant forskel i antallet af

rapporterede seksuelt krænkende hændelser mellem gruppen med autisme og kontrolgruppen uden autisme (Paul et al., 2018). Endvidere fandt Chan et al. (2018), at gruppen med autisme så ud til at være mindre udsat for seksuelle krænkelse. I det konkrete studie var størstedelen af gruppen med autisme dog i et specialskeletilbud, hvilket var forbundet med en mindre grad af oplevede seksuelle overgreb på tværs af den samlede gruppe (Chan et al., 2018).

I det følgende ses der på de to studier, der også undersøgte betydningen af flere andre faktorer med betydning for relationen mellem autisme og oplevede seksuelle overgreb. Christoffersen (2020) undersøgte 679.683 børn og unge i fødselskohorten 1984-1994 og fandt, at 1,18% (n = 8.039) havde været udsat for mindst ét seksuelt overgreb, der var registreret i en politirapport. Forældres misbrug af alkohol eller stoffer, vold blandt forældre, unge mødre, at være barn i det offentlige varetægt, forældreskilsmiss, langtidsarbejdsledelse hos forældre, at være pige og barnets/den unges alkoholmisbrug var i den samlede gruppe forbundet med øget risiko for at blive udsat for seksuelle overgreb, mens det at komme fra en etnisk minoritet var forbundet med en mindre risiko. Følgende faktorer var derimod ikke forbundet med en signifikant øget risiko for at opleve seksuelle overgreb: forældres diagnose (intellektuel funktionsnedsættelse eller ADHD), behandling af mentale sundhedsproblemer, barnets/den unges risikoadfærd (fx selvmordsforsøg, brug af stoffer, dom for vold), og/eller om barnet/den unge boede i eller flyttede ud af et socioøkonomisk dårligt stille område. Christoffersen fandt, at af de undersøgte personer var der 8,9% med autisme i gruppen uden registreret overgreb og 27,0% i gruppen med et registreret overgreb. Risikoen for at opleve et seksuelt overgreb for et barn/ en ung med autisme var 3,8 (odds ratio: OR) gange højere sammenlignet med børn og unge, der ikke havde autisme. Når der blev kontrolleret for de tidligere identificerede risikofaktorer, var autisme fortsat forbundet med en 1,4 gange større risiko for at blive udsat for et seksuelt overgreb. Et lignende billede blev set for ADHD og intellektuel funktionsnedsættelse (Christoffersen, 2020).

Mandell et al. (2005) undersøgte 156 børn og unge med en autismediagnose i en national evaluering med forældrebesvarelser vedrørende seksuelle eller fysiske overgreb. De fandt, at 16,6% havde oplevet mindst ét tilfælde af seksuelt overgreb. De sammenlignede derudover en række karakteristika ved de børn og unge med autisme, der havde oplevet seksuelle overgreb i forhold til de børn og unge med

autisme, der ikke havde oplevet seksuelle overgreb. Når der blev kontrolleret for øvrige faktorer i undersøgelsen, var gruppen af børn og unge med autisme, der havde oplevet et seksuelt overgreb, i højere grad karakteriseret ved seksuelt krænkende adfærd over for andre, forsøg på at løbe hjemmefra (OR = 5,4) eller forsøg på at begå selvmord (OR = 4,4) sammenlignet med de børn og unge med autisme, der ikke havde oplevet et overgreb.

JANUSCENTRET: KARAKTERISTIKA FOR BØRN OG UNGE MED AUTISME ELLER MED MISTANKE OM AUTISME

JanusCentret er en psykologisk undersøgelses-, behandlings- og forskningsklinik for børn og unge under 18 år med seksuelle adfærdsproblemer eller seksuelt krænkende adfærd over for andre børn. Sager visiteres til JanusCentret via den kommunale socialforvaltning og den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) (se også kapitel 4 om JanusCentret). En række kriterier lægges til grund for, hvilke børn og unge der kan henvises til udredning og behandling i JanusCentret. Der er overvejende tale om børn og unge op til 18 år, som har udvist seksuelt bekymrende og krænkende adfærd over for andre børn. Ved JanusCentret henvises alle på baggrund af deres adfærd og uanset deres eventuelle diagnoser eller andre karakteristika. Det antages derfor, at gruppen med autisme (og gruppen med en mistanke om autisme) repræsenterer en bred gruppe af autisme. Der anvendes forskellige datakilder ved indsamling af oplysninger om JanusCentrets klienter. Heriblandt kliniske interviews, tests, observationer og spørgeskemaer udfyldt af klienterne og deres netværk samt forvaltningens sagsakter. Data samles i et omfattende registreringsark.

Det er dog ikke altid muligt at afdække det fulde billede af klienterne og de(n) konkrete hændelse®, og derfor vil nogle af spørgsmålene i registreringsskemaerne stå ubesvaret. For JanusCentret er det ofte informationerne om ofrene, der kan mangle. Dels er det ikke alle typer af seksuelt bekymrende adfærd, hvor der er tale om et offer, og dels er den konkrete information om offeret afhængig af, hvad barnet med den krænkende adfærd eller andre i systemet kan oplyse. Data har været indsamlet siden 2003, og JanusCentret havde i starten af 2021 data på 587 klienter og 719 ofre (for klienternes adfærd). En betragtelig del af de børn/unge, der visiteres til JanusCentret, har neuro-psykiatriske

vanskeligheder, herunder autisme. En del af børnene har allerede diagnosen ved henvisningen, andre henvises til børnepsykiatrisk undersøgelse efter udredning i JanusCentret i de tilfælde, hvor det kliniske indtryk og den psykologiske undersøgelse indikerer karakteristika og vanskeligheder, der peger på en autisme diagnose.

I JanusCentret er der, ligesom i de tre studier af børn og unge med seksuelt krænkende adfærd, tale om en gruppe afgrænset ved, at der er udvist seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd. For JanusCentrets gruppe af 587 henviste børn og unge har 45 (7,7%) børn og unge en autismediagnose, mens der for 91 børn og unge (15,5%) opstår mistanke om autisme gennem udredningsforløbet. Der er altså en større forekomst af autisme i gruppen, end hvad der forventes ud fra forekomst i den almene population. Det kan tyde på, at børn og unge med autisme er i større risiko for at vise seksuelt bekymrende/krænkende adfærd, eller det kan være, at den seksuelt bekymrende/krænkende adfærd blandt børn og unge med autisme i højere grad opdages og henvises til JanusCentret sammenlignet med børn uden diagnosen. I det følgende ses der på karakteristika ved barnet /den unge, familien, og den krænkende adfærd på tværs af de tre grupper: Autisme (n=45), Autisme-mistanke (n=91), og ikke-Autisme (n=451). De konkrete procentvise andele for alle inkluderede variable kan findes i tabel 1 og 2. I det følgende fremhæves de variable, hvor der er en forskel i den procentvise andel på mere end 10% mellem mindst to grupper.

Tabel 1: JanusCentret, karakteristika ved den krænkende adfærd, offer og overgreb

	Autisme n=45	Autisme- mistanke n=91	Ikke- Autisme n=451
Krænkende adfærd			
Uden ofre, seksuelt bekymrende adfærd			
Onani	15,9 ^a	18,9 ^b	14,3 ^c
Seksualiserende adfærd	40,9 ^a	48,9 ^b	47,5 ^c
Verbalt krænkende	22,7 ^a	34,4 ^b	29,7 ^c
Blottelser eller anden blufærdighedskrænkelse	29,5 ^a	30,0 ^b	15,6 ^c
Porno, materiale, der involverer børn	27,3 ^a	24,4 ^b	10,0 ^c
Med ofre, seksuelle overgreb*	56,1 ^d	77,3 ^e	77,4 ^f
Karakteristik for offer og overgreb **	n=40	n=116	n=563
Offerets alder	8,5, (3,1) g	8,0 (4,4) ^h	9,1 (4,6) ⁱ
Offerets køn (% ud af samlet antal ofre)			
Mand	42,5	46,6	45,3 ^j
Kvinde	57,5	53,4	54,7 ^j
Offerets relation til krænker			
Søskende	15,0	33,3 ^k	27,4 ^j
Andet familiemedlem	7,5	1,8 ^k	6,5 ^j
Ven eller bekendt	62,5	49,1 ^k	45,2 ^j
Barn på anbringelsessted	2,5	9,6 ^k	11,5 ^j
Fremmed, barn	--	1,8 ^k	3,0 ^j
Andet (herunder voksen bekendt eller voksen)	12,5	4,4 ^k	5,6 ^j
Overgrebets karakter			
Med penetration eller forsøg på penetration	32,5	61,2	54,9
Onani på/med offer	5,0	9,5	10,1
Anden beføling	65,0	50,9	40,9
Blottelse eller anden blufærdighedskrænkelse***	35,0	15,5	23,3
Pornografi***	2,5	1,7	2,8

Tabel 1 fortsat: JanusCentret, karakteristika ved den krænkende adfærd, offer og overgreb

	Autisme n=45	Autisme- mistanke n=91	Ikke- Autisme n=451
Overgrebets ramme			
Bolig, krænkers	2,6 ^l	11,1 ^m	10,1 ⁿ
Bolig, offer	12,8 ^l	13,0 ^m	15,3 ⁿ
Bolig, fælles	7,7 ^l	21,3 ^m	16,1 ⁿ
Skole eller daginstitution	41,0 ^l	25,9 ^m	32,1 ⁿ
Fritidsordning, - forening eller -interesse	10,3 ^l	5,6 ^m	2,7 ⁿ
Overgrebet opdages ved:			
Situationen overværes	12,5 ^g	20,5 ^h	25,1 ^o
Krænker fortæller selv	16,7 ^g	10,8 ^h	4,6 ^o
Offeret fortæller	50,0 ^g	53,0 ^h	54,8 ^o
Andet	20,8 ^g	15,7 ^h	15,5 ^o

^a n=44, ^b n=90, ^c n=448, ^d n=41 ^e n=88, ^f n=433, ^g n=24, ^h n=83, ⁱ n=414, ^j n=558, ^{kr} n=114, ^{lm} n=39, ^{mn} n=108, ^{no} n=523, ^{ol} n=367

*Typen af adfærd i det seksuelle overgreb beskrives under karakteristik af offer og overgreb.

**Der kan for hver klient være tale om flere ofre/overgreb. For information om offer eller overgreb angives den procentvise andel derfor i forhold til den tilgængelige information blandt det samlede antal af oplyste ofre i gruppen.

*** I forhold til samme kategorier af adfærd uden offer er der her tale om, at adfærden er rettet mod en anden, og at der for offeret er tale om en påtvungen eksponering af denne adfærd.

Tabel 2: JanusCentret, karakteristika ved klienter og deres forældre

	Autisme n=45	Autisme- mistanke n=91	Ikke- Autisme n=451
KLIENT: BARN/UNG			
Alder, gennemsnit (standardafvigelse)	12,8 (3,0)	12,5 (3,0)	12,1 (3,3)
Køn (% dreng)	88,9	95,6	82,9
Specialscole/specialklasse, %	80,0	57,1	52,3
Diagnoser			
Psykisk udviklingshæmning	11,1	4,5 ^a	9,5 ^b
ADHD	51,1	34,8 ^a	19,7 ^b
Tilknytningsforstyrrelse	11,1	7,9 ^a	11,8 ^b
Anden diagnose	22,2	20,2 ^a	13,5 ^b
Bolig på visitationstidspunkt			
Hjemmeboende	73,3	63,8	55,5 ^c
Plejefamilie	6,7	14,3	19,4 ^c
Institution	20,0	20,9	22,7 ^c
Selvstændig (Flyttet hjemmefra/udeboende)	0	1,1	2,4 ^c
Klient udsat for seksuelt overgreb før aktuel kontakt			
I familien	17,8	19,8	26,8
Uden for familien	17,8	24,2	24,4
Klient udsat for fysisk vold før aktuel kontakt			
I familien	22,2	36,3	40,1
Uden for familien	4,4	4,4	9,1
Mobbet (% der har oplevet mobning)	37,5 ^d	54,3 ^e	44,3 ^f
FORÆLDRE:			
Diagnose hos forældre (% med diagnose)			
Mor	51,1	60,4	62,3
Far	57,8	60,4	66,7
Forældre udsat for overgreb			
Mor udsat for seksuelt overgreb	12,9 ^g	24,7 ^a	18,9 ^h
Mor udsat for fysisk overgreb	9,7 ^g	21,3 ^a	17,3 ^h
Far udsat for seksuelt overgreb	4,8 ⁱ	4,3 ^j	5,3 ^k
Far udsat for fysisk overgreb	4,8 ⁱ	23,4 ^j	13,3 ^k

^a n=89, ^b n=437, ^c n=449, ^d n=40, ^e n=81, ^f n=379, ^g n=31, ^h n=444, ⁱ n=21, ^j n=47, ^k n=188

I forhold til karakteristika ved børn og forældre (se tabel 1) er autisme-gruppen sammenlignet med ikke-autisme-gruppen kendetegnet ved en større andel i specialskole/-klasse, en ADHD-diagnose, oftere bor hjemme, er i mindre grad i plejefamilie, har i mindre grad været udsat for fysisk vold i familien, har mindre hyppigt en mor med en diagnose. Autisme-mistanke-gruppen placerer sig på disse karakteristika imellem de to grupper. Autisme-gruppen er desuden, sammenlignet med ikke-autisme-gruppen, kendetegnet ved en højere andel af drenge, en mindre andel, der har været mobbet, en mindre andel med en mor udsat for seksuelt overgreb, en mindre andel med en far udsat for fysisk overgreb. I forhold til disse karakteristika placerer autisme-mistanke-gruppen sig ikke i midten, men har den største procentvise andel.

I forhold til seksuelt bekymrende/krænkende adfærd ses det, at autisme-gruppen, sammenlignet med de to andre grupper, oftere viser seksuelt bekymrende adfærd uden ofre (se tabel 2). Her har autisme- og autisme-mistanke-gruppen en hyppigere forekomst af blottelse eller anden blufærdighedskrænkelse samt brug af porno, der involverer børn, sammenlignet med ikke-autisme-gruppen. Der ses altså for autisme-gruppen en mindre grad af seksuelle overgreb med et offer. Derudover adskiller autisme-gruppen sig fra de to andre grupper i forhold til typen af krænkelse i overgrebet. For autisme-gruppen er der i mindre grad penetration eller forsøg på penetration, men en højere grad af beføling og påtvungen eksponering af blottelse eller blufærdighedskrænkelse, mens penetration eller forsøg på penetration er den hyppigst forekomne type af overgreb i de to andre grupper. Autisme-gruppen er, sammenlignet med ikke-autisme-gruppen, kendetegnet ved, at offeret i højere grad er en ven eller bekendt, at offeret i mindre grad er søskende, og at overgrebet derfor i mindre grad sker i fælleshjem, at en højere andel af overgrebene/den krænkende adfærd afsløres, idet klienten selv fortæller om dette og i mindre grad, fordi klienten tages på fersk gerning. Ovenstående karakteristika ses også for autisme-mistanke-gruppen, dog generelt i lidt mindre udtalt grad. Undtagelsen er, at andelen, der angiver søskenderelation til offer og overgreb i fælleshjem, er højest i autisme-mistanke-gruppen sammenlignet med de to andre grupper.

RIGSHOSPITALET'S CENTER FOR SEKSUELLE OVERGREB (CSO): KARAKTERISTIKA FOR BØRN OG UNGE MED AUTISME

CSO tilbyder behandling til børn, unge og voksne, der har været udsat for seksuelle overgreb¹. Behandlingstilbuddet er gratis og inkluderer lægefaglig undersøgelse og behandling, samtaleforløb hos psykolog samt et pårørendetilbud. Både private og professionelle, herunder sagsbehandlere, lærere, psykologer m.fl., kan henvende sig for rådgivning og henvisning af et barn eller en ung, hvor der er foregået overgreb eller ved mistanke herom. Da psykologbehandlingen hovedsageligt er overgrebsfokuseret samtaleterapi, skal klienten kunne indgå i samtale for at kunne visiteres til et psykosocialt forløb. De børn og unge med autisme, der kommer til behandling i CSO, er derfor typisk ret velfungerende (både socialt, kommunikativt og kognitivt) sammenlignet med den brede gruppe af børn og unge med autisme. Ved opstart og igennem forløbet udfyldes på baggrund af kontakten med klienten en række skemaer om baggrund, sociale forhold, overgrebet og lignende. Skemaer opdateres ved forløbets afslutning. For CSO er det heller ikke altid muligt at afdække det fulde billede af klienterne og de(n) konkrete hændelse(r), og derfor vil nogle af spørgsmålene i registreringskemaerne stå ubesvaret. For CSO er der i de tilfælde, hvor forældrene ikke deltager i et pårørendeforløb, en del manglende besvarelser og information om den krænkende part, da det er afhængigt af, hvad offeret kan oplyse. Antallet af respondenter varierer derfor en del i tabellerne.

Data til nærværende artikel er indsamlet i perioden 2014 til primo 2021, på hvilket tidspunkt der var data for 1.773 klienter, hvoraf en gruppe på 43 (2,4%) havde en autismediagnose (ikke-autisme, n=1.730). I forhold til de gennemgåede studier er dette tal på linje med studier med den laveste vurdering af prævalens og kun lidt højere end forekomsten af autisme i den almene population. Her er det vigtigt at huske på, at der forud for en henvisning til CSO ligger en vurdering af, at børnene/de unge skal kunne indgå i og drage nytte af CSOs tilbud. Der kan derfor være en gruppe børn og unge med autisme, hvor man, måske med baggrund i autismediagnosen, vurderer, at CSO ikke er det mest egnede tilbud. Det er dog uklart, hvilket tilbud der eventuelt træder i stedet. I det følgende

¹ Fra efteråret 2021 er Børneteamet flyttet fra CSO på Rigshospitalet til Center for Socialpædiatri på Herlev Hospital.

beskrives, som ved JanusCentret, de variable, hvor der er en forskel i den procentvise andel på mere end 10% mellem de to grupper. De konkrete procentvise andele for alle inkluderede variable kan findes i tabel 3 og 4.

I tabel 3 ses det, at den gennemsnitlige alder er højere for autismegruppen (GNS = 15,0 år, SD = 2,8) sammenlignet med ikke-autismegruppen (GNS = 13,2, SD = 4,7).

Tabel 3: CSO, karakteristik ved børn og forældre

	Autisme n=43	Ikke-Autisme n=1730
BARN/UNG		
Køn (% dreng)	20,9	11,4
Alder, gennemsnit (standardafvigelse)	15,0	13,2
Specialskole/specialklasse, %	9,3	3,7
Diagnoser		
ADHD	41,9	5,2
Angst	20,9	4,6
Depression	16,3	5,1
Skizofreni	2,3	0,8
Borderline	0	1,8
Spiseforstyrrelse	2,3	1,4
Andet	25,6	3,9
Boforhold på visitationstidspunkt		
Hjemmeboende	60,0 ^a	83,5 ^b
Plejefamilie, herunder familiemedlemmer udover forældre	2,5 ^a	2,8 ^b
Institution	25,0 ^a	7,6 ^b
Selvstændig (flyttet hjemmefra/udeboende)	7,5 ^a	6,1 ^b
Udsat for seksuelt overgreb før aktuel kontakt	20,9	12,5
Udsat for fysisk vold (før aktuel kontakt)	20,9	7,6
Selvskade	57,1 ^c	18,0 ^d
FORÆLDRE:		
Diagnose (% , der markerer har ingen diagnose)		
Mor	12,9 ^e	19,2 ^f
Far	16,1 ^e	14,5 ^f

^a n=40, ^b n=1621, ^c n=35, ^d n=1335, ^e n=31, ^f n=1251

I forhold til mindst 10% forskelle i baggrundskarakteristika mellem de to grupper ses det, at autisme-gruppen sammenlignet med ikke-autisme er kendetegnet ved, at der er en højere andel med ADHD, angst og depression samt andre diagnoser (udover autisme), en højere andel med selvskadende adfærd, en højere andel, der bor på en institution, en mindre andel, der bor hjemme, og en højere andel, der har været udsat for fysisk vold før kontakten med CSO.

I forhold til karakteren af overgrebet er der i autisme-gruppen en højere andel, der udsættes for overgreb i krænkerens bolig, og en højere andel, hvor relationen til krænkeren beskrives som enten ven, bekendt eller kæreste sammenlignet med ikke-autisme (se tabel 4). Her er det værd at bemærke, at andelen, der oplever, at det er kæresten, der begår overgrebet, er forholdsvis lille i begge grupper med 2,3% (n=1) for autisme og 3,1% (n=43).

AKTUELLE UDFORDRINGER OG MULIGHEDER

De danske tal fra JanusCentret og CSO er i tråd med det, der findes i studier på området, og peger på, at børn og unge med autisme kan være i øget risiko for at blive udsat for seksuelle overgreb eller for selv at komme til at krænke andre seksuelt. Det er dog fortsat uklart, hvad der kan forklare den øgede risiko, og dermed, hvordan der eventuelt kan forebygges for denne målgruppe. Med andre ord, der er brug for mere viden om seksuelle overgreb og autisme: Hvad kendetegner de børn med autisme, der enten oplever et seksuelt overgreb, eller som selv har seksuelt krænkende adfærd i forhold til de børn med autisme, hvor dette ikke er tilfældet? De danske tal peger på, at der kan være nogle særlige karakteristika for gruppen med autisme (eller mistanke om autisme) for barn, familie og overgrebet/den krænkende adfærd. En stærkere viden om dette kan have betydning for at kunne identificere de børn og unge, der er særligt sårbare, samt forebygge og intervenere effektivt.

JanusCentret har mulighed for at individualisere udredningsforløb og behandling. Den psyko-sociale udredning af børn/unge består af en psykologisk undersøgelse (Rorschach, WISC V/WPPSI/WAIS, TOVA) samt kliniske samtaler med børnene, samtaler med deres forældre og netværk.

Tabel 4: CSO, karakteristika ved overgreb og den krænkende part

OVERGREBET	Autisme n=43	Ikke-Autisme n=1730
Kendskab til overgrebet		
Overværet	2,3	1,8 ^a
Fortæller selv	58,1	67,0 ^a
Formodet krænker fortæller	0	0,6 ^a
Seksualiseret adfærd	4,7	1,6 ^a
Gennem anden efterforskning/sag	7,0	2,3 ^a
Andet*	11,6	16,4 ^a
Enkeltstående eller flere hændelser		
Flere hændelser	32,4 ^b	26,4 ^c
Sted for overgrebet		
Bolig, offer (eller fælles)	12,5 ^d	16,3 ^e
Bolig, krænkers	40,6 ^d	26,8 ^e
Bolig, fælles	0	3,4 ^e
Bolig, andens	15,6 ^d	12,7 ^e
I gård/trappeopgang til beboelse	0	1,0 ^e
Skole, arbejdsplads, institution, klub, forening samlet	8,1 ^d	8,5 ^e
Internet/online	0	0,4 ^e
Andet (offentligt inde eller ude)	21,9 ^d	31,7 ^e
Overgreb med penetration eller forsøg på penetration (% ja)	86,8 ^f	78,9 ^g
KRÆNKER KARAKTERISTIKA		
Krænkers køn (% mand)		
Mand	95,0 ^h	98,4 ⁱ
Krænkers alder	20,1(8,2) ^h	21,4 (10,1) ^j
Krænkers relation til offeret		
Forældre	15,0 ^h	10,2 ^k
Søskende	--	3,9 ^k
Andet familiemedlem	5,0 ^h	4,9 ^k
Ven/bekendt/kæreste	55,0 ^h	38,3 ^k
Autoritetsforhold	0	3,1 ^k
Ukendt/tilfældig bekendt	12,5 ^h	21,8 ^k
Andet	7,5 ^h	2,4 ^k

^a n=1647, ^b n=37, ^c n=1472, ^d n=32, ^e n=1251, ^f n=38, ^g n=1507, ^h n=40, ⁱ n=1450, ^j n=991, ^k n=1698

* dækker eksempelvis over klientens egne udtalelser, gynækologiske symptomer, ændret adfærd/trivsel

Ud fra hhv. testresultater og resultat af kliniske samtaler beskrives anbefalinger til indsatser ift. hhv. børn, forældre og netværk. JanusCentret har udviklet et særligt behandlingstilbud til børn med neuropsykiatriske vanskeligheder, herunder autisme: netværksforløb, hvor der er høj inddragelse af netværket som støtte til barnets vanskeligheder (for nærmere beskrivelse af dette se JanusCentrets statusrapporter og artikler).

Ved CSO tilpasses behandlingen også individuelt til den enkelte klient og dennes kognitive funktionsniveau og indeholder altid relevant psykoedukation. På CSO opleves det derfor også, at behandlingen kan tilpasses til de klienter, der henvises med en autismediagnose. Det ses dog, at disse børn kan være ekstra sårbare og være i en kontekst, eksempelvis i specialskoleregi, hvor der er en større risiko for at blive udsat for grænseoverskridelser. Yderligere kan behandlingen, trods mulighederne for at tilpasse individuelt, blive udfordret af manglende eller begrænset sprog for følelser. Ligesom der kan opleves en tankegang, hvor det kan være sværere at slippe en overbevisning, eksempelvis oplevelsen af, at det er ens egen skyld. Indtrykket er også, at klienterne med autisme ofte har en oplevelse af, at de grundet deres autisme ikke fik sagt fra over for den krænkende part og ikke var tydelige i deres kommunikation, måske fordi de frøs i situationen. Ved CSO ses det derfor som centralt at psykoedukere om, at disse reaktioner er almenmenneskelige reaktioner, når man udsættes for et overgreb, og ikke begrænset til klienter med autisme. Som tidligere nævnt kan en bekymring være, hvilken hjælp der tilbydes til de børn og unge med autisme, der har oplevet et seksuelt overgreb, men som ikke vurderes af henviser at kunne indgå i CSOs behandlingstilbud.

OPSUMMERING/KONKLUSION

Der synes at være en øget risiko for at blive udsat for samt begå seksuelle overgreb blandt børn og unge med autisme. Generelt er det vigtigt at blive klogere på kendetegn for gruppen med autisme og de overgreb, der opleves. Indtil den viden opnås, synes det dog meningsfuldt at se de særlige socialkommunikative karakteristika som en væsentlig del af den øgede risiko for gruppen. Derfor vil vi gerne argumentere for relevansen af en bred opmærksomhed på denne problemstilling og på, hvorvidt der aktuelt er relevant kompetence og praksistilbud til og omkring børn og unge med autisme, der udsættes for eller udviser seksuelt

krænkende adfærd. For gruppen med autisme, der har oplevet et seksuelt overgreb, er der brug for en dobbelt ekspertise: dels dækkende viden om autisme og de læringsveje, der er mest effektive i forhold til at skabe en funktionel forandring for barnet, dels også dækkende viden om seksuelle overgreb, de almene reaktioner og de mulige traumatiske følgevirkninger og behandlingen af disse.

Med henblik på forebyggelse ser vi det som relevant, at man fremadrettet får tilbudt viden om og strategier til børn og unge med autisme med sigte på, at de i højere grad: 1) kan håndtere egen og andres seksualitet og de dertilhørende følelser og handlinger på en måde, der på passende og alderssvarende vis tager hånd om egne og andres grænser i konkrete sociale situationer, 2) kan komme ud af situationer, hvor de oplever, at deres grænser bliver overskredet, 3) kan kommunikere til andre, hvis de har oplevet, at deres grænser er blevet overskredet. Såfremt disse færdigheder ikke opbygges, eller indtil de er udviklet, er det vigtigt, at omgivelserne er opmærksomme på at skærme børn og unge med autisme for at komme i situationer, hvor de kan opleve overgreb eller komme i en situation, hvor de selv kan komme til at krænke andres grænser. I forlængelse af ovenstående vil vi gerne tydeliggøre behovet for relevant undervisning, støtte og skærmning, samt et fokus på, at håndtering af seksualitet ikke bør betyde, at barnet/den unge ikke på alderssvarende vis har mulighed for at udforske, udvikle og udfolde sin seksualitet.

LITTERATUR

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Brown-Lavoie, S. M., Vecili, M. A., & Weiss, J. A. (2014). *Sexual Knowledge and Victimization in Adults with Autism Spectrum Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2093-y>
- Chan, K. L., Lo, C. K. M., & Ip, P. (2018). Associating disabilities, school environments, and child victimization. *Child Abuse & Neglect*, *83*, 21–30. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2018.07.001>
- Christoffersen, M. N. (2020). Sexual Crime Against Schoolchildren With Disabilities: A Nationwide Prospective Birth Cohort Study. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260520934442>
- Fombonne, E., MacFarlane, H., & Salem, A. C. (2021). Epidemiological surveys of ASD: advances and remaining challenges. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05005-9>
- Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2015). Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse & Neglect*, *45*, 122–134. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.003>
- Haracopos, D., & Pedersen, L. (1992). *Sexuality and Autism: A nationwide investigation of sexual behaviour of 81 adolescence and adults with autism*.
- Kerns, C. M., Newschaffer, C. J., & Berkowitz, S. J. (2015). Traumatic Childhood Events and Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(11), 3475–3486. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2392-y>
- Livingston, L. A., Shah, P., & Happé, F. (2019). Compensatory strategies below the behavioural surface in autism: a qualitative study. *The Lancet Psychiatry*, *6*, 766–777. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30224-X)
- Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E. J. H., Jones, R. M., Pickles, A., State, M. W., Taylor, J. L., &

Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *Www.TheLancet.Com*, 392. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)

Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., Washington, A., Patrick, M., DiRienzo, M., Christensen, D. L., Wiggins, L. D., Pettygrove, S., Andrews, J. G., Lopez, M., Hudson, A., Baroud, T., Schwenk, Y., White, T., Rosenberg, C. R., Lee, L.-C., Harrington, R. A., Huston, M., ... Dietz, P. M. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR. Surveillance Summaries*, 69(4), 1–12. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>

Ohlsson Gotby, V., Lichtenstein, P., Långström, N., & Pettersson, E. (2018). Childhood neurodevelopmental disorders and risk of coercive sexual victimization in childhood and adolescence - a population-based prospective twin study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(9), 957–965. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12884>

Paul, A., Gallot, C., Lelouche, C., Bouvard, M. P., & Amestoy, A. (2018). Victimization in a French population of children and youths with autism spectrum disorder: a case control study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0256-x>

Sevlever, M., Roth, M. E., & Gillis, J. M. (2013). Sexual Abuse and Offending in Autism Spectrum Disorders. *Sexuality and Disability*, 31(2), 189–200. <https://doi.org/10.1007/s11195-013-9286-8>

OM FORFATTERNE

Syddansk Universitet (CH:LD & THRIVE):

Mette Elmore er cand.psych.aut., lektor ved Institut for Psykologi, Syddansk Universitet, og leder af forskningsgruppen CH:LD, der ønsker at tilføre ny forskningsbaseret viden om børn og unges sundhed, udvikling og læring med et praksissigte. Mette Elmore har tidligere

arbejdet på en specialskole for børn og unge med autisme og svær ADHD, og forskningsprojekterne har primært fokus på autisme.

Maj Hansen er psykolog med ph.d.-grad i psykologi og lektor ved Institut for Psykologi, Syddansk Universitet. Maj Hansen er leder af forskningsgruppen THRIVE, der ønsker at bibringe ny og anvendelsesorienteret viden om negativ interpersonel adfærd, herunder særligt seksuel vold og traumatiske reaktioner som eksempelvis PTSD med henblik på at informere praksis og forskning.

Center for Seksuelle Overgreb:

Line Engel Clasen er autoriseret psykolog og har en ph.d.-grad i udviklingspsykologi fra Aalborg Universitet. Line har i syv år arbejdet som forsker og klinisk psykolog i Center for Seksuelle Overgrebs Børneteam på Rigshospitalet. CSO har også et nationalt Videnscenter, hvor Line Engel Clasen har været Videnscenterkoordinator. Fra efteråret 2021 er Børneteamet flyttet fra CSO på Rigshospitalet til Center for Socialpædiatri på Herlev Hospital. Line er fra september 2021 ansat som forsker og klinisk psykolog i Det Nationale Sorgcenter.

JanusCentret:

Mimi Strange, direktør i JanusCentret, autoriseret psykolog, klinisk børnepsykolog, specialist i psykoterapi og supervision. Mimi har været direktør for JanusCentret (klinikker & videnscenter) siden 2003 og udviklet såvel forskning som klinik inden for feltet børn og unge med seksuelle adfærdsproblemer. Hun er foredragsholder nationalt og internationalt; underviser, supervisor med videre samt har udgivet en række artikler, bogkapitler og bøger om seksuelle overgreb.

Siri Jonina Egede er sociolog fra Københavns Universitet og arbejder som videnskabelig medarbejder ved JanusCentret for vidensindsamling og vidensdeling om JanusCentrets målgruppe. Siri har forud for sin ansættelse ved JanusCentret arbejdet med socialforskning i seksuel sundhed og forebyggelse af seksuelt overførte infektioner på London School of Hygiene and Tropical Medicine og ved Sexologisk Forskningscenter på Aalborg Universitet.

KAPITEL 6

NÅR SOCIALISERINGSARENAEN BLIVER OVERGREBSSCENEN:

SOCIALE KONSEKVENSER FOR UNGE UDSAT FOR SEKSUELLE OVERGREB I VENNEGRUPPEN

Line Engel Clasen



Dette kapitel fokuserer på de potentielt negative sociale konsekvenser, som et seksuelt overgreb, begået inden for omgangskredsen, kan have på det interpersonelle plan i forhold til ofrets sociale relationer og nære miljø, herunder skole, familie, venner og fritidsaktiviteter.

INDLEDNING

Teenagere er en udsat gruppe, når det kommer til seksuelle overgreb. Sammenlignet med voksne er sandsynligheden for at blive udsat for et overgreb dobbelt så stor, når man er ung (Finkelhor, Turner, Ormrod & Hamsby, 2013; Snyder & Sickmund, 2006). Forskning peger på, at det har en lang række psykologiske og sociale konsekvenser at blive udsat for et seksuelt overgreb, hvilket kan påvirke den unges igangværende udvikling (Berliner, 2011; Finkelhor et al., 2013; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, & Piché, 2006). En faktor, der yderligere bidrager til de sociale konsekvenser, er, at langt størstedelen af seksuelle overgreb finder sted inden for den unges egen omgangskreds. Relationen til den krænkende part er af stor betydning for offerets reaktioner på overgrebet. Når den krænkende part er én, man kender og har en relation til, er der ikke kun tale om et overgreb, men også om et enormt tillidsbrud. Ydermere kan et overgreb i ungdomsårene, begået af én fra venne- eller bekendtskabsgruppen, have sociale konsekvenser, der spredes som ringe i vandet og i høj grad påvirker den udsattes sociale liv (Clasen, Blauert & Madsen, 2018). Dette kapitel fokuserer på de potentielt negative sociale konsekvenser, som et seksuelt overgreb, begået inden for omgangskredsen, kan have på det interpersonelle plan i forhold til ofrets sociale relationer og nære miljø, herunder skole, familie, venner og fritidsaktiviteter.

Udviklingspsykologisk set er sociale relationer særligt vigtige for den unges identitetsudvikling, idet de unge i høj grad definerer og bekræfter sig selv gennem ungdomsfællesskaber og venskaber (Cordor, 2000; Kofod & Nielsen, 2005). Tætte venskaber og det at have ligesindede at betro sig til vurderes af danske unge som havende stor betydning i hverdagslivet (Kofod & Nielsen, 2005). Samtidig viser internationale studier, at flertallet af unge afslører seksuelle overgreb til en ven, hvorfor det er afgørende, hvordan jævnaldrende reagerer på en afsløring, og at de tilbyder ofret emotionel støtte og bekræftelse (Fehler-Cabral & Cambell, 2013).

Studier har vist, at social støtte helt bogstaveligt har betydning for, hvorledes vi opfatter verden (Schnall, Harber, Stefanucci & Proffitt, 2008). Ligeledes er den sociale støtte helt afgørende for, hvordan man håndterer det traume, som et seksuelt overgreb kan være. Omgivelsernes reaktion på afsløringen af overgreb kan have afgørende betydning for den ramtes trivsel (Ahrens & Aldana, 2012). Så hvis en af overgrebets konsekvenser er, at den unge bliver udelukket fra vennegruppen eller isolerer sig, og

dermed mister den sociale støtte fra jævnaldrende, så er der potentiale for en psykisk farlig cocktail, der kan resultere i social marginalisering.

Nærværende kapitel vil ud fra case-analyse suppleret med statistik fra Center for Seksuelle Overgreb (CSO) dykke ned i de forskellige sociale konsekvenser, et overgreb begået i vennegruppen kan have for offeret.

TEMATIKKER

Datagrundlaget for nærværende kapitel bygger dels på data og erfaringer fra CSOs Ungeprojekt¹ samt opdateret statistik fra centrets database for de 13-18-årige. Kapitlet fokuserer på denne aldersgruppe, da det svarer til Ungeprojektets målgruppe samt de unge teenagere i Børneteamet. Behandlingstilbuddet i CSO er gratis og afhænger ikke af, om overgrebet er politianmeldt. Det inkluderer lægefaglig undersøgelse og behandling, individuel psykologbehandling samt et pårørendetilbud. Psykolog-behandlingen tager udgangspunkt i samtalerapi om de psykologiske konsekvenser af overgrebet og traumebehandling med bl.a. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) terapi².

CSOs seneste statusrapport (2017-2019) viste, at der særligt i Børneteamet, der behandler børn og unge fra 0-15 år, har været en stigning i antallet af enkeltstående seksuelle overgreb begået mod unge teenagere. Aldersgruppen 13-15 år udgjorde i 2017-2019 57,2% af fremmødte klienter i Børneteamet (Wingender & Clasen, 2020), hvilket i 2020 var steget yderligere til 65,2% (Clasen, 2021). Kigger man på, hvem der begår overgrebene, tegner der sig i Børneteamet et billede af, at gruppen af 15-18-årige udgør en meget stor andel af krænkerne (42,5% af de i alt 244 sager, hvor den krænkende parts alder er oplyst). Det er påfaldende, at så lille en aldersgruppe står bag så stor en andel af krænkelserne begået mod børn og unge, men det kan bl.a. forklares ved, at de unge teenagere (13-15 år) udgør den største andel af henvendelserne i Børneteamet. Netop denne gruppe af unge er oftest udsat for et overgreb fra en ven eller bekendt, altså en jævnaldrende (Wingender & Clasen, 2020).

1 Projektet henvendte sig til senhenvendende unge mellem 15 og 18 år i perioden 2011-2014. Det fremgår eksplicit af teksten, når der refereres til disse data.

2 En evidensbaseret terapiform, der har vist sig at være en af de mest effektfulde former for behandling til Post Traumatisk Stressforstyrrelse (PTSD).

Kigger vi lidt bredere på de unge 13-18-årige i hele CSO (N = 1231), har vi oplysninger om relationen til den krænkende part for 1.080 personer. Af disse har 4,8% været udsat for et seksuelt overgreb fra en nuværende eller tidligere kæreste, 23,6% har været udsat for et overgreb fra en ven, mens 40,6% har været udsat for et overgreb fra en bekendt. I alt 69% af de 13-18-årige klienter i CSO har altså været udsat for et seksuelt overgreb af én fra deres omgangskreds. Tidligere studier har vist, at den ramtes relation til den krænkende part har indflydelse på tendensen til at anmelde overgrebet til politiet – overgreb begået af en fremmed blev oftere politianmeldt (Larsen, Hilden & Lidgaard, 2014). CSOs Ungeprojekt viste, at signifikant færre anmelder overgrebet, hvis det er begået af én fra deres omgangskreds (en anmeldelsesprocent på 30,5 kontra 39,2% i den samlede gruppe), og frygt for sociale konsekvenser var den oftest angivne årsag til ikke at ønske anmeldelse (Clasen et al., 2018). Desværre oplever klienter i CSO ofte, at når de ikke politianmelder, kan omgangskredsen opfatte det som udtryk for, at der ikke reelt har været tale om et overgreb. Og er der ikke tilstrækkelige beviser til at føre en anmeldt sag til domsfældelse, kan omgangskreds desværre se dette som et bevis på, at den krænkede part løj.

Frygten for en anmeldelses sociale konsekvenser samt de omfattende psykiske og sociale konsekvenser, det kan have for offeret, når den krænkende part er én, det kan støde på i omgangskredsen, er bl.a. blevet dokumenteret på baggrund af CSOs Ungeprojekt (Clasen et al., 2018). I forbindelse med Ungeprojektet blev der lavet en gennemgang af patientjournaler inklusive temaerne i de terapeutiske sessioner. Analysen pegede på en række temaer om påvirkningen af de unges hverdag efter overgrebet (Clasen et al., 2018). Baseret på de sidste års kliniske erfaringer er temaerne fortsat højaktuelle, hvorfor de i nærværende kapitel udbygges og opdateres. Første tema: *Trivsel i skolen* beskriver, hvorledes et seksuelt overgreb og efterfølgende reaktioner kan påvirke både den ramtes faglige udvikling såvel som vedkommendes velbefindende i skolen. Andet tema *Mobning og rygtedannelse* uddyber, hvorledes det ikke kun er psykiske reaktioner på selve overgrebet, men i høj grad også omgivelsernes reaktioner på afsløringen af overgrebet, der kan få stor betydning for, hvordan offeret klarer sig. Tredje tema *Social isolation* beskriver, hvorledes skyld og skam kan påvirke sociale relationer i overgrebets efterspil. De anvendte cases er konstrueret på baggrund af en lang række klienthistorier og dermed fiktive.

Trivsel i skolen

Søvnproblemer, koncentrationsbesvær og social tilbagetrækning er almindelige reaktioner efter et seksuelt overgreb og tydelige hos mange klienter i CSO. Halvdelen af klienterne i Ungeprojektet (50,9%) italesætter direkte, at de har haft svært ved at sove og/eller at koncentrere sig efter overgrebet. Ydermere har de brugt meget energi på at opretholde en facade og lade, som om det seksuelle overgreb aldrig har fundet sted. Denne undertrykkelse af reaktioner kan føre til mistrivsel, hvilket bl.a. bliver tydeligt, når næsten en tredjedel (28,8%) beskriver at have øget fravær grundet overgrebet, og op imod halvdelen af de unge (44,1%) rapporterer, at de har oplevet vanskeligheder i skolen efter overgrebet (Clasen et al., 2018). Udfordringerne inkluderer bl.a. det at gå på samme skole eller måske endda i samme klasse som den krænkende part og derfor ikke have lyst til at komme i skole. Undgåelse er en typisk traumereaktion – den ramte undgår steder og personer, der kan minde ham eller hende om overgrebet, hvilket for unge udsat for et overgreb af én fra skolen kan føre til skolevægring, hvis ikke traumet bearbejdes.

Generelt er risikoen for, at offeret møder den krænkende part i hverdagen høj, hvis de deler omgangskreds. Den følgende case illustrerer, hvordan dette kan påvirke offeret i overgrebets efterspil:

Casehistorie 1, Laura

"Efter overgrebet kan jeg ikke koncentrere mig om noget, især ikke om skolen."

14-årige Laura går i 8. klasse og har været udsat for et seksuelt overgreb af en dreng fra parallelklassen. Efter overgrebet er Laura ked af det og plaget af flashbacks, hvor hun ser overgrebet udspille sig igen for sit indre blik. Hun har svært ved at sove og har ofte mareridt. Hun har også mistet sin appetit og har svært ved at koncentrere sig, hun føler ofte, at hun mister tråden i en samtale. I skolen er hun konstant på vagt og bange for at løbe ind i den krænkende dreng, og de søvnløse nætter betyder, at Laura har svært ved at komme op og afsted i skole om morgenen. Når hun endelig kommer i skole, er hendes tanker andre steder. Hun kan heller ikke koncentrere sig om sine lektier. Efter nogle måneder konfronterer Luras klasselærer hende med det øgede fravær og manglende faglige engagement, og Laura bryder sammen og afslører overgrebet. Laura overvejer at stoppe på skolen, og hun har heller ikke lyst til at deltage i sociale aktiviteter. Hun føler, at der er

skabt en afstand til hendes skolekammerater. Læreren hjælper Laura med at fortælle sine forældre om overgrebet og med at komme i kontakt med CSO.

Som mange andre klienter i CSO udviser Laura en række traumereaktioner, herunder flashbacks, mareridt, koncentrationsbesvær, undgåelse og fortsatte negative, traumerelaterede emotioner. Varer traumereaktionerne ved tre måneder efter traumat og er funktionshæmmende, kan det resultere i posttraumatisk stress. Kombinationen af de invaliderende reaktioner på overgrebet, den dårlige søvn, de forårsager, samt frygten for at møde den krænkende part resulterer for Laura i et højt skolefravær, der langsomt leder til, at hun ekskluderes fra vennegruppen. Undgåelse af skolerelaterede aktiviteter og fester, hvor den krænkende part kunne dukke op, bidrager til, at hun marginaliseres yderligere fra sine venner, der ikke kender til overgrebet og ikke forstår, hvorfor Laura har ændret adfærd. De negative kognitive påvirkninger kan også resultere i socialkognitive udfordringer: Det er svært at føre en samtale og være en god veninde, når man ikke kan huske eller koncentrere sig. Støtte fra skolen og vennegruppen er afgørende faktorer, når den ramte skal komme sig efter et seksuelt overgreb.

Mobning og rygtedannelse i overgrebets efterspil

Hvorledes den unges omgivelser reagerer på afsløringen af et seksuelt overgreb, kan have stor indflydelse på, hvordan offeret oplever og håndterer konsekvenserne af overgrebet (Fehler-Cabral & Campbell, 2013; Schönbucher, Maier, Mohler-Kuo, Schnyder & Landolt, 2014). Dette tema eksemplificerer, hvorledes øget fravær ikke blot kan lede til eksklusion fra vennegruppen, men den omvendte proces, at venners eksklusion kan lede til, at ofre for overgreb dropper ud af skolen. En mindre del af deltagerne i Ungeprojektet (8,5%) oplevede direkte mobning efter det seksuelle overgreb (Clasen et al., 2018) som eksemplificeret i følgende case:

Casehistorie 2, Mary

"Jeg kan mærke, at mine venner ser anderledes på mig og taler om mig bag min ryg."

16-årige Mary går i 1. g. Hun henvender sig med sine forældre i CSO, fordi hun har været udsat for et seksuelt overgreb fra sin ekskærester fire måneder tidligere. Først har hun ikke fortalt nogen om

overgrebet, fordi ekskæresten truede med at dele nøgenbilleder af Mary på Facebook, hvis hun sagde noget. Til sidst afslører hun overgrebet til sin veninde, hvilket ekskæresten finder ud af og rundsender nøgenbilleder af Mary på sociale medier. Pludselig er hele Marys klasse involveret i episoden, og rygter spredes om, at Mary er billig.

Mary bliver meget oprørt over dette og ked af, at hendes venner stadig tilbringer tid med ekskæresten. Mary holder lidt efter lidt op med at se sine venner, og det bliver sværere for Mary at være på gymnasiet. Hun føler, at folk kigger anderledes på hende, og samtidig bliver hun ikke længere inviteret til sociale arrangementer. Efter en længere periode, hvor Mary ikke kommer i skole, dropper hun ud.

Størstedelen af Marys liv finder sted på gymnasiet, hvor hun også har de fleste sociale relationer. Overgrebet fandt sted inden for hendes nærmeste vennegruppe, og hendes tætteste venner valgte side efter overgrebet og valgte at tro den krænkende part, der benægtede overgrebet. Som konsekvens heraf ekskluderede de Mary fra sociale aktiviteter. Da ikke engang hendes veninder troede på hende eller viste forståelse for hendes situation, vendte Mary tingene indad og bebrejdede sig selv. Den store skyldfølelse i forhold til, hvad man selv kunne have gjort anderledes, er fremtrædende hos størstedelen af klienterne i CSO.

Mary har ikke bare været udsat for et fysisk seksuelt overgreb; hun bliver efterfølgende også udsat for et digitalt overgreb. At der deles billeder uden samtykke eller ligefrem deles billeder af selve overgrebet på sociale medier, ses der desværre en stigende tendens til i CSO. For de ramte betyder dette, at overgrebet får en ekstra dimension og kan være uden udløbsdato – man ved aldrig, hvornår man igen kan blive konfronteret med overgrebet på forskellige sociale medier, og det kan i praksis være næsten umuligt at opspore og fjerne alt billedmateriale på internettet³. Hertil kommer den rantes tanker: hvilke af vennerne har fået tilsendt materialet, og hvem har sendt det videre? For Mary havde det ikke kun sociale konsekvenser at miste tilliden til sine veninder og at miste sin plads i vennegruppen; det havde også uddannelsesmæssige konsekvenser, idet hun til sidst droppede ud af gymnasiet.

3 Red Barnets tjeneste SletDet vejleder om, hvorledes man håndterer billedmateriale på nettet, og hvordan man får stoppet digitale krænkelse.

Social isolation

Unge i behandling i CSO giver ofte udtryk for, at de(t) seksuelle overgreb har påvirket deres liv og velbefindende på mange planer. Af sociale vanskeligheder beskriver de bl.a. at miste interesse i at gå ud med deres venner samt at gå i skole. En følelse af at være alene og at være anderledes bidrager for en del til social isolation efter overgrebet, enten som direkte reaktion på selve overgrebet eller som for Mary pga. omgivelsernes reaktioner. Den sociale isolation kan således være tosidet. Mere end halvdelen af deltagerne i Ungeprojektet udtalte, at de havde haft vanskeligheder med deres venner, herunder at blive udelukket eller opleve selv at isolere sig fra vennerne (Clasen et al., 2018).

Casehistorie 3, Sarah

"Jeg er så ensom, hvordan skulle mine venner nogensinde kunne forstå, hvad jeg gennemgår?"

17-årige Sarah kontakter CSO, fordi hun er blevet voldtaget af sin bedste venindes kæreste i sit eget hjem et halvt år tidligere. Sarah har ikke fortalt nogen om voldtægten, men forsøgt at fortrænge hændelsen. Hun tør ikke sige noget til sin veninde, men kan samtidig heller ikke holde ud af være sammen med hende pga. hemmeligheden. Siden overgrebet har Sarah generelt isoleret sig, hun vil ikke have besøg af sine venner og har ikke lyst til at deltage i sociale aktiviteter i skolen, hvor hun risikerer at møde den krænkende part. I sin fritid spiller Sarah fodbold, men for øjeblikket har hun mistet interessen og har ikke lyst til at tage ned i klubben.

Før overgrebet var Sarah udadventt og social, så da hendes mor konfronterer hende med hendes ændring i adfærd, afslører Sarah endelig overgrebet. Sarah beskriver, at hun føler sig ensom, samt at hun har svært ved at dele sine følelser og fortælle sine veninder, hvad der er sket. Hun er bange for, at vennerne ikke vil tro hende, at de vil vælge side. Samtidig bebrejder hun sig selv for at have inviteret venindens kæreste hjem, og hun er flov over, at overgrebet kunne finde sted. "Hvad vil mine venner tænke om mig?" siger hun.

Sarah skammer sig over overgrebet, særligt fordi hun selv havde inviteret den krænkende part hjem. Hendes undgåelse og markant nedsatte interesse i ting, hun tidligere fandt glæde ved, kan være udtryk for en traumereaktion. Hun reagerer med at isolere sig, og det bliver

tiltagende svært for hende at bryde isolationen, fordi hun frygter, hvad hendes venner vil sige, hvis hun afslører overgrebet. Hun ønsker ikke at sætte hverken sin bedste veninde eller sine øvrige venner i den position, at de skal vælge side, hvis den krænkende part benægter overgrebet. Så i frygt for ikke at blive troet deler hun ikke sin oplevelse og følelser med vennerne; i stedet tilbringer hun mere tid derhjemme. Samtidig er hun bange for at møde den krænkende dreng, hvis hun skulle gå ud. At Sarah ender med at undgå alle sociale aktiviteter relateret til skole og sin vennegruppe, gjorde det vanskeligt for hende at navigere i sit sociale liv, og bidrog både til, at hun mistede kontakt til sine venner, og til hendes ensomhed.

Baseret på de præsenterede casehistorier vil følgende afsnit diskutere fundene og dernæst mulige implikationer for praksis.

DISKUSSION

Casehistorierne skildrer på forskellig vis, hvorledes det at være udsat for et seksuelt overgreb fra en ven eller bekendt kan have stor indvirkning på unges hverdag og daglige funktion.

At være et offer indebærer for mange negative associationer med at være skadet, passiv og magtesløs (Best, 1997). I denne optik kan det være svært for unge at afsløre et seksuelt overgreb; særligt, hvis der er stor skam og skyld forbundet med overgrebet. Frygt for victim blaming⁴ ses blandt mange af klienterne i CSO. Derfor venter mange med at afsløre overgrebet og opsøge hjælp, og endnu flere fortæller desværre aldrig om det overgreb, de har været udsat for.

De ramte frygter, at andre vil sige, at det var deres egen skyld, f.eks. fordi de var fulde til en fest, da overgrebet fandt sted, fordi de selv inviterede den krænkende part hjem, eller fordi de tidligere havde flirtet med den krænkende part. Særligt når en ung er udsat for et overgreb inden for vennegruppen, kan de frygte, at deres venner ikke vil tro dem – særligt, hvis de ikke har været i stand til at fortælle om overgrebet lige efter, at det er sket. Forhåbentlig vil den nye, samtykkebaserede lovgivning bidrage til at flytte fokus fra, hvad den krænkede part kunne have gjort anderledes, og lette ofrenes skyldfølelse. Men der er i høj grad også brug for en

⁴ Holdninger, der indikerer, at offeret frem for den krænkende part bærer ansvaret for overgrebet

diskursændring ift., hvordan samfundet og de unges omgangskreds møder afsløringen af seksuelle overgreb, uanset politianmeldelse. Her synes viden om reaktioner efter et overgreb afgørende.

Eksemplificeret i casen om Mary ved vi desværre, at en del unge oplever negative reaktioner fra deres jævnaldrende, når de afslører et seksuelt overgreb, hvilket tidligere studier på området bekræfter (Fehler-Cabral & Cambell, 2013). Den største barriere ift. ikke at turde afsløre - frygten for ikke at blive troet (McElvaney, Greene & Hogan, 2014) - bliver desværre realiseret for nogen. Derfor er måden, hvorpå pårørende, særligt venner, reagerer på afsløringen af et overgreb, afgørende for den ramtes videre forløb og for, hvorledes de håndterer overgrebet og reaktioner herpå. Disse fund stemmer overens med tidligere studier (Blanchard-Dallaire & Hébert, 2014; Fehler-Cabral & Campbell, 2013).

Det er afgørende, at voksne, både forældre og professionelle, tør tage snakken med unge om grænser og samtykke, og ligeledes kunne man overveje, hvorvidt viden om seksuelle overgreb burde være en del af seksualundervisningen. Dette kunne være en vigtig indgang til at informere unge om, at overgreb ofte begås af én, man kender, hvad der er naturlige reaktioner efter et overgreb, samt hvordan man bedst møder og støtter den ramte. Denne viden kunne måske både bidrage til at forebygge overgreb og til at lette de sociale konsekvenser for dem, der har været udsat for overgreb.

Som beskrevet i temaet *trivsel i skolen* oplever mange unge vanskeligheder i skolen i overgrebets efterspil, herunder koncentrationsbesvær og øget fravær. Overensstemmende med tidligere fund (Calam, Home, Glasgow & Cox, 1998; Chandy, Blum & Resnick, 1996; Hinkelman & Bruno, 2008; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993) viser nærværende kapitel således, at de(t) seksuelle overgreb kan have alvorlige uddannelsesmæssige konsekvenser, eksemplificeret i casen om Laura. Lauras traumereaktioner påvirkede hendes søvn og koncentrationsevne og umuliggjorde, at hun kunne koncentrere sig om sin skole, og i kombination med frygten for at møde den krænkende part i skolen resulterede det i et højt fravær. De uddannelsesmæssige konsekvenser er vigtige at tage med i betragtning, når man vurderer seksuelle overgrebs potentielt omfattende indvirkning på et ungdomsliv. På trods af, at tidligere studier ligeledes har vist, at unge udsat for seksuelle overgreb ofte oplever problemer i skolen efterfølgende (Hinkelman & Bruno, 2008; Kendall-Tackett et al., 1993), er der kun få unge, der oplever skolen som en kilde til støtte efter overgrebet

(Schönbucher et al., 2014). Hvis den ramte, som Mary, ender med ikke at færdiggøre en uddannelse, er der ikke blot tale om individuelle konsekvenser, men også samfundsøkonomiske konsekvenser, særligt hvis ofrene ender som marginaliserede borgere.

Som beskrevet i temaet *Social isolation* har mange unge udsat for overgreb oplevet at føle sig isoleret, kæmpet med selvbejdelse, skyldfølelse eller ikke kunnet deltage i de samme aktiviteter som før overgrebet. Hvis en ung afskæres fra sin vennegruppe på grund af isolation og undgåelse, mister vedkommende samtidig en vigtig socialiseringsarena (Cordor, 2000; Kofod & Nielsen, 2005): Sociale relationer er særligt vigtige i den unges igangværende identitetsudvikling. Casen om Sarah viste, hvorledes man kan miste kontakt til sine venner blot i kraft af hemmeligholdelsen af overgrebet. Det er vigtigt at turde tale om overgreb og opsøge hjælp, og som tidligere studier har demonstreret, har støttende sociale relationer i overgrebets efterspil afgørende betydning (Fehler-Cabral & Campbell, 2013; Schönbucher et al., 2014).

IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Konsekvenserne af et seksuelt overgreb bør også ses i relation til, hvordan de interpersonelle relationer påvirkes. Den psykosociale behandling af ofre udsat for seksuelle overgreb må tage dette med i betragtning, f.eks. ved at italesætte, hvilke sociale konsekvenser et overgreb kan have, og spørge ind til, hvordan det opleves af klienten. Ligeledes bør såvel forældre som professionelle voksne omkring de unge, herunder skolelærere og klubpersonale, være opmærksomme på, hvordan afsløringen af et seksuelt overgreb kan påvirke og potentielt splitte en vennegruppe. Ydermere må de have øje for, hvorledes den unges skolegang også kan være påvirket af reaktionerne på og omstændighederne omkring overgrebet. Herunder, hvordan traumereaktioner efter et overgreb, der kan komme til udtryk i både søvn- og koncentrationsbesvær, for de unge ofte er kombineret med frygten for at møde den krænkende part i dagligdagen. Her synes det afgørende, at de professionelle omkring de unge kender til og tør italesætte mulige sociale konsekvenser af et seksuelt overgreb, således at unge også i skolen kan finde støtte efter et overgreb.

Når vi arbejder med unge udsat for seksuelle overgreb, er det således afgørende, at vi ikke ser isoleret på overgrebet, men medtænker interaktionerne mellem overgrebets potentielt ødelæggende effekter og

andre vigtige livsbegivenheder. Et seksuelt overgreb må ikke kun betragtes ud fra de reaktioner, der direkte kan knyttes til overgrebet, men man må også medtænke betydningen af omgivelsernes reaktioner.

I CSO tilstræber den psykosociale behandling at tage hånd om såvel traumereaktioner som italesættelse af andre psykiske og sociale konsekvenser efter overgrebet. Hvad har overgrebet betydet for klientens sociale liv og daglige funktion? Splittelserne i vennegruppen kan italesættes, men kan være svære at løse i den individuelle terapi. Netop derfor vil CSO igangsætte et projekt, der skal undersøge virkningen af genoprettende samtaler til unge udsat for overgreb. Et tilbud om, at den krænkede og den krænkende part, efter individuelle formøder, kan mødes i trygge, velforberedte rammer og få sat ord på overgrebet, og hvad det har betydet.

OPSAMLING

Nærværende kapitel havde til formål at give indsigt i særligt de negative sociale konsekvenser, unge kan opleve, når de har været udsat for et seksuelt overgreb inden for deres omgangskreds eller vennegruppe. Reaktioner efter et seksuelt overgreb kan være så altoverskyggende og indgribende, at det forstyrrer de unges dagligdag i en sådan grad, at de frygter, at de aldrig vil komme tilbage til et normalt ungdomsliv. Dette er i særlig grad tilfældet, hvis offeret ikke mødes med forståelse og støtte fra sine jævnaldrende i overgrebets efterspil.

Blandt de 13-18-årige klienter i CSO har 69% været udsat for et seksuelt overgreb begået af én fra deres omgangskreds, altså en person, offeret med høj sandsynlighed vil kunne støde på i sin dagligdag. Temaet *Trivsel i skolen* illustrerer, hvorledes almindelige reaktioner efter et overgreb såsom søvnproblemer, koncentrationsbesvær og social tilbagetrækning kombineret med frygten for at møde den krænkende part kan påvirke trivslen i skolen og lede til et højt skolefravær. De negative kognitive påvirkninger kan også resultere i socialkognitive udfordringer i samspillet med andre. Temaet *Social isolation* viser ydermere, at når frygten for victimblaming afholder offeret fra at fortælle veninderne om overgrebet, mangler de den altafgørende sociale støtte og forståelse, der er så vigtig for at komme godt igennem reaktionerne på et seksuelt overgreb. Men som kapitlets andet tema, *Mobning og rygtedannelse i overgrebets efterspil*, viser, indfries frygten for victimblaming desværre for nogen. Omgivelsernes – og for unge særligt vennernes – reaktioner på

afsløringen af et seksuelt overgreb har oftest stor indflydelse på, hvordan den ramte oplever og håndterer overgrebets konsekvenser.

Næsten halvdelen af de unge fra Ungeprojektet (44,1%) fortalte om problemer i skolen efter overgrebet, og 28,8% havde øget fravær. Det er afgørende, at pårørende og professionelle har blik for, hvordan den rammes skolegang også kan blive påvirket af overgrebet, samt at de tør italesætte de mulige negative sociale konsekvenser af et seksuelt overgreb.

Både potentielle uddannelsesmæssige konsekvenser samt konsekvenserne for offerets sociale relationer må tages i betragtning, når man vurderer seksuelle overgrebs omfattende indvirkning på et ungdomsliv. Netop derfor er gratis og kvalificeret psykologhjælp til unge, udsat for overgreb, vigtig, hvor vi i det psykologfaglige arbejde må medtænke interaktionerne mellem reaktionerne på overgrebet, andre vigtige livsbegivenheder og omgivelsernes reaktioner.

LITTERATUR

Ahrens, C. E. & Aldana, E. (2012). The Ties That Bind: Understanding the Impact of Sexual Assault Disclosure on Survivors' Relationships with Friends, Family and Partners. *Journal of Trauma & Dissociation*, vol 13, no. 2, pp. 226-243.

Berliner, L. (2011). Child sexual abuse—Definitions, prevalence, and consequences. In J. E. B. Myers (Ed.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 215–232). Thousand Oaks, CA: Sage.

Best, J. (1997). Victimization and the victim industry. In E. Rubington & M. S. Weinberg (eds., 2003), *The Study of Social Problems – Seven Perspectives* (pp. 304-317). Oxford: Oxford University Press.

Blanchard-Dallaire, C. & Hébert, M. (2014). Social relationships in sexually abused children: Self-reports and teachers' evaluations. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23, pp. 326-344.

Calam, R., Home, L., Glasgow, D., & Cox, A. (1998). Psychological disturbance and child sexual abuse: A follow-up study. *Child Abuse and Neglect*, 22, pp. 901-913.

Chandy, J. M., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1996). Female adolescents with a history of sexual abuse: risk outcome and protective factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(4), pp. 503-518.

Clasen, L. E., Blauert, A. B. & Madsen, S. A. (2018). What Will my Friends Think? Social Consequences for Danish Victims of Sexual Assaults in Peer Groups. *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 27, no. 3, pp. 217-236.

Clasen, L. E. (2021). Årsberetning 2020, Center for Seksuelle Overgreb, Børneteamet.

Corder, B. F. (2000). *Structured Psychotherapy Groups for Sexually Abused Children and Adolescents*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Fehler-Cabral, G. & Campbell, R. (2013). Adolescent sexual assault disclosure: the impact of peers, families and schools. *American Journal of Community Psychology*, 52, pp. 73-83.

Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth – an update. *JAMA Pediatrics*, 167(7), pp. 614-621.

Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), pp. 287-299.

Hinkelman, L. & Bruno, M. (2008). Identification and reporting of child sexual abuse: the role of elementary school professionals. *The Elementary School Journal*, 108(5), pp. 376-391.

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 118, 164-180.

Kofod, A. & Nielsen, J.C. (2005). Det normale ungdomsliv: Hverdagsliv, fællesskab, trivsel og fremtid. [The normal life of adolescents: Everyday life, community, well-being and the future]. Center for Ungdomsforskning, Danmarks Pædagogiske Universitet.

Larsen, M. L., Hilden, M., & Lidegaard, Ø. (2014). Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(4), pp. 577-584.

McElvaney, R., Greene, S. & Hogan, D. (2014). To tell or not to tell? Factors influencing young people's informal disclosures of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(5), pp. 928-947.

Schnall, S., Harber, K. D., Stefanucci J. K. & Proffitt, D. R. (2008). Social Support and the Perception of Geographical Slant. *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 44., no 5, pp. 1246-1255.

Schönbucher, V, Maier, T., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., & Landolt, M.A. (2014). Adolescent perspectives on social support received in the aftermath of sexual abuse: a qualitative study. *Archives of Sexual Behavior*, 43, pp. 571-586.

Snyder, H. N., & Sickmund, M. (2006). *Juvenile Offenders and Victims: 2006 National Report*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Wingender, A. M. & Clasen, L. E. (2020). Statusrapport 2017-2019 Center for Seksuelle Overgreb. Udgivet af Center for Seksuelle Overgreb, Rigshospitalet, København. <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/center-for-seksuelle-overgreb/for-fagfolk/Documents/Aarsrapporter/statusrapport-2017-2019.pdf>

OM FORFATTEREN OG INSTITUTIONEN:

Line Engel Clasen er autoriseret psykolog og har en ph.d.-grad i udviklingspsykologi fra Aalborg Universitet. Line har i syv år arbejdet som forsker og klinisk psykolog i Center for Seksuelle Overgrebs Børneteamb på Rigshospitalet. CSO har også et nationalt Videnscenter, hvor Line Engel Clasen har været Videnscenterkoordinator. Line er fra september 2021 ansat som forsker og klinisk psykolog i Det Nationale Sorgcenter.

Fra efteråret 2021 er Børneteambet flyttet fra CSO på Rigshospitalet til Center for Socialpædiatri på Herlev Hospital.

KAPITEL 7

BEHANDLING TIL BØRN MED TRAUMER EFTER SEKSUELLE OVERGREB

Merete Bonde Jørgensen og Bente Marianne Olsen



Dette kapitel beskriver et udviklingsprojekt om behandlingstilbud til børn, der er udredt i et børnehus og udviser reaktioner på at have traumer efter seksuelle overgreb.

INDLEDNING

Børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, er i særlig risiko for at udvikle reaktioner på psykiske traumer. Der er derfor god grund til at udvikle en model for en effektiv behandling i Danmark. I udlandet er der gode erfaringer med at behandle børn, der får reaktioner efter traumatiske oplevelser, med den amerikanske metode Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi, forkortet TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy) (Cohen, Mannarino & Delinger, 2018, s. 100). TF-CBT har vist sig at være nyttig for børn, der har reaktioner på traumatiske hændelser som f.eks. seksuelle overgreb, også selv om de ikke opfylder alle diagnosekriterierne for PTSD. Socialstyrelsen arbejder derfor aktuelt på at udvikle behandling med TF-CBT til børn under 18 år, som er udredt i et børnehus og udviser reaktioner på at have psykiske traumer efter at have været udsat for seksuelle overgreb.

Der findes ikke undersøgelser, der viser omfanget af danske børn, der har reaktioner på at have fået traumer efter seksuelle overgreb. Det skyldes til dels, at langt fra alle overgreb opdages, og hvis de gør, udredes børnene ikke altid for traumer. Hertil kommer, at der er børn, der har en medfødt eller tillært modstandskraft, eller som har fået tilstrækkelig støtte til, at det kan beskytte dem mod at udvikle varige symptomer efter overgrebene (Cohen, Mannarino & Delinger, 2018, s. 26).

I de danske børnehuse udredes hvert år børn, der har brug for hjælp efter overgreb. Det opgøres ikke statistisk, om de har reaktioner på traumer, men i 2019 fandt børnehuse, at i 287 af de i alt 545 børnehussager om seksuelle overgreb det år havde børnene behov for psykologiske samtaler.¹ Det er en kommunal opgave at støtte børn med særlige behov. Kommunerne har forskellige tilbud til børn udsat for seksuelle overgreb (Deloitte, 2019 s. 34). I dag har ganske få kommuner et specialiseret tilbud til børn med reaktioner på traumer efter overgreb.

Det er baggrunden for, at Socialstyrelsen har igangsat projektet med at udvikle et behandlingstilbud til børn, som er udredt i et børnehus og udviser reaktioner på at have traumer efter seksuelle overgreb. Formålet er at tilvejebringe viden om, hvordan et virksomt behandlingstilbud kan

¹ Socialstyrelsen har beregnet antallet af børn med behov for psykologsamtale ud fra ikke offentliggjorte data indhentet til brug for udgivelsen af Årsstatistikken for de danske Børnehuse, 2019

tilrettelægges, som børnehuse eller andre aktører efterfølgende kan tilbyde til landets kommuner. Projektet gennemføres i samarbejde med Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd, VIVE. Projektet er tilrettelagt i faser. VIVE har med en gruppe traumeeksperter i første fase i 2020 udviklet et tilbud med TF-CBT, der er tilpasset danske forhold. I den anden fase fra 2021-2022 tester og evaluerer VIVE metoden i Børnehus Syd. Hvis projektet forløber tilfredsstillende, og der er efterspørgsel på behandlingstilbuddet blandt kommunerne i Region Syd, kan de øvrige fire regioners børnehuse også vælge at tilbyde den form for behandling.

UBEHANDLEDE TRAUMER KAN GIVE ALVORLIGE SKADER

En dansk gruppe behandlere har i et forskningsnotat opridset de væsentligste skadevirkninger, når børn udsættes for traumer og ikke mødes med behandling (Karsberg, Rønholt & Elklit, 2012). Traumerne kan være forårsaget af hændelser som f.eks. overgreb, vold, ulykker, naturkatastrofer, krigsforbrydelser og sorg. Den gennemgåede forskning viser, at børnenes biologiske, emotionelle, sociale og kognitive funktionsniveau ikke kun på kort sigt, men også på lang sigt bliver negativt påvirket, hvis traumerne ikke behandles (Chu & Lieberman, 2010). Forskning dokumenterer, at børn og unge, der udsættes for tidlige traumer, har en betydelig risiko for senere i livet at udvikle forskellige psykiske lidelser. Lidelserne, som forskningen beskriver, omfatter posttraumatisk stress syndrom (Elklit & Gudmundsdottir, 2006), angst og depression (De Young, Kenardy, Cobham & Kimble, 2012), psykoser (Callcott, Dudley, Standart, Freeston & Turkington, 2011), personlighedsforstyrrelser (Daud, Klinteberg & Rydelius, 2008), misbrug af afhængighedsskabende stoffer (Farrugia, Mills, Barrett, Back, Teesson, Baker & Brady, 2011) samt et dårligt fysisk helbred (Scott, Von Korff, Angermeyer, Benjet, Bruffaerts, de Girolamo, Haro, Lepine, Ormel, Posada-Villa, Tachimori & Kessler, 2011).

På baggrund af den gennemgåede forskningslitteratur i ovenstående notat fastslog behandlerne, der alle arbejdede med traumer i tilknytning til sundhedsvæsenet, at hvis de udsatte børn med traumer ikke bliver opsporet og behandlet hurtigst muligt, kan det være meget omkostningsfuldt både for den enkelte personligt og for samfundet generelt (Karsberg, Rønholt & Elklit, 2012, s. 2).

ET LANDSDÆKKENDE BEHANDLINGSTILBUD I BØRNEHUSREGI

En dansk undersøgelse viser, at kommunerne generelt har meget forskellige tilbud til børn, der har oplevet seksuelle overgreb (Deloitte, 2019). Desuden er det et fåtal af kommuner, der har et tilbud om traumebehandling (Alkærsig, Løkkegaard & Elklit, 2020). Da forskningen så entydigt viser, at børn kan tage skade af at gå med ubehandlede traumer, var det afgørende for Socialstyrelsen at udvikle et specialiseret behandlingstilbud, der på sigt kunne blive nationalt dækkende. Her faldt valget på børnehusene, da de er regionalt placerede og anvendes af kommunerne i udredningen af børn, der har været udsat for overgreb².

Kommunen skal altid benytte børnehuset i sager, hvor der er viden eller mistanke om vold og/eller seksuelle overgreb mod børn under 18 år, og hvor sagen også omfatter en anden sektor end kommunen. Det kan f.eks. være politi eller sygehusvæsen. Benyttelsen af børnehuset sker som led i den børnefaglige undersøgelse efter Servicelovens § 50. Børnehusene stiller ikke diagnoser, men hvis der er mistanke om traumer, screenes barnet bl.a. for symptomer på PTSD, og i det afsluttende notat til kommunen redegør børnehuset for, om barnet vil have gavn af et terapiforløb (Socialstyrelsen, 2019).

En anden fordel ved at udvikle et behandlingstilbud i regi af de danske børnehuse er, at børnene kender børnehuset fra udredningsforløbet. De vil derfor modtage behandling i kendte omgivelser i et hus indrettet til børn, og de vil møde fagprofessionelle, der har stor erfaring med børn udsat for overgreb.

Endelig indgik det også i overvejelserne, at børnehusene allerede arbejder med at screene børn for traumer og derfor har erfaring med at udrede målgruppen.

² Det er i Danmark muligt at forankre behandlingsmodellen i regi af børnehusene, som en relateret ydelse til deres kerneydelse, der er koordinering og udredning, og hvor udredningen har til formål at beskrive barnets belastningsgrad og dermed dets behandlingsbehov. Salg af tilkøbsydelser er hjemlet i Bekendtgørelsen om Børnehuse (BEK nr. 1153 af 01/10/2013, § 5 stk. 6).

I projektet blev tilbuddet kun målrettet børn udsat for seksuelle overgreb, velvidende at mange andre børn med traumer efter andre hændelser også kan have gavn af et tilbud. Men da der er tale om et forsøgsprojekt, var det nødvendigt at afgrænse målgruppen. Hvis projektet viser tilfredsstillende resultater og udbredes, kan det vurderes, om målgruppen kan udvides til også at rumme børn med traumer efter voldelige overgreb, da disse også er omfattet af børnehuse. Derimod vil det være nødvendigt at finde et andet regi end børnehuse til at udvikle et behandlingstilbud til børn med traumer efter andre hændelser end vold og seksuelle overgreb, da det kun er sidstnævnte målgruppe, der er omfattet af Bekendtgørelsen om Børnehuse.³

VALGET AF TRAUMEFOKUSERET KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI

Der findes ingen nationale retningslinjer i Danmark for udredning og behandling af børn, der har oplevet traumer, men i den internationale forskning findes en række anbefalinger og guidelines, der er anvendt og fulgt i projektet, og som har ført til valget af TF-CBT som behandlingsmetode.

Ifølge Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry's praksisanbefalinger til vurdering og behandling af børn og unge med Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD) fra 2010 viser forskningen, at traumefokuseret terapi, altså de terapiformer, der specifikt retter sig mod barnets traumatiske oplevelser, er overlegne i forhold til at behandle PTSD-symptomer ved sammenligning med andre terapiformer (Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004; Lieberman, Van Horn & Ippen, 2005; Trowell, Kolvin & Weeranamthri, 2002). I praksisanbefalingerne konkluderes det derfor, at denne terapiform bør være førstevalg til behandling af børn og unge med traumer (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2010).

I praksisanbefalingerne forklares traumefokuseret terapies gode virkning på børnenes symptomer på PTSD med, at barnets fokus i behandlingen, udover at være rettet mod de traumelaterede symptomer også, er direkte rettet mod den traumatiske oplevelse. Forskningen viser, at børn med PTSD som en del af deres symptomer undgår det, der minder dem

³ Bekendtgørelsen om Børnehuse (BEK nr. 1153 af 01/10/2013).

om traumerne. Det vil derfor være en forventelig menneskelig reaktion, når et barn får et valg om, hvad det vil snakke om i terapien, at det fravælger de traumerelaterede emner, da det er forbundet med smerte at genopleve dem. Både barn og behandler kan dermed komme til i behandlingen af de traumerelaterede symptomer aldrig at nå til at tale om traumet, der er årsag til symptomerne. Der er gennemført en række sammenlignende undersøgelser af børnecentreret terapi CCT (Child Centered Therapy) og TF-CBT, som viser, at børnene, der havde været udsat for seksuelle overgreb, sjældent valgte at snakke om personlige traumatiske oplevelser af sig selv, hvis de ikke blev introduceret til dem i terapien, hvilket de gjorde i TF-CBT-behandlingen, men ikke i CCT-behandlingen (Cohen et al., 2004).

Blandt de traumefokuserede terapiformer anbefales traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi TF-CBT i både ISTSS Guidelines Recommendations⁴ (2019) og i de britiske Nice Guidelines (2018). TF-CBT er udviklet af de tre amerikanske forskere Judy Cohen, Anthony Mannarino og Ester Deblinger. De var pionerer inden for arbejdet med at behandle børn udsat for seksuelle overgreb. Metoden er senere udviklet til at dække andre traumer efter forskellige typer af begivenheder, f.eks. vold, ulykker, krigsoplevelser, naturkatastrofer og sorg. TF-CBT anvendes i dag over hele verden (Cohen et al., 2018).

MÅLGRUPPEN FOR TF-CBT

I Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry's praksisanbefalinger fra 2010 henvises der til, at TF-CBT er virksom for helt små børn såvel som for unge (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2010). NICE Guidelines fra 2018 anbefaler individuel TF-CBT til børn og unge i alderen 5-17 år. Børnene, der har oplevet et traume, skal enten opfylde kriterierne for en PTSD-diagnose, eller deres PTSD-symptomer skal have et relevant niveau målt ved brug af validerede skalaer 1-3 måneder efter den traumatiske hændelse (NICE guidelines, 2018).

TF-CBT er dog ifølge de tre grundlæggere af behandlingen i lighed med andre behandlingsmetoder ingen universalmetode, da børn, som

⁴ ISTSS Guidelines Recommendations (2019) anbefaler ud over TF-CBT også metoden EMDR. Men ud fra eksisterende evidens anbefales ikke rådgivning af forældre uden deltagelse af børn, medicin, non-direktiv rådgivning mm.

eksponeres for traumatiske hændelser, reagerer meget forskelligt, og metoden derfor altid må tilpasses det enkelte barns problemstillinger. TF-CBT passer primært til børn, der har traumerelaterede emotionelle og adfærdsmæssige problemer, og hvor ændringen i disse problemer kan udgøre behandlingsmålene (Cohen et al., 2018, s. 28). Samtidig med at der i behandlingen arbejdes med disse problemer, der kaldes traumeresponser, arbejdes der også med, at barnet sættes i stand til at bearbejde selve traumat, der ellers ville blive ved med at reproducere traumeresponserne (Cohen et al., 2018, s. 124). Traumeresponserne kan have forskellig karakter. De kan f.eks. være affektive og omfatte frygt, depressive følelser, vrede, alvorlige humørsvingninger med videre. De kan være adfærdsmæssige f.eks. undgåelse af alt, der minder om traumat, selvskadende adfærd, seksualiseret adfærd med videre, eller de kan f.eks. være kognitive i form af ændrede tanker om sig selv, deres forældre og andre vigtige relationer.

Der er et stort overlap mellem traumeresponser og symptomer på PTSD, men børn behøver, som nævnt i indledningen, ikke at opfylde alle diagnosekriterierne for PTSD for at have nytte af TF-CBT-behandlingen. Det er derfor afgørende for en vellykket behandling, at terapien begynder med en grundig og vidensbaseret kortlægning og årsagsafklaring af barnets symptomer (Cohen et al., 2018, s. 29).

ISTSS Guidelines anbefaler TF-CBT for børn både med og uden forældreinddragelse i behandlingsforløbet. NICE guidelines fra 2018 anbefaler, at der skal tilbydes TF-CBT-behandling til børn med deltagelse af enten en forælder, der dog ikke må være den person, der har foretaget overgrebet, eller en anden nær omsorgsperson i det omfang, det er muligt. Forskningen viser, at børn, der deltager med en forælder eller anden omsorgsperson, oplever større virkning af behandlingen (Cohen et al., 2018, s. 67).

At forældrenes deltagelse giver bedre effekt, kan skyldes, at der i TF-CBT arbejdes med mestringsstrategier relateret til de traumatiske oplevelser, så barnet og forældrene bliver i stand til at genkende og forstå de traumerelaterede symptomer og responser fra barnet, så de kan blive genstand for behandling (Cohen et al., 2018, s. 127-128). På den måde sikres det, at barnet vil have støtte og møde forståelse ikke kun i behandlingen, men også i hverdagen og i tiden efter behandlingens ophør til at mestre følelser relateret til de traumatiske oplevelser med hjælp fra den voksne.

DE NORSKE ERFARINGER MED TF-CBT TIL BØRN

Der er gode resultater med at implementere og anvende TF-CBT i Norge, hvor Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS) har udviklet og udbredt metoden igennem de seneste 15 år. I Norge har man ikke udviklet en behandlingsmodel i regi af børnehuse, men på forskellige kommunale klinikker over hele landet (Cohen et al., 2018, s. 17-18).

Følgforskningen til anvendelsen af TF-CBT i Norge viser, at de børn, der modtog behandling med metoden, havde en signifikant større nedgang i symptomer på PTSD og depression og generelle psykiske lidelser end TAU-gruppen (Treatment As Usual) og bedre funktionsniveau (Jensen, Holt, Ormhaug, Egeland, Granly, Hoas, Hukkelberg, Indregard, Stormyren & Wentzel-Larsen, 2014). Desuden var forbedringen stadig intakt efter 18 måneder (Jensen, Holt & Ormhaug, 2017), og TF-CBT var mere omkostningseffektivt end TAU (Aas, Iversen, Holt, Ormhaug & Jensen, 2018). Herudover var børn og forældre glade for behandlingsmetoden (Dittmann & Jensen, 2013). Endelig konkluderer lederen af afprøvningsstudiet af TF-CBT i Norge, professor i psykologi Tine Jensen, at udfordringen med at hjælpe traumatiserede børn ikke ligger i, at der mangler gode, veldokumenterede behandlingsmetoder og -modeller, men i at få taget dem i brug i den kliniske praksis (Dittmann & Jensen, 2013).

TF-CBT-BEHANDLINGSTILBUDET TIL BØRN I BØRNEHUS SYD

VIVE har som nævnt sammen med en ekspertgruppe, herunder forskere fra Danmark, Sverige og Norge, tilpasset TF-CBT til en dansk børnehuskontekst og vil i 2021 og 2022 pilotteste behandlingstilbuddet i Børnehus Syd. VIVE har udarbejdet en dansk manual, der ved siden af den amerikanske manual beskriver TF-CBT-behandlingen, herunder hvilke screeningsredskaber der anvendes til udredning af målgruppen.

Børn, der modtager behandling i projektet, er udredt i børnehuset og udviser tegn på at være traumatiserede i en grad, der kræver traumefokuseret behandling. Det er kommuner i Region Syd, der kan visitere børn til behandlingstilbuddet. Ved visitationen afklarer myndighedsrådgiveren, hvilken voksen der ledsager barnet i behandlingsforløbet. Det kan være én eller begge forældre eller en anden nær omsorgsperson, der deltager. De udvalgte ledsagere inddrages i et

parallelt forløb, hvor deres opgave er at støtte barnet, men ikke selv at modtage terapi. Det skal understreges, at ledsageren aldrig kan være den person, der har udsat barnet for overgreb. Et behandlingsforløb foregår ugentligt over en periode på 3-4 måneder. For at lette adgangen til tilbuddet kan det foregå i alle tre afdelinger af Børnehus Syd i henholdsvis Odense, Esbjerg og Aabenraa.

Behandlerne i Børnehus Syd bliver uddannet i TF-CBT som led i projektet. De bliver trænet af norske certificerede TF-CBT-trænere, da uddannelsen ikke udbydes i Danmark. TF-CBT-uddannelsen er en kortvarig, modulopbygget efteruddannelse, der kræver, at behandleren inden da har en afsluttet psykologuddannelse eller en 3-årig psykoterapiuddannelse. Desuden skal vedkommende have mindst tre års erfaring med udredning eller behandling af børn og unge.

FASER OG KOMPONENTER I TF-CBT

TF-CBT er en metode, hvor det er barnets symptombillede og familiens situation, som styrer terapien. TF-CBT er manualbaseret, men fleksibelt bygget op om komponenter, som kan tilpasses det enkelte barns og families behov. I arbejdet med komponenterne er der metodefrihed; f.eks. kan der både anvendes kognitive, adfærds- og kropsterapeutiske tilgange i behandlingsforløbet. I det følgende beskrives metoden ud fra VIVES projektmanual⁵, der bygger på Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018.

Modellen består af tre faser. En stabiliserings- og færdighedstræningsfase, en bearbejdningsfase og en integrations- og konsolideringsfase. I nedenstående model vises de tre faser med tilhørende komponenter. I alle faser arbejdes der med en gradvis eksponering af traumet, og der arbejdes i parallelle sessioner med omsorgspersonen. Der skal også være fokus på sikkerhed igennem hele behandlingsforløbet.

I den første fase, der er stabiliserings- og færdighedstræningsfasen, arbejdes der med komponenter, der skal stabilisere situationen og give barn og forældre færdigheder til igennem hele forløbet at arbejde med psykoedukation for at normalisere traumeresponserne på overgrebet. Det kan f.eks. bestå i, at behandleren indfører barnet og forælderen i at udvikle

⁵ VIVES manual tilrettes løbende i projektet og er derfor ikke offentlig tilgængelig, før projektets afslutning ultimo 2022.

færdigheder til at håndtere minderne om traumet. I denne fase modtager barnet og forælderen også generel information om traumer, dynamikkerne i dem, deres udbredelse og virkning, og hvordan de kan behandles. Der arbejdes, som led i en gradvis eksponering af traumet, i denne fase med barnets kropslige og følelsesmæssige reaktioner på traumet samt med den kognitive mestring og forståelse af sammenhængen mellem tanker, følelser og adfærd.

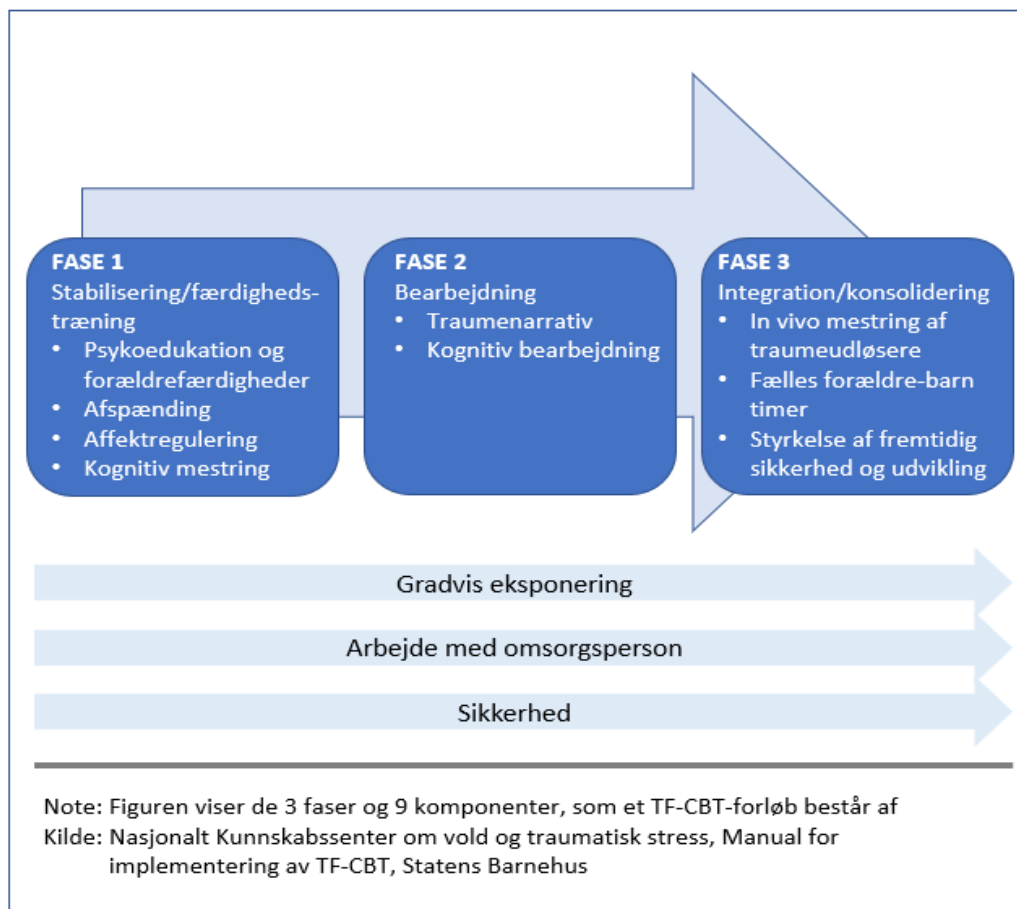
I den anden fase arbejdes der intenst med at udarbejde traumenarrativet, dvs. en fortælling om overgrebet og de følelser, der er forbundet med det. Her støttes barnet til at fortælle om traumet og kognitivt bearbejde minderne om det. Der arbejdes typisk med små bøger om hændelserne og illustrationer af det, der skete. Når barnet har udformet hele traumenarrativet begynder behandleren at arbejde med kognitiv processering for at udforske og hjælpe med at korrigere fejlopfattelser, som f.eks. at barnet har skyld i det, der skete ved overgrebet.

I den tredje fase rettes fokus mod at få konsolideret det, som barnet har lært i de tidligere faser. Her udarbejdes der for eksempel sikkerhedsstrategier for, at overgreb ikke sker igen, og færdighederne tilegnet i de tidligere faser forstærkes. Normalt fylder hver fase omkring en tredjedel af forløbet. Hvis det er en meget kompleks sag, kan den første fase fylde op til halvdelen af sessionerne. Men det er vigtigt ikke at blive for længe i den første fase, da der er behov for at komme i gang med at bearbejde selve traumet i den næste fase. Se figur 1 om det faseopdelte TF-CBT-behandlingsforløb.

Antallet af sessioner i et behandlingsforløb er i gennemsnit 15 gange, men tilpasses det enkelte barns behov. En session varer 90 minutter. Som hovedregel gennemføres halvdelen af sessionen med barnet og halvdelen med omsorgspersonen, men dette kan variere. Ved afslutningen af barnets del af sessionen kan omsorgspersonen inviteres med i de sidste minutter. Det giver lejlighed til, at barnet f.eks. kan instruere omsorgspersonen i, hvordan en afslapningsøvelse skal laves eller fortælle om næste uges hjemmearbejde. Herefter er det omsorgspersonen, der bliver hos terapeuten, og barnet placeres på et sted, hvor det kan sidde trygt og vente. Nogle sessioner kan også gennemføres med både barn og omsorgsperson. Dette sker især sidst i behandlingsforløbet, hvor forælderen skal høre barnets traumenarrativ.

Hjemmearbejde er en væsentlig del af TF-CBT-forløbet. Til dette formål er der udviklet særlige lærebøger til både børn/unge og omsorgspersoner. Ligesom alle andre elementer af TF-CBT-forløbet skal hjemmearbejdet tilpasses det enkelte barn og dets udfordringer. Hvis der er givet hjemmearbejde, bør den efterfølgende session starte med, at der spørges til ugens hjemmearbejde. Ved altid at spørge til hjemmearbejdet sikres det, at barnet og omsorgspersonen oplever, at hjemmearbejdet er vigtigt, og at terapeuten løbende får tilpasset opgaverne.

Figur 1. Model over det faseopdelte TF-CBT-behandlingsforløb



Det anbefales, at sessionerne foregår i et samlet forløb med en ugentlig session og eventuelt flere sessioner ugentligt, hvis der er behov for det. Af hensyn til barnet er det særlig vigtigt, at selve arbejdet med at få formuleret traumenarrativet ikke trækkes ud over en lang periode, da traumenarrativet for de fleste børn er den mest udfordrende del af forløbet. Det samlede forløb varer omkring 3-4 måneder.

VIVE EVALUERER PROJEKTET

VIVE følger projektet med en formativ evaluering, der dokumenterer, om metoden implementeres efter hensigten. Evalueringen bygger bl.a. på skemaer, som TF-CBT-terapeuterne udfylder for hver session i et behandlingsforløb for at dokumentere, hvordan metoden er anvendt. Desuden interviewes de om deres erfaringer med behandlingen og metoden. Der kan det første år af projektet ske tilretninger og forbedringer, hvorefter behandlingsmodellen låses fast og pilottestes over ni måneder i 2022.

Desuden foretager VIVE en før- og en eftermåling af, om børnene får det bedre af behandlingen i forhold til deres symptomer på PTSD og trivsel. I før- og eftermålingen anvendes der en række screeningsredskaber til at måle børnenes progression. Det foregår på den måde i behandlingsforløbet, at barn og omsorgsperson i forbindelse med opstarten, under og ved afslutningen af behandlingen samt tre måneder efter afsluttet behandling udfylder en række validerede spørgeskemaer, der anvendes som måleredskaber for at følge barnets udbytte af behandlingen.

OPSAMLING

Der har været meget stor interesse for at visitere børn til behandling i opstarten af projektet i 2021, hvilket tyder på, at behandlingstilbuddet udfylder et tomrum i tilbuddene til børn, der har været udsat for seksuelle overgreb. Hvorvidt interessen vil fortsætte, og kommunerne fortsat visiterer børn til tilbuddet i hele projektperioden, vil tiden vise.

Hvis projektet har de gavnlige virkninger, som TF-CBT tilskrives i forskningen, kan børnehuse, kommuner eller andre aktører overveje at tilbyde behandlingstilbuddet og på den måde sikre, at børn udsat for seksuelle overgreb, uanset hvilken kommune de vokser op i, får adgang til behandlingstilbuddet. I den forbindelse kan det også undersøges, om

tilbuddet kan komme til at rumme børn med traumer efter voldelige overgreb, da de også er en del af børnehusenes målgruppe. I et videre perspektiv vil et tilbud til børn med traumer efter andre begivenheder også være vigtigt at understøtte, da TF-CBT er lige så effektiv en metode for disse målgrupper som for børn med overgreb i bagagen. Det vil dog skulle søges løst i et andet regi end i børnehuse. I de danske børnehuse er der gode muligheder for at screene for børn med symptomer på traumer som led i § 50-udredningen, og dette vil være langt vanskeligere at pege på en model for i andre sammenhænge.

LITTERATUR

Bekendtgørelsen om Børnehuse (BEK nr. 1153 af 01/10/2013)

Alkærsig, M., Løkkegård, S.S. & Elklit, A. (2020): Terapeutiske behandlingsmetoder til traumatiserede børn. Videnscenter for Psykotraumatologi, SDU.

Callcott, P., Dudley, R., Standart, S., Freeston, M. & Turkington, D. (2011): Treating trauma in people with first-episode psychosis using cognitive behavioural therapy. I: Hagen, R., Turkington, D., Berge, T. & Gråwe, R. W. (red.): *CBT for psychosis: A symptom-based approach*. 175-192. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; US.

Chu, A. T. & Lieberman, A. F. (2010): Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual Review of Clinical Psychology*, Vol. 6, 469-494.

Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. & Steer, R. (2004): A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol 43, 393-402.

Cohen, J. A., Deblinger, E. Mannarino, A. P. (2018): Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom. Universitetsforlaget.

Daud, A., Klinteberg, B. & Rydelius, P.-A. (2008). Trauma, PTSD and personality: The relationship between prolonged traumatization and personality impairments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 22(3), 331-340.

Deloitte (2019): Analyse af kommunernes praksis på overgrebsområdet. Rapport 2019.

De Young, A. C., Kenardy, J. A., Cobham, V. E. & Kimble, R. (2012): Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 53, 56-63.

Ditmann, I. & Jensen, T. (2013): Giving a voice to traumatized youth – Experiences with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 38, 1221-1230.

Elklit, A. & Gudmundsdottir, D. B. (2006): Posttraumatisk stressforstyrrelse hos børn og unge. *Den blå serie. Forlaget skolepsykologi*, Vol. 29.

Farrugia, P. L., Mills, K. L., Barrett, E., Back, S. E., Teesson, M., Baker, A. & Brady, K. T. (2011). Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post-traumatic stress disorder. *Mental Health and Substance Use*, Vol 4(4), 314-326.

ISTSS Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines (2019).

Jensen, T., Holt T., Ormhaug, S.M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S. S., Indregard, T., Stormyren, S. D. & Wentzel-Larsen, T. (2014): A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol. 43 (3), 356-369.

Jensen T., Holt T. & Ormhaug, S. M. (2017): A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 45(8), 1587-1597.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2010): Praksisanbefalinger til vurdering og behandling af børn og unge med Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD). Oversat af S. Karsberg for Videnscenter for Psykotraumatologi.

Karsberg, S, Rønholt, S & Elklit, A. (2012): *Hvordan vurderer vi småbørnstraumer? – En sammenfatning af en tværfaglig arbejdsgruppes overvejelser*. Syddansk Universitet. Videnscenter for Psykotraumatologi.

Lieberman, A. F., Van Horn, P. & Ippen CG. (2005): Toward evidence-based treatment: Child Parent Psychotherapy with preschoolers exposed

to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 44 (12), 1241-1248.

NICE guidelines (2018): Post-traumatic stress disorder, Nice Guideline.

Scott, K. M., Von Korff, M., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Haro, J. M., Lepine, J., Ormel, J., Posada-Villa, J., Tachimori, H. & Kessler, R. C., (2011): Association of Childhood Adversities and Early-Onset Mental Disorders with Adult-Onset Chronic Physical Conditions. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 68(8), 838-844.

Socialstyrelsen (2019): *Den Danske Børnehusemodel*. Faglige beskrivelser af indsatserne i de danske børnehuse. Socialstyrelsen.

Trowell, J., Kolvin, I. & Weeranamthri, T. (2002): Psychotherapy for sexually abused girls: Psychopathological outcome findings and patterns of change. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 160, 234-247.

Aas, E., Iversen, T., Holt T., Ormhaug S. M. & Jensen, T. K. (2018): Cost-Effectiveness Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Control Trial among Norwegian Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, Vol. 1-14.

Årsstatistik om de danske børnehuse, 2019. Socialstyrelsen.

OM FORFATTERNE OG INSTITUTIONEN

Merete Bonde Jørgensen er specialkonsulent i Videnscentret for sociale indsatser ved vold og overgreb mod børn, SISO, i Socialstyrelsen. Merete er cand.pæd.psych. og socialrådgiver og har været ansat i SISO i Socialstyrelsen siden 2007, hvor hun bl.a. har arbejdet som projektleder for den faglige understøttelse af de danske børnehuse, vidensindsamling, formidling og rådgivning til kommuner og andre aktører m.v. Tidligere har Merete gennem mange år arbejdet med børn udsat for overgreb i amtlig børnerådgivning.

Bente Marianne Olsen er chefkonsulent i Videnscentret for sociale indsatser ved vold og overgreb mod børn, SISO, i Socialstyrelsen. Bente er ph.d. i sociologi og har været ansat i Socialstyrelsen siden 2008, hvor hun bl.a. har arbejdet med psykologordningen til voksne med senfølger

efter overgreb og med familier på krisecentre og i de seneste år i SISO med vidensindsamling og metodeudvikling. Tidligere var Bente forsker på Socialforskningsinstituttet i dets afdeling for børn og familier.

SISO's opgave er at indsamle, bearbejde og formidle viden om sociale indsatser mod vold og seksuelle overgreb mod børn, herunder at rådgive kommuner om arbejdet med vold og overgreb.

KAPITEL 8

”HEJ SMUKKE”

- UDVIKLINGEN I GROOMING OG RED BARNETS TJENESTE ANMELDDET IGENNEM 20 ÅR

Ane Lemche, Per Frederiksen og Rebecca Cronfeld



Dette kapitel skitserer, hvordan grooming har udviklet sig igennem de seneste 20 år, og tydeliggør, hvordan og hvor grooming finder sted i dag. Kapitlet slutter med anbefalinger til at sikre børns digitale beskyttelse fremadrettet.

INDLEDNING

For 20 år siden oprettede Red Barnet den danske civile anmeldelsestjeneste til bekæmpelse af dokumenterede seksuelle overgreb mod børn i Danmark. I de efterfølgende år er den samlede mængde af dokumenterede seksuelle overgreb mod børn på internettet vokset, og vi ser aktuelt flere danske sager, hvor børn og unge manipuleres eller afpresses til at dele nøgenbilleder.

Både internettet, den samlede mængde af overgrebsmateriale og kompleksiteten i sagerne er stor, men det må aldrig blive et argument for at vende det blinde øje til. Vi skal beskytte børn – også når det er svært. Aktuelt er der fra Justitsministeriets side nedsat en arbejdsgruppe, der skal fastsætte, hvordan børn beskyttes mod grooming.

I Red Barnet har vi beskæftiget os med grooming i al den tid, vi har haft en anmeldelsestjeneste. I vores årsrapport fra 2002 skrev vi, at *“grooming er den engelske betegnelse for den særlige proces, hvor krænkeren vinder ofrets tillid over tid og gradvist misbruger tilliden til at stille stadig større krav, som kan ende i et seksuelt overgreb”* (Sørensen, 2003, side 11).

Denne grundforståelse af grooming er stadig relevant, men i løbet af de seneste 20 år er der sket en kolossal udvikling, både i forhold til, hvorledes grooming finder sted, og i forhold til, hvordan grooming kan forstås. “Over tid” er gået fra at referere til et forløb, der kan tage år, til i dag at referere til forløb på kun timer, før overgrebet finder sted. Samtidig er “gradvist” gået fra en næsten subtil udvikling hen mod det mere og mere seksualiserende til i dag, hvor seksualiserende emner kan blive introduceret umiddelbart efter, at kontakten er blevet etableret. Elementer som falske profiler på sociale medier, billedmanipulation og digital afpresning gør, at udviklingen i et grooming-forløb ikke blot er accelereret i tid, men også eskaleret eksponentielt i både omfang og skrappelløshed. Med de sociale mediers hurtige udvikling igennem de seneste 20 år er der åbnet en direkte dør ind til børneværelset, hvor potentielle krænkere ikke behøver at gå forbi forældrene først (Alamri, 2018). Denne digitale dør anvendes i høj grad, når børn i 2021 udsættes for grooming. Formålet med dette kapitel er at skitsere, hvordan grooming har udviklet sig igennem de seneste 20 år, samt at tydeliggøre, hvordan og hvor grooming finder sted i dag. Afslutningsvis vil vi komme med anbefalinger til at sikre børns digitale beskyttelse fremadrettet.

Red Barnets anmeldtjeneste 2001

The screenshot shows the Red Barnet website in a Microsoft Internet Explorer browser window. The address bar shows the URL: <http://www.redbarnet.dk/DK/Pages/FrameSets/MainFrame.dna?pBar=3>. The website header includes the Red Barnet logo and the tagline "Save the Children Denmark". A navigation menu contains links for "Nyheder", "Støt os", "Nationalt", "Internationalt", "For børn", "Butik", "Sponsorer", "Om Red Barnet", and "English".

The main content area features a central headline: "Red Barnets hotline mod børneporno". To the left, there are two boxes: "Stop Børneporno på nettet" with a hand icon and "130 børn savner en feriefamilie" with a photo of a child. Below these is a "Sikker chat" section with the text "Giv din udenlandske valuta til Red Barnet" and "Red Barnet støtteshop" with contact information: Red Barnet, Rantzægade 60, 2200 København, Tlf: 3536 3555, redbarnet@redbarnet.dk. A dropdown menu shows "International Alliance".

To the right of the headline is a "Stop børneporno på internet" box with a hand icon and the Red Barnet logo. Below it is a paragraph: "Det er en hertesag for Red Barnet at være med til at bekæmpe børneporno på internettet. Hvert eneste billede viser et overgreb og en dyb krænkelse af et barn. Her kan du anmelde børneporno og læse mere om problemet:". Below this paragraph is a list of links: "Anmeld børneporno", "Fakta om børneporno", "Virkelige historier", "Red Barnets arbejde mod børneporno", "Red Barnets politik", and "Støt arbejdet mod børneporno". To the right of the list is a vertical list of links: "Feriebørn", "Børnehuse", "Børnerettigheder", "Videnscenter om Flygtningebørn", "Seksuelt misbrug", "Børneporno", and "Børne-sexturisme".

At the bottom of the main content area is a box with the text: "Støttet af EU's Safer internet Action Plan Supported by the EU Safer Internet Action Plan".

Red Barnets anmeldtjeneste 2021

The screenshot shows the Red Barnet website's reporting page in 2021. The browser address bar shows the URL: redbarnet.dk/anmeldtjenst/. The page header includes the "Anmeldtjenst" logo and the Red Barnet logo. On the right side, there are links for "Viden", "Om os", and "Indtast søgeord".

The main content area features a large image of a child's back with the text: "ER DU STØDT PÅ SEKUELST OVERGREBSMATERIALE MED BØRN PÅ NETTET?". Below the text is a red button labeled "ANMELD". At the bottom of the page, there is a small text: "Alle anmeldelser behandles 100 % anonymt".

På foregående side ses øverst anmeldelsestjenestens hjemmeside anno 2001 og nedenfor samme hjemmeside anno 2021. Der er en lang række tydelige grafiske forskelle, men der er faktisk også et par faglige. I 2001 anvendes termen børneporno. I 2016 kom det, der refereres til som Luxembourg-aftalen, hvor bl.a. Interpol og Europol gjorde det klart, at ordet børneporno ikke bør anvendes, da det trivialisere og forklejner, hvad materialet egentlig viser: dokumenterede seksuelle overgreb mod børn (Children T. a., 2016). Internationalt anvendes i dag betegnelsen CSAM, der står for Child Sexual Abuse Material. I 2001 var et tastatur en del af logoet for anmeldelsestjenesten, men i dag modtager vi flest anmeldelser fra mobile enheder, hvorfor hjemmesiden også er optimeret til mobilbrug.

HVAD ER GROOMING?

Grooming er et begreb, der længe har været kendt og anvendt i behandlingen af ofre for seksuelle krænkelser og i den forskning, der knytter sig til udnyttelsen af børn (O'Connell, 2003). Grooming er helt overordnet betegnelsen for en proces, hvor en mentalt eller aldersmæssigt overlegen person opbygger en relation til et barn eller en ung med henblik på at begå et seksuelt overgreb (Jakobsen et al., 2015). I grooming-processen manipulerer krænkeren barnet med det formål at få barnet til at overskride sine grænser, så der kan begås et overgreb. Bemærk, at der tages udgangspunkt i, at det er en voksen, der groomer et barn. Det behøver det ikke at være. Grooming-processer ses også mellem ældre og yngre børn.

Grooming omfatter forsøg på at blive ven eller etablere et forhold eller anden følelsesmæssig forbindelse med barnet. Børn og unge udsættes ofte for grooming, før de bliver seksuelt udnyttet. Først kan de blive lokket til at tro, at de er i et sikkert og normalt forhold, så de måske ikke opdager eller forstår, at det, der sker, er forkert eller kan stoppes. Det kan være svært at identificere, præcist hvornår nogen groomes, før de er blevet seksuelt udnyttet, fordi grooming-adfærd undertiden kan se ud som 'normal' omsorgsadfærd.

Da grooming endnu ikke er selvstændigt kriminaliseret i straffeloven, findes der i Danmark ikke en egentlig juridisk definition af grooming. I England har det siden 2003 været ulovligt at aftale et møde med et barn under 16 år med henblik på at udnytte barnet seksuelt (legislation.gov.uk, 2021). Ligeledes har Norge og Sverige tilføjet særlige grooming-paragraffer til straffeloven, således at voksne, der går direkte efter at

manipulere og udnytte børn seksuelt, kan blive straffet (overgrep.no, 2021).

Har grooming et bestemt udtryk eller forløb?

Det er længe blevet diskuteret, hvorvidt grooming er en entydig proces med "faste" trin eller snarere følger et mere løseligt defineret mønster i relation til seksuelle overgreb på børn. I relation til dette fremhævede Bennett og O'Donohue (2014) bl.a. problematikken med manglende valide metoder til at bestemme og definere en grooming-proces. De foreslog en todelt definition af grooming-processen: 1. En voksen har en upassende adfærd over for et barn. 2. Der præsenteres tungtvejende argumenter for, at denne adfærd øger risikoen for, at der begås overgreb på barnet (Bennett & O'Donohue, 2014). Der er siden blevet forsket meget på området, og i 2020 udgav Winters, Jeglic og Kaylor et review af de eksisterende modeller af grooming-processer (Winters, Jeglic, & Kaylor, 2020). Iflg. Winters et al. kan grooming anskues som en proces, der består af fem dele (oversat fra Winters, Jeglic & Kaylor, 2020):

- 1) Udvælgelse af offer
- 2) Adgang til og isolation af barnet
- 3) Udvikling af tillidsforhold
- 4) Nedbrydelse af barnets intime grænser
- 5) Vedligeholdelse af forholdet efter overgreb

Faserne knytter sig i høj grad til længerevarende forløb, hvor der opbygges tillidsforhold mellem den potentielle krænker og barnet. Som vi ser eksempler på senere i dette kapitel, har internettet givet anledning til, at potentielle krænker meget hurtigt kan etablere kontakt til et barn og forsøge at lokke eller true barnet til f.eks. at tage intime billeder af sig selv. Det er endnu uklart i disse tilfælde, om der er tale om en særlig forsimplet eller forhastet form for grooming, eller om der i højere grad er tale om en optakt til forsøg på overgreb, som er så kort, at man ikke meningsfuldt kan tale om, at der dannes et tillidsforhold mellem krænker og barn. Grooming er en intentionel adfærd, da den indebærer, at der introduceres seksuelle temaer og normnedbrydelse over for barnet, hvilket ikke er almen adfærd hos voksne uden en seksuel interesse i børn. Den voksne behøver ikke have et bevidst forsæt til overgreb, idet den voksne kontakter barnet, men det er den voksnes seksuelle lyst eller interesse, der i sidste ende igangsætter grooming-processen og fører til overgreb. Det er altså den seksuelt motiverede kontakt med barnet, der er problematisk, fordi den kan medføre en grooming-proces og efterfølgende overgreb.

Grooming og deraf følgende krænkelser og overgreb kan overgå alle børn. Særligt udsatte er børn, der i forvejen står i en sårbar livsposition, mangler adgang til tryk og stabil voksenkontakt mv. Det kan f.eks. være børn, hvis omsorgspersoner ikke har tid eller overskud til at tilbyde børnene tilstrækkelig følelsesmæssig støtte i forbindelse med sygdom, sorg, skilsmisse og/eller sociale eller psykiske udfordringer. Grooming virker ikke, fordi barnet er for dårligt til at passe på sig selv, men fordi en voksen udnytter barnets naturlige behov og interesse for kontakt og tilknytning til en ældre person. Det er væsentligt at understrege, at selvom nogle børnegrupper kan være særligt sårbare over for grooming, så kan alle børn potentielt udsættes for grooming og krænkelser, og forældre i en stabil social situation kan ikke "vide sig sikre".

Forældre, lærere og andre fagfolk bør tidligt tale med børn om, hvordan barnet mærker sine personlige grænser, og at det er helt ok at holde fast i dem. Det indebærer et ansvar om at lære børn, at deres personlige grænser ikke kan overskrides, når voksne måtte ønske dette. Børn skal lære både manerer, sociale koder, at prøve nye ting og at tage ansvar, men det er muligt at lære dem det uden samtidig at lære dem at overhøre kropslige signaler og personlige grænser (Hoeck & Jøker, 2019).

Hvad medfører grooming?

Grooming kan som nævnt være en forløber til både digitale og fysiske overgreb. Fordi grooming har flere elementer af lokkende eller manipulerende karakter, hvor barnet eller den unge kan opleve, at han/hun er venner med, afhængig af eller på anden vis følelsesmæssigt knyttet til krænkeren, så kan barnet eller den unge udvise en adfærd, hvor vedkommende *tilsyneladende* frivilligt deltager i seksuelle eller seksuelt ladede aktiviteter. Det kan desværre betyde, at omgivelserne misforstår relationen mellem krænker og barn og uretmæssigt lægger hele eller dele af ansvaret for et overgreb over på barnet eller den unge. Dette gælder især børn, der er gået i puberteten. I dansk retspraksis har man f.eks. gennem tiden lempet straf til en voksen overgrebsmand med henvisning til, at der var et "kærestelignende forhold" mellem den voksne og barnet. Grooming kan også medføre, at barnet indvilger i at lade sig fotografere eller filme i en seksuelt ladet kontekst, eller at barnet eksponerer sig selv over for krænkeren uden nødvendigvis at være bevidst om, at det bliver optaget.

Det er væsentligt at have stort fokus på, hvilke konsekvenser det kan have for et barn at blive udsat for seksuelle krænkelser eller overgreb –

både fysisk og digitalt. Men der bør tilsvarende være fokus på, hvilke konsekvenser selve grooming-processen kan have. Uanset om den voksne er sig bevidst, at han eller hun med groomingen ønsker at begå et overgreb på barnet, og uanset om den voksne synes, at det er forkert at groome barnet, så indebærer grooming elementer af manipulation og bedrag. Et barn har ikke en voksens bevidsthed eller seksualitet, og barnet vil ofte efterfølgende føle sig groft misbrugt og udnyttet, uanset om den voksne lykkedes med at gennemføre et overgreb. Barnet risikerer at miste troen på egen dømmekraft og tilliden til voksne og mennesker generelt. Konsekvenserne af digitale overgreb kan være lige så omfattende og alvorlige som konsekvenserne af fysiske overgreb. Det kan være lavt selvværd, depressive eller angstlignende symptomer, traumereaktioner mv. Desuden kan det have alvorlige konsekvenser for barnets skolegang og sociale liv, fordi barnet trækker sig og/eller ikke kan overskue eller udholde at deltage i alderssvarende, sociale eller faglige aktiviteter (Hviid, Larsen, Harder, Rasmussen, & Søndergaard, 2020).

OM DEN DANSKE TJENESTE ANMELDDET

AnmeldDet er Red Barnets tjeneste, hvor borgere har mulighed for anonymt at anmelde dokumenterede seksuelle overgreb på børn. At 'anmelde' betyder i denne sammenhæng, at borgeren indberetter, hvad der mistænkes for at være overgrebsmateriale. Red Barnet har en specialtilladelse fra Rigsadvokaten i forhold til at kunne varetage denne tjeneste. Hver gang et overgrebsbillede eller en video bliver set, er det en krænkelse af barnet, og det er derfor afgørende, at dokumenterede overgreb bliver fjernet hurtigt. Red Barnet har siden 2001 behandlet over 90.000 anmeldelser for at beskytte børn på nettet (Pedersen & Frederiksen, 2020).

Nationalt er der et tæt etableret samarbejde mellem Red Barnet og Rigspolitiet og i særdeleshed enheden National Cyber Crime Center (NC3), der varetager arbejdet med IT-relaterede seksualforbrydelser. Red Barnet har også et samarbejde med den danske teleindustri samt nogle af de store sociale medier for hurtigere at kunne fjerne ulovlige billeder og videoer. Internationalt har Red Barnet siden anmeldelsestjenestens etablering i 2001 været en del af INHOPE (inhope.org), der er et verdensomspændende netværk af anmeldelsestjenester. Det er også via INHOPE, at der eksisterer et tæt samarbejde med Interpol.

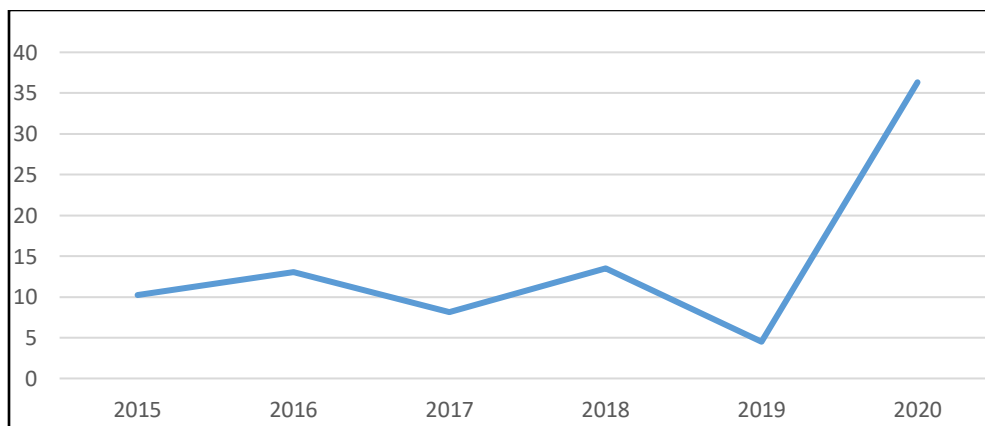
Stigning i anmeldelser om selveksponering

I 2020 var der en markant stigning i antallet af anmeldelser, der af AnmeldDets analysemedarbejdere blev vurderet ulovlige og klassificeret som selveksponering. Selveksponering er en særlig konsekvens af et grooming-forløb og en del af det seksuelle overgreb. Selveksponering betyder, at børn helt eller delvist blottes deres køn eller udfører seksuel aktivitet såsom berøring af køn, bagdel eller bryster med eller uden genstande foran et kamera. Selveksponering kan se frivilligt ud på billeder og film. Børnene kan smile og virke engagerede eller nysgerrige, og da man på billeder og video ikke kan se den person, som barnet potentielt set interagerer med, så kan det for udenforstående fremstå, som om selveksponeringen er barnets egen idé. Det er dog på ingen måde vores indtryk fra anmeldelsestjenesten, og flere alvorlige sager fra Danmark og udlandet viser desværre, at digitalt materiale, der indeholder selveksponering, ofte er et resultat af et grooming-forløb. Det gælder f.eks. sagerne om den såkaldte "TikTok-mand" (www.bt.dk/krimi/, 2021) samt de to sager fra retten i Esbjerg, der gennemgås senere i dette kapitel.

Selveksponering er interessant at se nærmere på i forhold til anmeldelsestjenesten og grooming. I 2019 handlede ca. 5% af det materiale, der blev vurderet på AnmeldDet som ulovligt, om selveksponering. I 2020 steg dette tal til over 36% – i alt 251 anmeldelser.

Henvendelser til AnmeldDet.

Grafen nedenfor viser hvor stor en del af alle henvendelserne til AnmeldDet, der specifikt viser børn der blottes sig foran et kamera (selveksponering) 2015-2020 (i procent).



Det er vigtigt her at nævne, at en anmeldelse ikke er lig med, at et barn bliver udsat for et dokumenteret overgreb. På en anmeldelse med selveksponering er der typisk ikke kun ét billede med ét barn, der vurderes ulovligt, men mange billeder med de samme og med forskellige børn. Meget sjældent er disse billeder hostet i Danmark, så alle disse anmeldelser med selveksponering bliver oftest ikke til sager hos det danske politi. Anmeldelserne om selveksponering, der vurderes ulovlige, sendes derfor videre til rette hosting-land, hvor de behandles.

I 2020 var over halvdelen af disse anmeldelser om selveksponering at finde på et billed- eller debatforum. Ifølge anmeldelsestjenesten er et ulovligt billed- eller debatforum med selveksponering ofte karakteriseret ved, at sitet er fuldt af billedserier, hvor børn og unge klæder sig helt eller delvist af eller indgår i seksuelle aktiviteter med sig selv. Det er enkelt opbygget og giver indtrykket af, at det er 'børnet' – farverne er lyseblå eller lyserøde, og skriften kan være af sjove bobler. Hertil kan det hurtigt konstateres, at der ligger mange hundrede billedserier, hvor mange af dem kan være ulovlige. På billederne ses ofte et lille tal i hjørnet, som indikerer tidsangivelsen på en video. Det tyder altså på, at disse billeder er blevet screenshottet af en optaget video. I langt størstedelen af anmeldelser om selveksponering, der blev vurderet ulovlige, er børnene vurderet til at være 9-12 år gamle. Det er altså børn, der ikke er gået i puberteten endnu eller er i den tidlige pubertet. Disse billed- og debatfora med meget selveksponeringsmateriale er altså store samlinger og peger på en vis organisering i forhold til denne bestemte kategorisering af materialet.

Gennem de 251 anmeldelser med ulovlig selveksponering i 2020 ser vi typisk børn og unge, der interagerer med et kamera eller én på den anden side af det. Dette kan tyde på, at det er børn, der tvinges, lokkes eller groomes til overgreb.

TO STORE SAGER MED GROOMING

I de seneste år har der været mange alvorlige grooming-sager, hvor hundredvis af børn og unge er blevet udsat for fysiske og digitale seksuelle overgreb af samme krænkere. Særligt to sager har vakt opsigt i medierne. Red Barnet har fulgt disse to sager, hvor børn er blevet manipuleret, truet og tvunget til at indgå i seksuelle aktiviteter. I det følgende går vi helt tæt på to aktuelle sager for at se nærmere på den grooming-proces, der har fundet sted forud for overgrebene.

I den ene omfattende sag er en 34-årig mand blevet dømt for at have kontaktet 111 mindreårige drenge med henblik på at begå overgreb. Krænkeren har gentagne gange udgivet sig for at være en mindreårig pige på sociale medier som SnapChat og derigennem kontaktet de mindreårige drenge. Herigennem har krænkeren sendt dem nøgenbilleder af en mindreårig pige, som krænkeren havde tilegnet sig, og udgivet sig for at være denne pige med henblik på at mødes med drengene. Krænkeren har desuden medvirket til seksuelt overgreb mellem to drenge, da han udnyttede sin psykiske overlegenhed og fremsatte trusler om at ville offentliggøre et billede af de krænkede i bar overkrop, såfremt de ikke sendte en video, hvorpå den ene skulle masturbere den andens lem. De to drenge optog sådan en video og sendte den til krænkeren. Dette er et eksempel på en af de mange trusler, han fremsatte over for de mindreårige drenge over en længere periode på flere år. Politiet har i sagen fundet i alt 470 mapper på en harddisk med dokumenterede overgreb af mindreårige.

I en anden omfattende sag er en 22-årig mand blevet dømt for at have afpresset unge piger til seksuelle krænkelser. Gentagne gange har han truet helt ned til 11-årige piger med at ødelægge deres liv, eksempelvis ved at sige, at personligt materiale om dem, som han allerede var i besiddelse af, nemt kunne sendes til alle. Dette kunne f.eks. være en intim samtale med barnet eller et billede af barnets bagdel, som vedkommende havde sendt umiddelbart inden de ekstremt voldsomme trusler. Krænkeren skrev via et falsk navn på sociale medier til børn og unge, at de foran et kamera skulle sprede baller, stikke genstande op i vagina og anus samt mange andre ubehagelige forhold, indtil han fik udløsning. Hvis de gjorde, som han sagde, ville han ikke dele det materiale, han havde tilegnet sig.

For begge sager gør det sig gældende, at der har været involveret ekstremt mange børn og unge, og sagerne bærer desuden præg af en meget høj alvorgrad. Disse store sager giver meget stof til eftertanke i forhold til den grooming-proces, der er foregået, set i lyset af de fem forskellige dele i grooming-processen som tidligere beskrevet. I det følgende beskriver vi tre forskellige forhold, der er særligt værd at lægge mærke til i forhold til de to sager og grooming-processens fem dele (Winters, Jeglic, & Kaylor, 2020). Det drejer sig om kontaktetableringen, forløbet, der er accelereret i tid, samt de teknologiske funktioner, som vi dykker ned i og uddyber. De tre følgende afsnit tager altså afsæt i de to store sager samt tidligere beskrevet teori om faser i grooming-processen.

Kontaktetableringen

Inden den digitale tidsalder slog igennem i begyndelsen af dette årtusind, krævede seksuelle krænkelser og overgreb på børn enten et fysisk møde, eller at den voksne kendte telefonnummer og/eller postadresse på barnets husstand. Med indtoget af internettet og især de sociale medier er der kommet mange nye måder, hvorpå et barn kan udsættes for grooming, der kan lede til krænkelser og overgreb. I de to store sager er selve kontakten mellem krænker og barn skabt gennem sociale medier og ikke i det fysiske rum. I denne fase, hvor den potentielle krænker etablerer en kontakt til børnene, er vedkommende derfor ikke afhængig af geografiske afstande, men kun få klik væk fra at have direkte adgang til børn og unge i en ansigtsløs kommunikation. Der er her tale om den første fase, hvor krænkeren udvælger sit offer. Det står beskrevet i en af sagerne, hvordan det ikke tager lang tid at skrive "hej smukke" over Instagram, og at langt de fleste vil svare på dette. Krænkeren benytter altså her en let adgang til mange børn, hvor det ikke kræver meget at få etableret første kontakt, hvorefter barnet kan isoleres, som det ses i anden del af grooming-processen, jf. Winters (Winters, Jeglic, & Kaylor, 2020).

Acceleration i tid

Som vi tidligere har været inde på, bliver det i en af de omtalte sager tydeligt, at det ikke tager lang tid at etablere kontakten til børnene via sociale medier. I sagerne ser vi, at den etablerede kontakt til børnene kan være kortvarig med kun få udvekslinger til perioder på flere måneder. Noget af det, vi lægger mærke til, er, at det seksuelle tema i mange af kontakterne bliver introduceret meget kort tid efter, at kontakten er etableret. Det kan være ved en korrespondance om seksualitet, hvor den unge er sårbar, eller ved først at sende et billede af en pige, så den unge har tillid til, at vedkommende er den, de tror, og sender et billede af sig selv tilbage. Dette kan være et billede af maven eller den unges bagdel uden tøj på, som derefter bliver brugt til at afpresse med. Der udvikles altså en form for tillid og tillidsforhold hurtigt set i forhold til tidligere beskrevet grooming-proces. Vi kan hertil se, at krænkeren har haft mange korrespondancer i gang på samme tid med voldsomme trusler til forskellige børn, kun adskilt af få minutter.

De teknologiske funktioner

I en af de omtalte sager bliver det beskrevet, hvordan de ulovlige billeder af børnene erhverves via en screenrecorder. Der er altså tekniske funktioner, der gør det muligt for krænkeren at mindske risici for at blive

'opdaget'. Når man sender en snap afsted på Snapchat, vil afsenderen med det samme modtage en meddelelse, hvis modtageren tager et screenshot. Dette kan undgås, hvis man bruger en såkaldt screenrecorder, der er et værktøj tilgængeligt for alle, der kender til det. Det bliver hermed muligt for modtageren af en snap at gemme billeder, uden at nogen opdager det, hvilket kan mindske mistanken om, at der bliver begået en kriminel handling. Herefter er det blevet gemt i en filmappe. Det bliver i samme sag beskrevet, hvorledes krænkeren har sendt live-snaps af en yngre pige til mange drenge. Dette kan modtageren se som en bekræftelse på, at vedkommende er den, man tror, det er. Dog kan det lade sig gøre via en tredjepartsapp at sende en såkaldt live-snap, der i virkeligheden er allerede eksisterende optagelser. Modtageren af denne fake live-snap bliver dermed overbevist om, at afsenderen f.eks. er den pige, som krænkeren udgiver sig for at være. Dette er to eksempler på, hvordan teknologiske funktioner har været medvirkende til for krænkeren at begå sine overgreb forholdsvis ubemærket og hermed at nedbryde barnets intime grænser.

RED BARNETS ANBEFALINGER

Vi har igennem dette kapitel tegnet et billede af, hvordan groomingen har udviklet sig over de seneste 20 år. Ved at stille skarpt på nogle aktuelle sager har vi belyst, hvordan grooming i dag anvendes. Dette tegner et dystert billede af, at grooming er blevet mere udbredt og mere effektfuldt. Der er da heller ingen tvivl om, at der er meget at tage fat på. Der mangler forskning og data på området (Forni, 2020). Der mangler, at der bliver talt forebyggende med børn. Der mangler lovgivning, der beskytter børn mod grooming, og der mangler regulering af sociale medier. Med dette afsæt har vi følgende tre anbefalinger:

Fremtidig forskning og nøje vidensindsamling

Med den store udvikling, der er sket med grooming – særligt inden for de seneste par år – og med udsigten til, at grooming vil finde vej til den danske straffelov, er der mere end nogensinde brug for, at der bliver rapporteret nøje på grooming. Red Barnet har derfor i 2021 sat gang i en omfattende rapportering af grooming på vores to største indsatser inden for området: SletDet¹ og AnmeldDet. Det er Red Barnets største rapporteringsprojekt inden for området. Selv om grooming har 20 år på

¹ SletDet er Red Barnets rådgivningstjeneste for børn og unge, der er udsat for digitale krænkelser: www.SletDet.dk

bagen inden for vores felt, så har det aldrig været et mere aktuelt problem. Vi rapporterer på grooming for begge de to store indsatsområder for 2021 ud og vil derefter indsamle vores viden og data til brug for en rapportering, der dedikeres til grooming.

Tal med børn om digitale krænkelser

Red Barnet videreudviklede i 2020 undervisningsmaterialet 'Bare en joke?' med fokus på digitale krænkelser blandt 9-12-årige². Undervisningsmaterialet og supplerende vejledning har til formål at give undervisere relevant baggrundsviden og handlekompetencer, så de kan understøtte diskussioner og refleksioner med 9-12-årige elever om problematisk og grænseoverskridende adfærd på digitale platforme. Det er et emne, der kan virke overvældende eller tabuiseret for nogle elever at tale om. Derfor indeholder vejledningen bl.a. gode råd til, hvordan undervisningen kan gennemføres på en tryk, positiv og alderssvarende måde. Netop grundet den tidlige og forebyggende indsats har vi også udviklet oplysningsmateriale henvendt til forældre, således at vi sikrer synergi mellem det, der undervises i på skolen, og de samtaler, der finder sted derhjemme.

Lovgivning og regulering

Omend den specialiserede viden om grooming løbende er blevet genbesøgt, så vi i 2020 sager, der gjorde det klart, at den almene forståelse af grooming, herunder rettens forståelse af manipulation, var utilstrækkelig i et omfang, der gav børn en ringe lovgivningsmæssig beskyttelse. Der var et behov for, at der i straffeloven blev indskrevet en grooming-paragraf. I november 2020 kom Red Barnet derfor med et straffelovsudspil, der gav anbefalinger til, hvordan børn kan beskyttes bedre mod grooming i Danmark (Red Barnet, 2020). Udspillet er en væsentlig del af bagtæppet for regeringens udspil "Værn mod voksne der krænker børn", som der også henvises til i antologiens afsluttende kapitel.

Ydermere arbejder vi i Red Barnet for at få styrket reguleringen af sociale medier. Aktuelt ser vi, at sociale medier agerer forskelligt i forhold til EU's lovgivning om identifikation og fjernelse af krænkende og ulovligt indhold på sociale platforme. Denne uigennemskuelighed i, hvordan forskellige platforme agerer i forhold til regulering, er til stor gene for

² Undervisningsmaterialet til børn på mellemtrinnet, herunder undervisningsvejledning, aktivitetskatalog og quiz, er at finde på <https://redbarnet.dk/deshame> Her findes også forældremateriale.

brugere, der i sidste ende skal betale prisen for, at de ikke kan få fjernet krænkende indhold. Ved en sag om grooming kan der være meget dialog og materiale, der ikke nødvendigvis overskrider en platforms retningslinjer, men som kan være af yderst krænkende karakter for ofret. Regulering af de sociale medier er også et emne, der uddybes i antologiens afsluttende kapitel.

OPSAMLING

20 år er en menneskealder i den digitale verden. Derfor er det ikke nødvendigvis så overraskende, at grooming har udviklet sig markant i den tid. Fra den danske anmeldelsestjeneste AnmeldDet ved vi dog, at krænkelser mod børn blev delt digitalt allerede i 2001, og at børn blev og fortsat bliver groomet ad de digitale veje.

Som de to tidligere omtalte danske sager fra 2020 viser, så er grooming i dag i høj grad en proces, der udføres ad de digitale veje, hvor sociale medier spiller en afgørende rolle. Vi ser i de to store grooming-sager, at adgangen til de børn, der har været udsat for grooming, sker via sociale medier og ikke geografisk afgrænsede områder. Dette giver den potentielle krænker adgang til mange børn. Det konstateres, at der er mange systematiske samlinger af dokumenterede seksuelle overgreb mod børn, der potentielt har været udsat for grooming. Udviklingen inden for selveksponeringsmateriale i anmeldelsestjenestens opgørelser er med til at underbygge, at grooming, krænkelser og overgreb mod børn, der begås ad de digitale veje, er en massiv udfordring.

Vi har i dette kapitel opstillet tre klare anbefalinger til, hvordan børns beskyttelse mod digitale overgreb kan styrkes. Vi ser anbefalingerne som en klar nødvendighed for, at børn kan færdes trygt og sikkert – også når de er online.

LITTERATURLISTE

Alamri, Basim. (2018). "The Role of Social Media in Intercultural Adaptation: A Review of the Literature", Saudi-Arabien.

Bennett, N., & O'Donohue, W. (2014). The Construct of Grooming in Child Sexual Abuse: Conceptual and Measurement Issues. *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 23:957-976. Issue 8.

DR Medieforskning (2021). "Medieudviklingen 2020", København.

Forni, G. P. (2020). *Little red riding hood in the social forest. Online grooming as a public health issue: A narrative review*. Rom: Medicina preventiva.

G.M. Winters, E.L. Jeglic, L.K. Kaylor (2020) : "*Validation of the Sexual Grooming Model of Child Sexual Abusers*". Journal of Child Sexual Abuse Volume 29, - .

Hoeck, I., & Jøker, A. (2019). *SEKSUELLE OVERGREB MOD BØRN OG UNGE I DANMARK*. København: LOKK - Landsorganisation af Kvindekrisecentre.

Hviid, M. M., Larsen, J. S., Harder, S., Rasmussen, P., & Søndergaard, D. M. (2020). *Et øjeblik for dig, et ungdomsliv for mig*. København: Red Barnet.

Jakobsen, G., Sørensen, K., Gundorff, H. & Jansen, H. (2015): "*Hvor slemt ka' det være? – En antologi om it-relaterede seksuelle overgreb på børn*", Red Barnet, København.

Legislation.gov.uk. (25. juni 2021). Hentet fra online database over den britiske lovsamling og dens ændringer siden 1267: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/42/notes>

O'Connell, R. (2003). *A Typology of child cybersexploitation and online grooming practices*. Lancashire: Cyberspace Research Unit, University of Central Lancashire.

overgrep.no. (25. juni 2021). Hentet fra <https://www.overgrep.no/straffeloven-295/>

Pedersen, M. R., & Frederiksen, P. (2020). *Hverdagsbilleder af børn i seksualiserende kontekster*. København: Red Barnet.

Red Barnet (2020). "*Børn skal beskyttes bedre mod seksuelle overgreb i lovgivningen*". 20-04-2020 på <https://redbarnet.dk/media/6770/red-barnet-straffelovsudspil-november-2020.pdf>, København.

Save the Children. (29. juni 2021). *Save the Children*. Hentet fra Save the Children: <https://www.savethechildren.org/us/what-we-do>

Save the Children. (2016). *Terminology guidelines for the protection of children from sexual exploitation and sexual abuse*. ECPAT International.

Sørensen, Kuno (2003). "*Red Barnets Hotline mod børneporno - Årsrapport 2002*", København.

Winters, G. M., Jeglic, E. L., & Kaylor, L. E. (2020). *Validation of the Sexual Grooming Model of Child Sexual Abusers*. *Journal of Child Sexual Abuse*, s. 29:7,855-875. doi:

<https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1801935>

www.bt.dk/krimi/. (29. juni 2021). Hentet fra

<https://www.bt.dk/krimi/tiktok-manden-skyldig-i-voldtaegt-og-krænkelser-af-mindreaarige-din-forklaring-er>

OM FORFATTERNE OG RED BARNET

Ane Lemche er autoriseret psykolog med baggrund i familiebehandling og anbringelsesområdet i kommunalt og privat regi. Hun er talsperson for Red Barnet inden for områderne vold, overgreb og socialområdet. Hun er desuden tilknyttet Red Barnets anmeldelsestjeneste AnmeldDet.

Per Frederiksen er psykolog og projektleder for AnmeldDet. Han er talsperson for Red Barnet i sager, der vedrører vold, krænkelser og overgreb mod børn og unge. Per har været ansat i Red Barnet siden 2018 med særligt fokus på digital beskyttelse af børn og unge.

Rebecca Cronfeld er socialrådgiver, cand.soc. og socialfaglig koordinator i Red Barnet. Hun har tidligere erfaring fra arbejdet med udsatte børn og familier i kommunalt regi. Siden 2019 har hun været ansat i Red Barnet med et socialfagligt fokus ind i arbejdet med at beskytte børn mod alle former for overgreb.

Red Barnet. Alle børn har ret til en god og tryk opvækst. Red Barnet arbejder i Danmark og resten af verden for at give børn et bedre liv. Red Barnet kæmper for, at alle børn får overholdt deres rettigheder, og at ingen bliver krænket. Ifølge FN's Børnekonvention skal børn beskyttes mod alle former for *fysisk eller psykisk vold, skade eller misbrug, vanrøgt eller forsømmelig behandling, mishandling eller udnyttelse, herunder seksuelt misbrug*. Børn har ret til at være børn og til ikke at blive tvunget til at indgå i seksuelle aktiviteter. Derfor arbejder vi for at bekæmpe alle former for seksuelle overgreb mod børn.

KAPITEL 9

PÆDOFILI

Susanne Bengtson & Ellids Kristensen



unsplash.com

Formålet med dette kapitel er at fremme viden om pædofili – en stigmatiseret og ofte misforstået tilstand. Det sætter fokus på, hvad pædofili er, og hvad det ikke er, f.eks. hvilke kriterier der skal være opfyldt, hvor udbredt det er, og forekomsten i forhold til seksualkriminalitet.

INDLEDNING

I pressen og i daglig tale bruges begrebet pædofili oftest som en samlet betegnelse for personer, der begår seksuelle overgreb på børn. Denne brug af pædofilibegrebet adskiller sig fra den måde, hvorpå begrebet anvendes i kliniske sammenhænge, hvor pædofili generelt defineres som en vedvarende, tilbagevendende og intens seksuel interesse i børn (Bengtson, Sørensen, & Kristensen, 2019; Seto, 2018). Den kliniske brug af begrebet er i overensstemmelse med diagnosen pædofili, der fremgår af de diagnostiske manualer, der anvendes i Danmark/Europa (ICD-10; WHO, 1993; 2012) og USA (DSM-5; APA, 2013).

Selvom seksuel interesse i eller seksuel præference for børn øger risikoen for at begå seksuelle overgreb på børn, er det – til manges overraskelse – ofte kun 30-50% af dem, der begår seksuelle overgreb på børn, som opfylder de diagnostiske kriterier for pædofili (Blanchard, Klassen, Dickey, Kuban, & Blak, 2001; Schaefer et al., 2010). Den resterende andel oplever ikke seksuel interesse i børn i en grad, der kvalificerer til diagnosen, men begår overgreb af andre grunde, f.eks. fordi de er seksuelt uerfarne (unge), er psykisk udviklingshæmmede, har en antisocial personlighedskonstellation, er opvokset med traumatiserende familiekonstellationer, eller har mangel på de sociale færdigheder, der er nødvendige for at udvikle og vedligeholde følelsesmæssige og intime relationer med en voksenpartner; barnet bliver en slags "surrogat" eller "erstatningspartner" for en voksenpartner (Mokros et al., 2012; Greenberg, Firestone, Nunes, Bradford, & Curry, 2005; Beier, 1998). Det er også vigtigt at holde sig for øje, at langt fra alle med pædofili er lovovertrædere, idet den seksuelle afvigelse alene kan udspille sig i form af fantasier, men uden at den pågældende forulemper børn (Seto, 2018; Rask Pedersen, 2017; Tenbergen et al., 2015; Kramp et al., 2015).

Formålet med dette kapitel er at tilvejebringe viden om, hvad pædofili er, og hvad pædofili ikke er. Kapitlet vil sætte fokus på, hvilke kriterier der skal være opfyldt, for at en person i faglige sammenhænge vil blive diagnosticeret med pædofili, herunder også de udfordringer, der er forbundet med at stille diagnosen. Endelig vil der blive tilvejebragt viden om forekomsten af pædofili, seksualkriminalitet og kriminalitetsforebyggelse. Formålet er at fremme viden om pædofili – en stigmatiseret og ofte misforstået tilstand.

KARAKTERISTIKA VED PÆDOFILI

Personer med seksuel interesse i børn har ofte præferencer, hvad angår barnets køn, fysiske modenhed/alder, udseende og karaktertræk samt varierende grader af eksklusivitet. Hvad angår barnets køn, formodes prævalensen af homoseksuel pædofili at ligge i området 9-40% (Hall & Hall, 2007). På baggrund af det foretrukne objekts alder/fysiske modenhed vil personen blive kategoriseret med enten pædofil (dvs. seksuel præference for præpubertære mindreårige) eller hebefil (dvs. seksuel præference for mindreårige i tidlig pubertet) præferenceafvigelse (Seto, Lalumiere, & Kuban, 1999). Personer med pædofili foretrækker børn med ingen/spæd udvikling af køns karakteristika (Tanners stadie 1-2), medens personer med hebefili er orienterede mod mindreårige i stadie 2-4¹ (Tenbergen et al., 2015).

Hebefili er ikke en diagnose i de diagnostiske manualer. I en tysk undersøgelse af 358 ikke-dømte personer, der søgte behandling på grund af seksuel interesse i børn, blev 60% klassificeret med pædofili og 28% med hebefili. Blandt personerne med pædofili blev 61% klassificeret med eksklusiv interesse i børn, hvilket betyder, at den voksne havde en hel eller delvis præference for børn (Beier et al., 2009).

Hvad angår eksklusivitet, rapporterede en undersøgelse eksklusiv pædofil interesse blandt 44% af de mænd, der havde seksuel interesse i drenge, medens det var tilfældet for 59% af dem, der var orienteret mod piger (Bailey, Bernhard, & Hsu, 2016). Som oftest vil personer med vedvarende seksuel interesse i børn være tiltrukket af andres børn og sjældnere af egne børn.

¹ Tanners stadier illustrerer den fysiske modning hos mennesket fordelt på stadier i udviklingen af primære og sekundære køns karakteristika hos piger og drenge, hvor stadie 1 svarer til før-puberteten, stadie 2-4 til de forskellige pubertetstrin og stadie 5 til voksen. Person med pædofili vil være tiltrukket af børn i stadie 1-2 (Tenbergen et al., 2015).

KRITERIER FOR PÆDOFILI

I kliniske sammenhænge anvendes begrebet pædofili som nævnt ovenfor i overensstemmelse med den diagnostiske kategori "pædofili", som den beskrives i de formelle diagnoseklassifikationer, der anvendes i Europa (ICD-10) (WHO, 1993; 2012) og Nordamerika (DSM-5) (APA, 2013).

I Danmark anvender vi i praksis primært en kortfattet dansk udgave af ICD-10 (WHO, 2012) og til forskningsbrug en mere uddybende udgave af ICD-10 (WHO, 1993). I 2022 bliver ICD-10 erstattet af ICD-11 (WHO, 2020). Af tabel 1-3 fremgår de diagnostiske kriterier for disse tre ICD-diagnoser. Kriterierne for DSM-pædofili er præsenteret i tabel 4. Empiri vedrørende pædofili baserer sig primært på DSM-systemet.

Overordnede diagnostiske kriterier

Overordnet set defineres pædofili både i ICD og DSM som en seksuel afvigelse, der er karakteriseret ved en vedvarende seksuel interesse i børn. Diagnosen stilles, når personen selv rapporterer om eller frembyder symptomer på vedvarende seksuel interesse i børn, herunder tanker, fantasier, seksuel trang/ophidselse og handling/adfærd rettet mod børn. I ICD skal både de generelle kriterier for seksuel afvigelse (parafili) og de specifikke kriterier for pædofili opfyldes. I DSM-5 skal de specifikke kriterier for pædofili opfyldes. I begge systemer kan diagnosen kun stilles for personen i alderen 16+ år, og personen skal være mindst fem år ældre end seksualobjektet. I klinisk praksis stilles diagnosen dog sjældent for unge.

De diagnostiske kriterier for de respektive pædofili-diagnoser varierer på tværs af diagnostiske manualer, hvorfor diagnosen er og bliver anvendt forskelligt på tværs af klinikere, kontekster, lande og kontinenter (Eher, Oliver, Heurix, Schilling, & Rettenberger, 2015). Flere kriterier er kritiseret for at være uklare, hvilket vanskeliggør valid diagnosticering af pædofili.

Vedvarende seksuel interesse i børn

I de diagnostiske manualer er kernesymptomet på pædofili vedvarende seksuel interesse i børn i form af seksuelle tanker, fantasier, lyst eller handlinger. Interessen i børn skal have været til stede i mindst seks måneder. I sin reneste form vil personer med pædofili have barnet som sit foretrukne seksualobjekt og ikke have seksuel interesse i voksne (eksklusiv), mens nogle er seksuelt tiltrukket af både børn og voksne (ikke-eksklusiv) (Seto, 2009).

Tabel 1. Diagnostiske kriterier for pædofili i ICD-10 (WHO, 1993)

Diagnose	Klassifikation og diagnostiske kriterier
<p>F65.4 Pædofili (ICD-10, 1993) til forskningsbrug</p>	<p>Klassifikation: F65 Seksuelle afvigelser (perversioner, parafilier)</p> <p>Diagnostiske kriterier for seksuelle afvigelser</p> <p>G1. Vedvarende intense seksuelle impulser og fantasier, der involverer atypiske objekter eller aktiviteter.</p> <p>G2. Personen har handlet på impulserne eller er væsentligt generet af dem.</p> <p>G3. Præferencen har været til stede i minimum seks måneder.</p> <p>Diagnostiske kriterier for F65.4 Pædofili</p> <p>A. De generelle kriterier for F65 Seksuelle afvigelser skal være opfyldt.</p> <p>B. En vedvarende eller dominerende præference for seksuel aktivitet med et eller flere præpubertære børn.</p> <p>C. Personen skal være mindst 16 år og mindst fem år ældre end barnet eller børnene i B.</p>

At handle på den seksuelle interesse i børn

Et af de kriterier, der har givet anledning til hovedbrud blandt klinikere og forskere, er kriteriet om at foretrække seksuel aktivitet med børn (kriterium B, ICD-10, WHO, 1993) eller at have handlet på den seksuelle interesse i børn (kriterium B, DSM-5, APA, 2013) (Seto, 2018; Eher et al., 2015; Berlin, 2014; Marshall, 2007). Hvornår er der tale om seksuel aktivitet og at have handlet på interessen? Skal personen have begået kontaktkriminalitet mod børn (involverer fysisk seksuel kontakt med barn)

eller non-kontaktkriminalitet (f.eks. brugt utugtige billeder af børn), eller udgør selvstimulation (masturbation) til seksuelle fantasier om børn også seksuel aktivitet/handling? Dernæst er der spørgsmålet, hvorvidt handlinger i sig selv er nok til at stille diagnosen. DSM-5 kan efterlade indtrykket af, at pædofili-diagnosen kan stilles, alene fordi en person har begået seksualkriminalitet mod et barn.

Inden for de højt specialiserede områder i Danmark, som varetager udredning og behandling af personer med (formodet) pædofili, vil adfærd i sig selv kunne berettige diagnosen, hvis adfærden er indikation for vedvarende seksuel interesse i børn, f.eks. at personen har krænket flere børn i løbet af kort tid eller har begået forskelligartet seksualkriminalitet mod børn (f.eks. både kontakt og non-kontakt seksualkriminalitet mod børn), eller at seksualkriminaliteten mod børn har et kronisk præg (dvs., at personen har krænket et eller flere børn over en årrække). Diagnosen bør derimod ikke stilles på mere spinkelt grundlag, f.eks. hvis det drejer sig om et enkelt seksuelt overgreb på et barn, og der i øvrigt ikke er symptomer på vedvarende seksuel interesse i børn i form af seksuelle fantasier/tanker om børn eller brug af utugtige billeder af børn etc. (Seto, 2018).

Tabel 2. *Diagnostiske kriterier for pædofili i ICD-10 (WHO, 2012)*

Diagnose	Klassifikation og diagnostiske kriterier
F65.4 Pædofili (ICD-10, 2012)	<p>Klassifikation: F65 Seksuelle afvigelser (perversioner, parafilier)</p> <p>Diagnostiske kriterier for F65.4 Pædofili</p> <p>Seksuel forkærlighed for børn, ofte i sen barnealder eller tidlig pubertet</p>

Tabel 3. Diagnostiske kriterier for pædofili i DSM-5 (APA, 2013)

Diagnose	Klassifikation og diagnostiske kriterier
<p>302.2 Pædofili (DSM-5, 2013)</p>	<p>Klassifikation: Parafiliforstyrrelser</p> <p>Diagnostiske kriterier for 302.2 Pædofili</p> <p>A. Gentagne og intense seksuelt ophidsende fantasier, seksuel trang eller adfærd, der involverer seksuel aktivitet med et præpubertært barn eller børn (generelt 13 år eller yngre) i en periode på mindst seks måneder.</p> <p>B. Personen har handlet på denne seksuelle trang, eller den seksuelle trang eller de seksuelle fantasier forårsager klinisk signifikant lidelse eller personlige problemer.</p> <p>C. Personen er mindst 16 år og mindst fem år ældre end barnet eller børnene i kriterium A.</p> <p>Bemærk: Inkluderer ikke en person i sene teenageår, som er involveret i et igangværende seksuelt forhold med en 12- eller 13-årig.</p> <p><i>Specifiser</i>, om: Eksklusiv type (er kun tiltrukket af børn), Ikke-eksklusiv type.</p> <p><i>Specifiser</i>, hvis: Seksuelt tiltrukket af drenge/mænd. Seksuelt tiltrukket af piger/kvinder. Seksuelt tiltrukket af begge køn.</p> <p><i>Specifiser</i>, hvis: Begrænset til incest.</p>

Tabel 4. *Diagnostiske kriterier for pædofili i ICD-11 (WHO, 2020)*

Diagnose	Klassifikation og diagnostiske kriterier
<p>6D32 Pædofil lidelse/ forstyrrelse</p>	<p>Klassifikation: 06 Psykisk, adfærdsmæssig eller organiske lidelser/Parafile lidelser/forstyrrelser</p> <p>Parafile lidelser er karakteriseret ved vedvarende og intense, atypiske seksuelle tændingsmønstre, manifesteret ved seksuelle tanker, fantasier, trang eller adfærd rettet mod andre, hvis alder eller tilstand betyder, at de ikke er i stand til at give samtykke, og hvor personen har handlet på trangen, eller trangen bibringer personen markant gene. Parafile lidelser kan også inkludere seksuelle aktiviteter, hvori andre ikke involveres, eller aktiviteter, hvori samtykkende personer involveres, hvis tændingsmønsteret giver klinisk signifikant lidelse, der ikke blot er en følge af andres afvisning af tændingsmønsteret eller frygten herfor, eller er associeret med betydelig risiko for skade eller død.</p> <p>6D32 Pædofil lidelse/forstyrrelse</p> <p>Pædofil lidelse er karakteriseret ved et vedvarende, fokuseret og intenst seksuelt ophidselsesmønster, der manifesterer sig som vedvarende seksuelle tanker, fantasier, trang og adfærd, der involverer præpubertære børn. For at diagnosen pædofil forstyrrelse kan stilles, skal personen have handlet på disse tanker, fantasier eller trang, eller ophidselsesmønsteret skal forårsage klinisk signifikant lidelse. Denne diagnose kan ikke stilles, når der er tale om seksuel adfærd mellem jævnaldrende præ- eller postpubertære børn.</p>

Seksuel præference

I den forkortede udgave af ICD-10 (WHO, 2012), der hyppigst anvendes i dansk kontekst, beskrives pædofili som *forkærlighed* for børn. Forkærlighed er en oversættelse af det engelske begreb *preference*; præference eller forkærlighed. Denne sprogbrug lægger op til, at diagnosen kan stilles, når personen har en seksuel præference for børn, dvs. en eksklusiv interesse i børn. Kun en ganske lille del af dem, der har begået seksuelle overgreb på børn, opfylder dette kriterium (Dombert et al., 2016). I DSM-5 er der ikke krav om præference.

Barnets alder eller grad af kønsmodenhed

Et andet kriterium, der også har givet anledning til diagnostiske udfordringer og diskussion, er barnets alder eller grad af kønsmodenhed. I ICD-10 (2012) skal den seksuelle interesse rette sig mod "børn, ofte børn i sen barnealder eller tidlig pubertet". Af ICD-10 (1993) fremgår det, at interessen skal være rettet mod præpubertære børn. I DSM-5 (2013) skal interessen være rettet mod et præpubertært barn eller et barn under 14 år. Der er således en subtil forskel på alder/modenhedskriteriet på tværs af klassifikationssystemerne. Den højere grænse i DSM-5 skal antageligt ses som følge af drøftelsen om at tilføje hebefili til DSM-5 som betegnelse for seksuel interesse i mindreårige omkring pubertetsstart (ca. 11-14-årige) (Blanchard et al., 2009). Diagnosen blev ikke inkluderet, men i stedet går aldersgrænsen i dag op til og med 13 år.

ICD-11 pædofili

ICD-11-kriterier har et betydeligt overlap med kriterierne i ICD-10 (WHO, 1993) og DSM-5. Diagnosen stilles, når der er vedvarende og intens seksuel interesse i præpubertære børn, manifesteret i form af tanker, fantasier, trang eller handling, dog uden videre angivelse af barnets alder. Der sondres mellem en parafil interesse/lidelse og pædofil forstyrrelse som i DSM-5.

METODER TIL DIAGNOSTICERING AF PÆDOFILI

Pædofilidiagnosen stilles typisk på baggrund af et klinisk interview med personen om dennes seksuelle interesser/præferencer og sammenholdt med andre oplysninger om psykiatrisk anamnese og øvrige psykosociale forhold såsom (seksual)kriminalitet. I dansk praksis stilles der kliniske diagnoser, dvs. at diagnosen stilles på baggrund af en klinisk vurdering og uden brug af standardiserede målinger af personens seksuelle interesse i børn. Man kan med fordel anvende Tanners stadier (Figur 1) ved vurdering af en persons seksuelle præference. Vurderingen baserer sig på såvel klinisk interview, journaloplysninger, sagsakter etc. og typisk også på baggrund af tværfaglige drøftelser.

Diagnosticeringen af pædofilie er imidlertid vanskeliggjort af, at langt de fleste klienter er tilbageholdende med at informere andre om, at de har seksuel interesse i børn, også over for fagpersoner i det offentlige behandlersystem. Dette vil typisk være en følge af skamfølelse, frygt for stigmatisering, frygt for at blive registreret med pædofilie i patientjournaler eller offentlige registre eller af mere dyssoziale årsager – for at undgå, at fagpersoner/myndigheder griber ind og forhindrer personen i at udleve sin seksualitet i praksis.

Desuden er diagnosticeringen vanskeliggjort af, at der endnu ikke er udviklet strukturerede udredningsmetoder, der med høj træfsikkerhed kan identificere vedvarende seksuel interesse i børn. Den hidtil mest valide målemetode til formålet er en såkaldt fallometrisk undersøgelse. Denne undersøgelse består i, at undersøgte præsenteres for seksuelle og neutrale stimuli (audio, foto eller video af personer af begge køn og varierende alder), samtidig med at graden af seksuel ophidselse (penisrespons) hos undersøgte måles. Undersøgelsesmetoden kan kun anvendes over for mænd. Fallometrisk måling af seksuel interesse i børn er en af de stærkeste prædiktorer for at begå fornyet seksualkriminalitet (Hanson & Bussiere, 1998). Imidlertid er fallometri en teknisk krævende metode, hvortil der er relateret flere etiske udfordringer (f.eks. præsentation af billeder af børn, der afstedkommer seksuel ophidselse hos undersøgte). I Danmark anvendes metoden ikke.

Et andet redskab, der i stedet kan anvendes, er *Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI-2)* (Seto, Stephens, Lalumière, & Cantor, 2017). Pædofil interesse er indikeret, hvis man har: 1) krænket drenge < 15 år, 2) krænket børn < 15 år, 3) krænket børn < 12 år, 4) krænket ubeslægtet

barn < 15 år og 5) besiddet utugtige billeder af børn (UBB). SSPI er fundet at korrelere signifikant og positivt med andre mål for pædofil interesse (bl.a. fallometri) og med risiko for seksualkriminalitet (f.eks. L, Helmus, Ó Ciardha, & Seto, 2015). Redskabet er oversat til dansk (Bengtson & Kristensen, 2019).

Der er også udviklet andre indirekte målemetoder til identificering af seksuel interesse i børn såsom "eye-tracking" (Fromberger et al., 2012), der måler den tid, en deltager bruger på at se på bestemte billeder, og som fungerer som en indikator for seksuel præference. Metoden baserer sig på en antagelse om, at alle deltagere, herunder personer med pædofili, vil se betydeligt længere på seksuelt vækkende stimuli (Mokros et al., 2012). Der mangler dog yderligere validering af disse sidstnævnte metoder.

Generelt skal metoder til undersøgelse af seksuel interesse i børn anvendes med omtanke, og testresultaterne er aldrig bedre end det, som den undersøgte søger at skjule eller har bidraget med. Ved undersøgelse af seksuel interesse i børn er den mest sandsynlige fejlkilde, at den undersøgte minimerer en seksuel interesse i børn.

I forbindelse med udredning af pædofili kan det også være relevant at udrede for andre atypiske seksuelle interesser. Undersøgelser viser, at der kan være tale om ikke kun en speciel interesse i børn, men at personen også har andre seksuelt atypiske/afvigende interesser såsom voyeurisme (når personer bliver seksuelt pirret af at betragte andre mennesker i intime situationer), fetichisme (seksuelt pirret af ikke-levende objekt, f.eks. sko og bh), sadisme (seksuelt pirret af at påføre andre smerte) og frotteurisme (seksuelt pirret af at gubbe sig – særligt sine kønsdele – op ad ikke-samtykkende person) (Bouchard, Dawson & Lalumière, 2017; Seto, 2013).

Det synes også relevant at udrede for andre psykiske tilstande, da pædofili er fundet associeret med andre psykiatriske lidelser. En ældre undersøgelse viser, at 66% af personerne med pædofili også var karakteriseret ved angst og depression, 60% havde misbrug (primært alkohol), og 60% opfyldte kriterierne for en personlighedsforstyrrelse (Fagan, Wise, Schmidt, & Berlin; Green, 2002). Det er uklart, hvorvidt disse tilstande er sekundære til pædofili, dvs. en følge af at have denne seksuelle afvigelse, eller om der er tale om separate, men sameksisterende, lidelser (komorbiditet).

FOREKOMSTEN AF PÆDOFILI

Både mænd og kvinder kan have vedvarende seksuel interesse i børn, men det ses i overvejende grad hos mænd (Tenbergen et al., 2015). Omfanget af pædofili blandt kvinder er forskningsmæssigt underbelyst, hvorfor det er vanskeligt på nuværende tidspunkt at vurdere forekomsten af pædofili blandt kvinder.

Viden om pædofili baserer sig primært på undersøgelser af dømte. Der foreligger kun få undersøgelser af udbredelsen af pædofili i almenbefolkningen. I den største befolkningsundersøgelse rapporterede 4% af de 8.718 adspurgte mænd i Tyskland, at de havde/havde haft seksuelle fantasier om præpubertære børn. Af dem, der fantaserede om børn, fantaserede 68% om piger, 13% om drenge og 18% om både drenge og piger. I alt rapporterede 3% at have begået en eller anden form for seksualkriminalitet, der involverede børn; i alt havde 2,4% anvendt overgrebsbilleder/utugtige billeder af børn (hands-off), medens 1,5% havde begået kontaktkriminalitet (hands-on). Knap 1% havde begået begge typer af kriminalitet. Halvdelen (54%) af de personer, der fantaserede om børn, havde begået seksuelt overgreb på børn. Kun 0,1% af respondenterne opfyldte kriterierne for eksklusiv DSM-pædofili, dvs. hvor de seksuelt kun interesserer sig for børn og ikke har interesse i voksne (Dombert, Schmidt, Banse, Briken, Hoyer, Neutze, & Osterheider, 2016).

Prævalensen af seksuel interesse i mindreårige i almenbefolkningen er også undersøgt i den danske Sexus-undersøgelse. Her rapporterede 3% af de mandlige og 0% af de kvindelige respondenter, at de i løbet af det seneste år havde haft seksuelle tanker om mindreårige (<15 år) (Frisch, Larsen, Andersson, Andresen, & Graugaard, 2019). Der var ikke spurgt ind til seksuelle overgreb på børn i undersøgelsen.

I andre, men mindre, repræsentative undersøgelser af grupper rapporterer omtrent 3-9% af mændene og 1-4% af kvinderne seksuel interesse for/fantasier om børn, masturbation til seksuelle fantasier om børn eller interesse for at involvere et præpubertært barn i seksuelle aktiviteter, forudsat at det ikke medfører domfældelse (F.eks. Ahlers, Schaefer, Mundt, Roll, Englert, Willich, & Beier, 2011; Wurtele, Simons, & Moreno, 2014).

Samlet set peger ovenstående resultater på, at seksuel interesse i børn ikke bør betragtes som et lavfrekvent fænomen i almenbefolkningen, medens der tilsyneladende er lave forekomster af eksklusiv pædofili. På

baggrund af de foreliggende data estimerer Michael Seto, en af de fremmeste forskere på området, at prævalensen af pædofili i almenbefolkningen er 1% i den mandlige befolkning, men væsentligt lavere for kvinder (Seto, 2018). Denne prævalens svarer omtrentligt til forekomsten af alvorlige psykiske lidelser såsom skizofreni.

ET LIV MED PÆDOFILI

Seksualitet er en naturlig del af livet og udgør for langt de fleste en væsentlig kilde til glæde og trivsel. Som oftest handler seksualitet ikke kun om at få dækket et fysisk/sexuelt behov, men også om at dele følelser og oplevelser og opnå følelsesmæssig nærhed og intimitet med et andet menneske. Sidst, men ikke mindst, udgør seksualiteten og vores seksuelle præferencer en væsentlig del af vores identitet og er afgørende for, hvordan vi opfatter os selv og ser på os selv. For personer med pædofili mister seksualiteten mange af sine positive delelementer og funktioner, da personen ikke kan/må udleve sin seksualitet og ej heller dele dybe følelser og intimitet med det foretrukne seksualobjekt, barnet.

Pædofili debuterer hyppigst i tidlig pubertet. Jo tidligere debut, desto mindre sandsynligt er det, at afvigelsen aftager over tid (Seto, 2018; Tozdan & Briken, 2019). Pædofili er på tværs af undersøgelser fundet at være en permanent tilstand for de fleste – en tilstand, der hverken kan vælges til eller fra, uanset hvor motiveret man er (Seto, 2009; 2018; Tenbergen et al., 2015). Det betyder, at pædofili for langt de fleste vil være en livsledsager, som pågældende skal forsøge at lære at leve med. For langt de fleste, der erkender at have pædofili-diagnosen, udgør det en stor og alvorlig udfordring at lære at leve med pædofili. Det stigma, der er forbundet med seksuel interesse i børn, medvirker til, at personen med pædofili har stor frygt for omgivelsernes fordømmelse og afstandtagen. Et liv med pædofili er derfor ofte forbundet med skam, smerte og håbløshed. Ikke sjældent vil stigmaet opleves værre end tilstanden i sig selv og medvirke til, at personen ikke kan tale om sin seksuelle interesse. Disse forhold reducerer personens muligheder for at få nære og intime relationer til andre voksne og betyder ikke sjældent, at disse personer ender med et liv i ensomhed, med nedsat psykisk trivsel, angst, depression og selvmordstanker og deraf følgende svært nedsat livskvalitet (Fagan et al., 2002; Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson, & Miner, 1999). Skamfølelsen kan også afholde personen fra at tage kontakt til et behandlingssted.

Som det er tilfældet med andre typer af kriminelle, frembyder dømtede med pædofili varierende grader af indsigt i/erkendelse af og forskellige forholdemåder til den pædofile interesse. I den ene ende af spektret finder man dem, der erkender at have seksuel interesse i børn, og for hvem interessen er et "onde", som de forsøger at forlige sig med (de egodystone). I den anden ende af spektret finder man dem, der ikke er tyngtet af at have interessen, og som ikke ser noget problematisk i at involvere børn i seksuelle aktiviteter, og som heller ikke forstår formålet med samfundets kriminalisering af seksuel aktivitet mellem barn og voksen (de egosyntone). Sidstnævnte gruppe synes at udgøre et mindre antal i Danmark, men kan, selvom persongruppen måtte være lille, potentielt forvolde mange børn alvorlig og livsvarig skade på sjæl og krop. Ikke sjældent er det denne gruppe, der beskrives i pressen.

SEKSUALKRIMINALITET

At have seksuelle fantasier om børn eller have en vedvarende seksuel interesse i børn er ikke ulovligt. Seksuel interesse i børn bliver først kriminelt i det øjeblik, en person involverer sig i eller er vidne til, at andre involverer børn i seksuelle aktiviteter (in vivo, online kontakt, billedmateriale etc.). Størstedelen af den seksualkriminalitet, der begås mod børn, begås af mænd. Det estimeres, at kvindelige seksualkriminelle udgør 5% af alle seksualkriminelle (Cortoni & Gannon, 2013).

Seksuelle overgreb på børn dækker over et bredt spektrum af lovovertrædelser fra blotteri og besiddelse af utugtige billeder af børn til grove former for voldtægt med dødelig udgang. Sidstnævnte er sjældent forekommende i Danmark. Langt de fleste seksuelle overgreb på børn består i aktiviteter svarende til de normative seksuelle aktiviteter, der finder sted mellem voksne og samtykkende personer såsom beføling og anden kønslig omgang end samleje og samleje. I de fleste tilfælde anvendes der ikke fysisk vold mod barnet. Derimod vil der ofte blive anvendt psykologisk pres eller varierende grader af manipulation over for barnet. De fleste overgreb på børn begås af en voksen, som barnet kender i forvejen, medens de færreste overgreb begås af fremmede personer.

En undersøgelse viser, at blandt 345 personer med pædofili, der rapporterede at have begået seksualkriminalitet, der involverede børn, havde 37% udelukkende anvendt utugtige billeder af børn, 21% havde udelukkende begået kontaktkriminalitet (hands-on), medens 42% havde

begået både hands-off og hands-on (Neutze, Grundmann, Scherner, & Beier, 2012).

Dømte, der har begået såkaldt non-kontakt seksualkriminalitet mod børn (f.eks. besiddelse af overgrebsbilleder/utugtige billeder af børn (UBB)), lider oftere af pædofili end dem, der udelukkende har begået kontakt-kriminalitet mod børn (haft fysisk seksuel kontakt med ofret) (Berlin, 2014). UBB-brug kan dog også være en følge af andre lidelser såsom autisme-spektrum forstyrrelser, obsessiv-kompulsiv tilstand og hyperseksualitet (Geiker, Giraldi, Johansson, & Bengtson, 2021). Samtidig UBB-brug og kontaktovergreb på børn vil ofte være indikation på pædofili og er associeret med forhøjet risiko for at begå kontaktovergreb mod børn, i forhold til, hvis personen udelukkende er UBB-bruger (Seto, 2018). Personer, der udelukkende bruger UBB, vil sjældnere begå kontaktkriminalitet, men har derimod forhøjet risiko for at fortsætte med at bruge UBB (Berlin, 2014; Seto, Hanson, & Babchishin, 2011).

Blandt dømte er det, jævnfør tidligere, generelt 30-50% af de personer, der begår seksuelle overgreb på børn, der er diagnosticeret med ICD/DSM-pædofili (Seto, 2018; 2009; Tenbergen et al., 2015). Denne fordeling viser, at størstedelen af dem, der begår seksuelle overgreb på børn, ikke har pædofili, men begår seksuelle overgreb på børn af andre grunde, for eksempel på grund af manglende sociale færdigheder, dårlig begavelse, personlighedsmæssige afvigelser eller emotionel umodenhed, der vanskeliggør etableringen af en intim relation til alderssvarende partner (Seto, 2018).

Har personen begået seksualkriminalitet mod et barn, kan det være yderst vanskeligt at komme tilbage på arbejdsmarkedet grundet kravet om ren straffeattest og angsten for social fordømmelse. Manglende arbejde, isolationen, marginaliseringen og fraværet af intimitet med andre øger indirekte disse personers risiko for at begå (fornyet) seksualkriminalitet; stigmaet ender paradoksalt nok med at få den modsatte effekt af, hvad der var intenderet – fremfor at mindske risiko for overgreb på børn, kan stigmaet medvirke til at øge risiko for overgreb på børn (Jahnke, 2018). Stigmaet betyder også, at personer med seksuelle tanker om børn afholder sig fra at opsøge sundhedssystemet og fra at oplyse behandlere i sundhedssystemet om den seksuelle interesse i børn (ibid.). Det kan heller ikke udelukkes, at stigmaet kan afholde nogle børn og deres forældre fra at anmelde overgreb, hvis personen, der har begået overgrebet, er familie

eller nær kontakt, eller for at undgå, at barnet offentligt bliver fremstillet som offer.

En implicit del af at arbejde med/håndtere dømte med pædofili er at identificere, hvem der er i risiko for at begå fornyet seksualkriminalitet, og navnlig, om en person er i risiko for at begå gentagen og grov seksualkriminalitet mod ét eller flere børn. Vurdering af recidivrisiko foretages på baggrund af brugen af strukturerede redskaber, der er udviklet til formålet (Bengtson, 2008; Bengtson & Långström, 2008; Hanson & Morton-Bourgon, 2007). En tysk undersøgelse peger på, at redskaberne også kan anvendes med tilfredsstillende træfsikkerhed på personer med pædofili (Eher et al., 2015). I Danmark er strukturerede risikovurderingsredskaber fortsat ikke standardvalg (Bengtson & Pedersen, 2009).

Når man skal vurdere risiko, er det afgørende at kende til hyppigheden af det fænomen, man skal forudsige. I dette tilfælde forekomsten af seksualkriminalitet blandt personer med pædofili. Vores viden på dette område stammer fra undersøgelser af dømte, der har begået seksuelle overgreb på børn. Follow-upundersøgelser viser, at op mod 30% af dømte på lang sigt igen dømmes for at begå seksualkriminalitet, også danske dømte (Seto, Hanson & Babchishin, 2011; Bengtson & Lund, 2008). Disse fund står i kontrast til en udbredt forestilling om, at personer, der har begået overgreb på børn, fortsætter hermed. Derimod viser andre undersøgelser, at netop dømte med pædofili har en forhøjet risiko for at begå fornyet seksualkriminalitet sammenlignet med dem, der begår seksualkriminalitet af andre grunde end pædofili (Hanson & Bussière, 1998; Eher, Oliver, Heurix, Schilling, & Rettenberger, 2015).

Således viser en tysk follow-upundersøgelse, at 50-80% af dem, der havde hel/delvis seksuel præference for børn, begik fornyet seksualkriminalitet i løbet af 25 års follow-up mod kun 10-30% af dem uden (Beier et al., 2009). Disse fund understreger, at man bør rette en særlig forebyggende indsats specifikt mod personer, der har en vedvarende seksuel interesse i børn, fremfor at rette indsatsen bredt mod dem, der begår overgreb på børn. Resultaterne understreger dermed, hvorfor der ikke bør sættes lighedstegn mellem at begå seksuelle overgreb på børn og pædofili – en synonym brug af pædofili og seksualkriminalitet mod børn indebærer, at diagnosen mister sin kliniske relevans i forhold til forebyggelse. Indsatsen skal rettes mod personer, der har vedvarende seksuel interesse i børn (Eher et al., 2015; Marshall, 1997).

FOREBYGGELSE AF SEKSUALKRIMINALITET BLANDT IKKE-DØMTE

Forebyggelse af seksuelle overgreb på børn kan rette sig mod potentielle ofre og deres pårørende, personer med pædofili og personer, der har begået seksualkriminalitet. I Danmark er der få proaktive indsatser rettet mod ikke-dømte med seksuel interesse i børn (Bengtson et al., 2019). Det eneste målrettede tilbud er den anonyme telefonrådgivning Bryd Cirklen, hvor personer med seksuel interesse i børn, pårørende og fagpersoner kan henvende sig og få hjælp af højt specialiserede fagpersoner og få anvist et lokalt behandlingssted (fig. 2). Imidlertid er det relativt få personer med pædofili, der hvert år henvender sig til Bryd Cirklen (Pajhede, Kristensen, Giraldi, Pedersen, & Bengtson, 2021). Fra klinisk praksis er det desuden vores erfaring, at en stor andel af de personer, der kontakter Bryd Cirklen, ikke henvender sig til et behandlingssted, da det kræver en henvisning fra egen læge. Derfor fås behandling ofte først, når det er for sent: Når ét eller flere børn er blevet udsat for overgreb, og personen er blevet anmeldt og evt. dømt. Der er derfor behov for udvikling og styrkelse af tiltag i Bryd Cirklen, som kan motivere flere personer med seksuel interesse i børn til at søge behandling, og at udvide åbningstiden, tilføje chat-fora, selv-tests, test til identificering af behandlingsbehov og bekymrende adfærd samt at udvikle anonym behandling til ikke-dømte med seksuel interesse i børn i tråd med Dunkelfeld-projektet i Tyskland (Beier et al., 2009). Endelig er der behov for direkte henvisning til behandling uden henvisning fra egen læge samt samfundsuplysning om pædofili for at mindske det stigma, der er relateret til pædofili, og som afholder mange personer med pædofili fra at søge behandling (Jahnke, 2015).

Behandlingen af ikke-dømte svarer på mange måder til den behandling, der tilbydes dømte med pædofili, og som er beskrevet i kapitlet om behandling af seksualkriminelle (Kristensen & Bengtson, 2021).

FORSKNING

Effektiv forebyggelse af seksuelle overgreb på børn i Danmark fordrer styrkelse af den empiriske viden om personer med pædofili og dømte, der begår seksuelle overgreb på børn. Der er behov for viden om, hvad der afholder personer med pædofili fra at opsøge behandling, og hvad der skal til for at få flere til at opsøge behandling. Det er også væsentligt at sammenligne personer med pædofili, som begår seksuelle overgreb på børn, med dem, der ikke er udøvende. En sådan undersøgelse vil bidrage

med viden om, hvad der beskytter mod at involvere børn i seksuelle aktiviteter; en viden, der kan anvendes i forebyggelsen af overgreb og dermed hjælpe personer i risiko for at begå overgreb.

Forskning på området er imidlertid begrænset i Danmark og marginal i forhold til forskning i andre alvorlige psykiske lidelser med omtrentlig samme prævalens. Kort opsummeret betragtes fagområdet, der beskæftiger sig med pædofili generelt som perifert (Tenbergen et al., 2015). Desværre er det yderst vanskeligt at opnå finansiering af forskning, der vedrører pædofili og seksualkriminelle. I Danmark er der behov for prioritering og planlægning af en mere massiv forskningsindsats på området, hvis vi skal styrke forebyggelsen af seksuelle overgreb på børn herhjemme. Målet er at frembringe viden, der kan hjælpe til at forebygge, at et overgreb på børn finder sted, fremfor primært at sætte ind, *efter* at overgreb på børn har fundet sted.

OPSAMLING

Pædofili er en ikke-selvvalgt, vedvarende seksuel interesse for og trang til børn. Pædofili er relateret til, men ikke identisk med, at begå seksuelle overgreb på børn, og diagnosticeringen af pædofili er vanskelig. Pædofili og seksuelle overgreb på børn har, grundet de mange alvorlige og ofte livsvarige konsekvenser heraf, stor rets-, social- og sundhedspolitisk bevågenhed, og emnet er for langt de fleste maksimalt udfordrende moralsk og etisk. Strafferetligt ser man derfor også tendens til konstant hævelse af strafframmen for denne kriminalitetstype. Ligeledes findes der yderst få muligheder for at få behandling/støtte for ikke-dømte personer med pædofili – behandlingen fås ofte først, når personen har begået overgreb på et eller flere børn.

En effektiv forebyggelse af seksuelle overgreb på børn fordrer, at vi kontinuert frembringer ny faglig viden om pædofili. Der er behov for at styrke vores viden om de personer, der begår eller er i risiko for at begå overgreb på børn. Vi skal undersøge, hvad der afholder personer med pædofili fra at opsøge behandling, og hvordan vi får flere til at opsøge behandling. Vi skal også undersøge, hvordan vi bedst hjælper personer med pædofili og allerede dømte til at fastholde et kriminalitetsfrit liv – bl.a. ved at undersøge, hvad der afholder ikke-udøvende personer med pædofili fra at begå overgreb.

En stor og alvorlig hindring for at forbedre forebyggelsen af seksuelle overgreb på børn og forbedre vores behandlingstilbud til dømte og ikke-dømte med pædofili er, at det er yderst vanskeligt at opnå finansiering af forskning, der vedrører pædofili og forebyggelse af seksualkriminalitet mod børn. En prioritering og planlægning af en mere massiv forskningsindsats på området synes derfor at være helt afgørende, hvis vi i Danmark skal styrke forebyggelsen af seksuelle overgreb på børn.

LITTERATUR

Ahlers, C.J., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Roll, S., Englert, H., Willich, S.N., & Beier, K.M. (2011). How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *Journal of Sexual Medicine*; May;8(5):1362-70

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association. 5. Washington, DC. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.893619

Beier, K. M. (1998). Differential typology and prognosis for dissexual behavior – a follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *International Journal of Legal Medicine*, 111,133–141. doi:10.1007/s004140050133

Beier K. M., Neutze, J., Mundt, I. A., Ahlers, C. J., Goecker, D., Konrad, A., & Schaefer, G. A. (2009). Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child abuse and neglect*, 33(8), 545-9. DOI: 10.1016/j.chiabu.2009.04.002

Bengtson, S. (2008). *Kriminelt recidiv blandt mentalundersøgte sædelighedskriminelle* [ph.d.-afhandling]. Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.

Bengtson, S. & Kristensen, E. (2019). *SSPI-2*. Translation of Seto MC, Stephens S, Lalumière M & Cantor JM (2017): *Revised Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI-2)*.

Bengtson, S. & Lund, J. (2008). Kriminelt recidiv blandt sædelighedskriminelle. *Ugeskrift for Læger*, 170:4035-9.

Bengtson, S. & Långström, N. (2008). Unguided clinical and actuarial assessment of re-offending risk: A direct long-term comparison with sex

offenders in Denmark. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment*, 19, 135-154

Bengtson, S. & Pedersen, L. (2009). Implementation of evidence-based practices in forensic psychiatric clinical practice in Denmark: Are we there? *Scandinavian Journal of Forensic Science*; 14: 48-54

Bengtson S., Sørensen T., & Kristensen, E. (2019). Diagnostik og behandling af pædofili. *Ugeskrift for Læger*, 181:V02190123.

Berlin, F.S. (2014). Pedophilia and DSM-5: the importance of clearly defining the nature of a Pedophilic Disorder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online December*, 42 (4), 404-407. DOI: 10.1016/j.amjmed.2004.09.018

Blanchard, R., Klassen, P., Dickey, R., Kuban, M. E., & Blak, T. (2001). Sensitivity and specificity of the phallometric test for pedophilia in nonadmitting sex offenders. *Psychol. Assess.* 13, 118-126. doi:10.1037/1040-3590.13.1.118

Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherrett D., Kuban M. E., Cantor J. M., Blak, T.... & Klassen, P. E. (2009). Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 38 (3), 335-50. doi:10.1007/s10508-008-9399-9

Bailey, J.M., Bernhard, P.A., & Hsu, K.J. (2016). An internet study of men sexually attracted to children: Correlates of sexual offending against children. *Journal of Abnormal Psychology*, 125, 989-1000. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000213>

Bouchard, K. N., Dawson, S. J., & Lalumière, M. L. (2017). The effects of sex drive and paraphilic interests on paraphilic behaviours in a nonclinical sample of men and women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 26(2), 97-111.

Cortoni, F., & Gannon, T. A. (2013). What works with female sexual offenders. In Craig, L., Dixon, L., & Gannon, T. A. (Eds). *What works in offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment* (pp. 271-284). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Dombert, B., Schmidt, A.F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., Osterheider, M. (2016). How Common is Men's Self-Reported Sexual Interest in Prepubescent Children? *Journal of Sex Research*, 53(2), 214-23. doi: 10.1080/00224499.2015.1020108

- Eher, R., Oliver, M., Heurix, I., Schilling, F., & Rettenberger, M. (2015). Predicting Reoffense in Pedophilic Child Molesters by Clinical Diagnosis and Risk Assessment. *Law and Human Behavior, 39*, 6, 571-580.
- Fagan, P. J., Wise, T. N., Schmidt, C. W., & Berlin, F. S. (2002). Pedophilia. *JAMA 288*, 2458-2465. doi:10.1001/jama.288.19.2458
- Frisch, M, Larsen, E. M., Andersson, M., Andresen, J.B., & Graugaard, C. *Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. København: Statens Serum Institut og Aalborg Universitet, 2019.
https://files.projektsexus.dk/2019-10-26_SEXUS-rapport_2017-2018.pdf
- Fromberger, P., Jordan, K., von Herder, J., Steinkrauss, H., Nemetschek, R., Stolpmann, G., & Müller, J. L. (2012). Initial orienting towards sexually relevant stimuli: preliminary evidence from eye movement measures. *Archives of Sexual Behavior, 41*(4), 919-28. doi: 10.1007/s10508-011-9816-3
- Geiker, K., Giraldi, A., Johansson, K. J., & Bengtson, S. (2021). Hyperseksualitet. *Ugeskrift for Læger, 183*:V10200769
- Green, R. (2002). Is pedophilia a mental disorder? *Archives of Sexual Behavior, 31*, 467-471. doi:10.1023/A:1020655231056
- Greenberg, D. M., Firestone, P., Nunes, K. L., Bradford, J. M., & Curry, S. (2005). Biological fathers and stepfathers who molest their daughters: psychological, phallometric, and criminal features. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 17*, 39-46.
 doi:10.1177/107906320501700105
- Hall, R. C. W., & Hall, R. C. W. (2007). A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clinic Proceedings; 82*, 457-471. doi:10.4065/82.4.457
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A metaanalysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 348-362. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.348>
- Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. (2007). *The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis* (Rep. No. 2007-01). Ottawa, ON: Public Safety and Emergency Preparedness Canada.
- Helmus, L., Ó Ciardha, C., & Seto, M. C. (2015). The Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI): Construct, predictive, and incremental

validity. *Law and Human Behavior*, 39(1), 35–43.
<https://doi.org/10.1037/lhb0000099>

Jahnke, S. (2018). The Stigma of pedophilia: Clinical and forensic implications. *European Psychologist*, 23(2), 144-153. DOI: 10.1027/1016-9040/a000325.

Kramp P., Bengtson S., Bock C., Fristed P., Gabrielsen G., Kristensen E., & Sørensen T. (2015). *En undersøgelse af behandlingsordningen – delrapport 1. Visitationsundersøgelsen*. Direktoratet for Kriminolforsorgen, København. <https://www.kriminolforsorgen.dk/wp-content/uploads/2018/12/en-undersoegelse-af-behandlingsordningen-delrapport-1-visitationsundersoegelsen.pdf>

Le Maire, L. (1956). Danish Experiences Regarding the Castration of Sexual Offenders. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 47, 3, 294-310.

Madvig, F., Kristensen, E., & Bengtson, S. (2021). Behandling af seksualkriminelle. *Ugeskrift for Læger*, 2021;183:V08200571.

Maletzky, B. M., & Steinhauser, C. A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7,275 sexual offenders. *Behavior Modification*, 26 (2), 123-47. doi: 10.1177/0145445502262001

Marshall, W. L. (2007). Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Aggression and Violent Behavior*; 12(1), 16-35.
DOI:10.1016/j.avb.2006.03.001

McGrath, S. A., Nilsen, A. A., & Kerley, K. R. (2011). Sexual victimization in childhood and the propensity for juvenile delinquency and adult criminal behavior: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 485–492.

Mokros, A., Gebhard, M., Heinz, V., Marschall, R. W., Nitschke, J., Glasgow, D. V. ... Laws, R. (2012). Computerized assessment of pedophilic sexual interest through self-report and viewing time: reliability, validity, and classification accuracy of the affinity program. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*; 25, 230–258.
doi:10.1177/1079063212454550

Neutze, J., Grundmann, D., Scherner, G., & Beier, K. M. (2012). Undetected and detected child sexual abuse and child pornography

offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 168–175.
doi:10.1016/j.ijlp.2012.02.004

Pajhede, L., Kristensen, E., Giralardi, A., Pedersen, M. & Bengtson, S. (2021). *National anonymous telephone helpline for subjects with sexual interest in minors in Denmark – results for the first 15 years*. Abstract (poster), 16th IATSO Conference.

Plummer, M. & Cossins, A. (2018). The Cycle of Abuse: When Victims Become Offenders. *Trauma, Violence & Abuse*, 19, 286–304.

Rask Pedersen M. (2017). *The Politics of being a Pedophile* [speciale]. <https://www.b4uact.org/wp-content/uploads/2014/12/The-Politics-of-being-a-Pedophile.pdf>. Aarhus Universitet.

Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G. A., & Michael Miner, M. (1999). Psychiatric Comorbidity in Pedophilic Sex Offenders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 786–788.
DOI:10.1176/AJP.156.5.786

Seto, M. C. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology*; 5, 391-407.

Seto, M. (2018). *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention* (2. udg.). American Psychological Association, Washington DC.

Seto, M. C., Hanson, R. K., & Babchishin, K. M. (2011). Contact sexual offending by men with online sexual offenses. *Sexual Abuse*, 23(1), 124-45. DOI: 10.1177/1079063210369013

Seto, M. C., Lalumiere, M. L., & Kuban, M. (1999). The sexual preferences of incest offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 267–272. doi:10.1037/0021-843X.108.2.267

Seto, M. C. (2013). Internet Sex Offenders. American Psychological Association: Washington, DC.

Seto, M. C., Stephens, S., Lalumière, M. L., & Cantor, J. M. (2017). The Revised Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI-2): Development and Criterion-Related Validation. *Sexual Abuse*, 29(7), 619-635. DOI: 10.1177/1079063215612444

Schaefer, G. A., Mundt, I. A., Feelgood, S., Hupp, E., Neutze, J., Ahlers, C. J. ... & Beier, K.M. (2010). Potential and dunkelfeld offenders: two

neglected target groups for prevention of child sexual abuse. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 154–163. doi:10.1016/j.ijlp.2010.03.005

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2011). *Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn: en systematisk litteraturöversikt*.

Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, M., Walter, H... & Kruger, T. (2015). The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. *Frontiers of Human Neuroscience*, 9, 344. doi: 10.3389/fnhum.2015.00344

Tozdan, S. & Briken, P. (2019). Age of Onset and Its Correlates in Men with Sexual Interest in Children. *Sexual Medicine*, 7(1):61-71. DOI: 10.1016/j.esxm.2018.10.004

World Health Organization (WHO) (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2012). *WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser - klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard.

World Health Organization (WHO) (2020). *ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version:09/2020)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f517058174> (besøgt 18-04-2021)

Wurtele, S. K., Simons, D. A., & Moreno, T. (2014). Sexual Interest in Children Among an Online Sample of Men and Women: Prevalence and Correlates. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 26, 546–568.

OM FORFATTERNE

Susanne Bengtson er psykolog, ph.d. og nu ansat som seniorforsker på Sexologisk Klinik Rigshospitalet. Hun har i en årrække været ansat på Retspsykiatrisk Klinik, Retspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Skejby, hvor hun fortsat er ansat som supervisor, og hun har i en årrække varetaget behandling af seksualkriminelle og forskning inden for emnet i det landsdækkende behandlingsnetværk af voksne seksualkriminelle. Hun har udgivet artikler og bogkapitler omhandlende pædofili, recidivrisiko og risikovurdering af seksualkriminelle og retspsykiatriske patienter.

Ellids Kristensen er nu ansat som konsulent på Sexologisk Klinik Rigshospitalet, hvor hun har været leder i perioden 1998-2019 og overlæge indtil 2021. Hun er lektor emerita ved Københavns Universitet. I perioden 1997-2021 var hun koordinator for det landsdækkende behandlingsnetværk af voksne seksualkriminelle. Hun har udgivet en del artikler, bogkapitler og bøger omhandlende emnerne sygdom, handicap og sex, seksuelle ofre og krænkere samt behandling af seksuelle dysfunktioner.

Den anonyme telefonrådgivning Bryd Cirklen



KAPITEL 10

BEHANDLING AF VOKSNE SEKSUALKRIMINELLE

Ellids Kristensen & Susanne Bengtson



Dette kapitel giver et overblik over, hvad der karakteriserer voksne, der begår overgreb på børn, hvad der kan være baggrunden for at begå overgreb, og hvordan der kan forsøges dæmmet op for overgreb blandt andet med behandling

INDLEDNING

Det totale antal anmeldelser af overgreb på voksne og børn har frem til 2015 i en årrække ligget fast på 2-3.000 anmeldelser årligt (Mackie, Hjulgaard & Poulin, 2018). Herefter ses en stigning, specielt inden for voldtægtsområdet og hvad angår produktion, besiddelse og udbredelse af utugtige billeder af børn (UBB) samt internetbaserede overgreb i form af grooming, elektronisk overvågning og eksponering. En del af stigningen har i forhold til voldtægter at gøre med en ændret registreringspraksis, idet alle henvendelser til politiet siden medio 2015 er blevet registreret som anmeldelser, hvor en del sager tidligere kun blev angivet som undersøgelsessager (Kyvsgaard, 2020). Desuden er alle overgreb med penetration på børn under 12 år siden 2013 blevet karakteriseret som voldtægt, uafhængigt af, om der har været anvendt vold eller såkaldt ulovlig tvang. I 2020 var der i alt 6.615 anmeldelser om seksualforbrydelser, heraf var der 416 anmeldelser vedrørende seksualforbrydelser mod børn under 12 år, 248 anmeldelser vedrørende seksualforbrydelser mod børn under 15 år og 36 anmeldelser vedrørende blodskam (incest/intrafamiliar krænkelser) (Danmarks Statistik) (Se tabel 1). Mørketallet vedrørende seksualforbrydelser er stort, og det reelle antal er skønsmæssigt fem gange større end det estimerede, man kan få ved hjælp af kriminalstatistik, politiakter og andre officielle kilder (Helweg-Larsen & Larsen, 2005).

Tabel 1 Antal seksualforbrydelser anmeldt i Danmark i 2020.
(Danmarks Statistik)

Blodskam mv.	36
Voldtægt mv.	1.041
Seksuualforbrydelse mod barn under 12 år	416
Seksuualforbrydelse mod barn under 15 år	248
Seksuualforbrydelse i øvrigt	261
Blufærdighedskrænkelser ved beføling	832
Blufærdighedskrænkelser ved blotteri	550
Blufærdighedskrænkelser i øvrigt	1.491
Seksuualforbrydelser i alt	6.615

Gennem de seneste årtier er psykoterapeutisk behandling af personer, der har begået seksualforbrydelser, blevet en integreret del af de tiltag, der iværksættes over for seksualkriminelle for at forsøge at nedsætte recidiv til ny seksualforbrydelse. Der er lavet en del undersøgelser over behandlingseffekt, og selvom de ikke er entydige, mener man, at behandling nedsætter risikoen for nye seksualforbrydelser (recidiv) hos i hvert fald nogen af dem, der tidligere har begået overgreb (Madvig, Kristensen & Bengtson, 2021). Både i Danmark og i den øvrige vestlige verden er der desuden intensiverede tiltag for at begrænse overgreb i form af bl.a. længere straffe og overvågning af tidligere dømte.

HVEM BEGÅR OVERGREB PÅ BØRN?

De personer, der begår seksuelle overgreb på børn, er en forskelligartet gruppe. Det er hyppigst mænd, der anmeldes og dømmes for seksualforbrydelser, men også kvinder begår seksuelle overgreb. De fleste overgreb foretages af personer, som offeret kender og eventuelt har et tillidsforhold til (Helweg-Larsen, Schütt, & Larsen, 2009). Det er ikke alle, der begår seksuelle overgreb på børn, som er egentligt pædofile (se kapitel 9 i denne antologi). Krænkerer med en pædofil diagnose vil ofte sørge for at opbygge et tillidsforhold til barnet – groomer – inden overgrebene finder sted (se kapitel otte om grooming). Ofrene er oftest af hunkøn, men også drenge udsættes for overgreb. Nogle krænkerer begynder allerede at krænke børn, når de selv er børn eller unge, mens andre begår deres første overgreb senere i livet (se kapitel 4 om børn og unge krænkerer).

Kvinder fremgår ikke så hyppigt i kriminalstatistikkerne; kun få procent af anmeldelserne drejer sig om kvindelige krænkerer. I offerundersøgelser angiver derimod godt en tiendedel, at de har været udsat for overgreb fra en kvinde (Cortoni & Gannon, 2016). I Danmark vedrørte 5 % af afgørelserne i 2020 kvinder (Danmarks Statistik). Dette kan være et udtryk for, at der er mindre fokus på kvindelige krænkerer, og at det er sværere at opdage, når en kvinde laver overgreb. Kvindelige krænkerers ofre er hyppigere familiemedlemmer eller slægtninge sammenlignet med mænd (Colson, Boyer, Baumstarck & Loundou, 2013). Overgreb sker oftest i hverdagssituationer og vækker ikke mistanke mod krænkeren. Desuden kan omgivelserne have en tendens til at se forhold mellem voksne kvinder og teenagedrenge som en fordel for drengen og ikke som et overgreb, hvilket adskiller sig fra den måde, vi ser på mænds overgreb på teenagepiger. Kvinder er mere tilbøjelige end mænd til at krænke egne

børn, slægtninge eller børn i deres varetægt. Når en kvinde begår overgreb, er der i omkring en tredjedel af tilfældene en anden person, mand eller kvinde, involveret som med-krænker, mens mænd hyppigere begår overgreb alene. Omkring halvdelen af kvinders ofre er piger (Budd, Bieri & Williams, 2017). Når en kvinde og en mand er sammen om overgrebet, er barnet afhængigt af kvinden som omsorgsperson i ca. en tredjedel af tilfældene. Overgrebene spænder fra eksponering af egne kønsorganer og gensidige berøringer til oralsex og samleje. Helt små børns kroppe kan også ses brugt i onaniøjemed.

Det er oftest et samspil af flere mulige biopsykosociale årsager og sjældent en enkelt grund, der er årsag til, at der begås seksuelle overgreb.

Ward (2016) har beskrevet *the integrated theory of sexual offending* (ITSO), der giver en forståelsesramme for debut, udvikling og fortsættelse af seksuelle overgreb. Biologiske faktorer (udviklingsforhold, genetiske variationer og neurobiologi) samt psykosociale faktorer, der indvirker på centrale neuropsykologiske funktioner (socialt klima, kulturforhold, personlige omstændigheder og fysiske rammer) spiller sammen. Eksempelvis ser man, at det at være vokset op i en dysfunktionel familie med udvikling af en dårlig tilknytningsstil er en velkendt risikofaktor for seksuelt krænkende adfærd (Långström, Babchishin, Fazel, Lichtenstein & Frisell, 2015).

Lavt uddannelsesniveau, voldsdomme og det at være blevet forældre tidligt øger risikoen for at begå overgreb (Babchishin et al., 2017). At have en far eller bror, som er dømt for seksualforbrydelser, øger sandsynligheden med 3-5 gange for selv at begå overgreb (Långström, Babchishin, Fazel, Lichtenstein & Frisell, 2015). Desuden er risikoen for at begå seksuelle grænse-overskridelser øget tre gange for mænd, der selv har været udsat for seksuelle overgreb (Seto et al. 2010). Mænd, der har været udsat for overgreb som børn, misbruger oftere drenge, tiltvinger sig oftere analt samleje, har oftere flere ofre, har oftere afvigende fantasier, er oftere selvskadende, har oftere seksuel kontakt med andre mænd og får oftere psykiatrisk behandling end mandlige krænkere, der ikke har været udsat for overgreb i barndommen (Craissati, McClurg & Browne, 2002). At have set eller have været udsat for vold og/eller omsorgssvigt i barndommen øger også risikoen for selv at blive seksualkrænker (Jespersen, Lalumière & Seto, 2009).

ER DE PSYKISK SYGE?

De fleste, der begår overgreb på børn, har ikke en psykisk sygdom, men psykisk sygdom er dog hyppigere forekommende end i befolkningen generelt. Krænkerer har således seks gange så hyppigt været set i psykiatrien pga. psykiske problemer end befolkningen generelt. Ofte har den psykiske lidelse været kombinationer af hæmmet impuls kontrol som f.eks. antisocial personlighedsafvigelse, adfærdsforstyrrelser, psykotisk lidelse, alkohol og kokainmisbrug, men affektive lidelser, social angst, ADHD og andre neuroudviklingslidelser som f.eks. mental retardering, føtalalkoholsyndrom og Aspergers syndrom er også hyppigere forekommende sammenlignet med befolkningen generelt. Mænd med seksuelt krænkende adfærd har desuden oftere tvangsmæssige, antisociale, borderline, narcissistiske og/eller undvigende personlighedstræk (Kafka, 2014; Fazel, Sjöstedt, Långström & Grann, 2007; Sorrentino, Brown, Berard & Peretti, 2018).

En betragtelig del af krænkerer af børn og/eller voksne har begået andre former for lovovertrædelser og har en mere generelt kriminel livsstil som udslag af en mere grundlæggende dys- eller antisocial problematik (Bengtson & Lund, 2008). Hos mænd, der har voldtaget ubekendte, finder man ofte psykopatiske træk, og personer med disse træk har større risiko for at begå fornyet seksual- og voldskriminalitet (Seto, Harris & Lalumiére, 2016). Også kvinder, der foretager seksuelle overgreb, har en mere antisocial adfærd (Kjellgren, Priebe, Svedin, Mossige & Långström, 2011). Personer med pædofili er sjældnere karakteriseret ved psykopati, men har en person både pædofili og psykopati, har personen høj risiko for at begå fornyet og alvorlig kriminalitet (Seto, 2018).

Hjerneskader kan påvirke den seksuelle adfærd i destruktiv retning. F.eks. kan man hos hjerneskadede se mindsket impuls kontrol, nedsat frustrationstærskel, personlighedsmæssige forandringer og øget seksualdrift (Ward, Fisher & Beech, 2016). Ved scanningsstudier er der hos pædofile mænd fundet en øget hyppighed af læsioner i hjernen (Mohnke et al., 2014).

Kvindelige krænkerer har hyppigere end mandlige selv været udsat for omsorgssvigt samt seksuelle og/eller fysiske overgreb, ligesom de oftere har psykiatriske problemstillinger, fysiske handicaps og medicinmisbrug. Også vold i familien er hyppigere forekommende end for mandlige krænkeres vedkommende (Strickland, 2008; McLeod, 2015).

Ikke sjældent har både mandlige og kvindelige krænkere haft psykosociale problemer (fx parforholdsproblemer, arbejdsløshed, statustab eller andre livskriser) forud for overgrebene.

ER DE PÆDOFILE?

Seksuel interesse i børn er ikke ulovligt. Interessen bliver først kriminel i det øjeblik, der finder seksuel aktivitet sted mellem en voksen og et barn. Mange af dem, der har begået overgreb mod børn, er *lejlighedskrænkere*, dvs. personer, der krænker børn, fordi de har praktisk mulighed for det, og fordi omstændighederne gør dette lettere end at opsøge og have kontakt til en ligeværdig voksen person (Miller 2013).

Dermed er ikke alle, der begår overgreb mod børn, pædofile, og ikke alle, der har fantasier om børn som seksualobjekter, begår overgreb. Dette kan du læse mere om i kapitel 9 om pædofili. Forskning viser dog, at personer, der har en stærk seksuel tiltrækning til børn, og ikke finder stor interesse i sex med alderssvarende partnere, har en større risiko for at begå overgreb.

KAN DE BEHANDLES?

Den form for behandling, der tilbydes personer, der har begået seksualforbrydelser, udvikler sig løbende, efterhånden som forskningen gør os klogere. En del tidligere behandlinger, så som kirurgisk kastration og aversionsbehandling, er i dag forladt, enten fordi de viste sig at være ineffektive, eller fordi man ikke længere finder dem etisk forsvarlige. I dag anvendes fortrinsvis psykoterapeutisk behandling, af og til kombineret med psykofarmaka og i sjældne tilfælde kønsdriftsdæmpende medicin.

I Danmark blev der i 1997 vedtaget en lov, der har gjort det muligt at straffe seksualforbrydere med en betinget dom med vilkår om behandling. Ligeledes er det muligt for ubetinget dømte at blive prøveløsladt på betingelse af behandling. Denne behandlingsordning involverer et tæt samarbejde mellem Justitsministeriet, Socialministeriet og Sundhedsministeriet. Hovedformålet med loven er at nedbringe recidiv til ny kriminalitet, især seksualforbrydelser mod børn. Foruden vilkår om behandling i forbindelse med dom eller prøveløsladelse kan der være andre vilkår som f.eks. alkoholbehandling og forbud mod kontakt med mindreårige. I tillæg til behandling af de dømte omfatter ordningen også

uddannelse af Kriminalforsorgens personale, så de bedst muligt kan motivere og støtte behandlingsarbejdet.

Omkring 100 seksualkriminelle er på et givet tidspunkt i behandling i Danmark i medfør af denne ordning, enten som alternativ eller supplement til fængsling. Flertallet modtager behandling i mindst to år. Der kan dog ikke idømmes sexologisk behandling, hvis dømte ikke selv ønsker det. Det er op til behandlerne sammen med personen, der har begået overgreb, at bedømme, hvorvidt vedkommende er egnet til behandling. Dette kræver typisk, at personen erkender dele af overgrebet og er motiveret for og kognitivt i stand til at arbejde terapeutisk. I modsat fald kan det betyde, at der ikke afgives en betinget dom med vilkår om behandling (eller ingen prøveløsladelse). Behandlingen foregår i psykiatrien forskellige steder i Danmark, på afdelinger med højt specialiseret funktion (Kristensen, 2019). Derudover er flere hundrede i Danmark i frivillig behandling. Det drejer sig både om personer, der fortsætter, efter at deres vilkår er udløbet, og personer, der henvender sig, fordi de er bange for at begå nye seksuelle overgreb, ofte efter at de har henvendt sig til den anonyme telefonrådgivning BrydCirklen.dk.

Da personer, der har begået seksuelle overgreb, udgør en meget forskelligartet gruppe, må behandlingen altid lægges individuelt til rette. Der er forskel på, hvad behandlingen skal fokusere på; det afhænger af den givne problematik. Eksempelvis er der forskel på behandlingen af en alkoholiseret og deprimeret far, der har begået incest mod sin datter eller søn, og en pædofil mand, der har groomet og forgrebet sig på mange forskellige børn. Der er også forskel på, hvilken behandling man tilbyder en pædofil, der har forgrebet sig på børn, og én, der udelukkende har set på utugtige billeder. Alligevel er der behandlingsmæssigt visse terapeutiske fællestræk (Kristensen, 2019) (Se tabel 2).

Det primære mål med behandlingen er at etablere et lovlydigt og tilfredsstillende seksualliv. Dette indebærer en fokusering på at opnå en meningsfyldt og afbalanceret livsstil, og at personen styrker evnen til at kunne håndtere ubehag og psykologiske konflikter uden at begå kriminalitet. Terapeuten skal derfor hjælpe den enkelte med at opnå bedre selvværd og blive resocialiseret og fremfor alt forsøge at hjælpe vedkommende med at etablere og opretholde et normalt intimt/seksuelt forhold til en voksen og jævnbyrdig partner (Kristensen et al., 2011; Kristensen, 2019).

Tabel 2. *Overordnede mål med behandlingen af sædelighedsforbrydere.*

- At etablere behandlingsalliance og motivation for forandring
- At patienten tager ansvar for de pådømte handlinger
- At få forståelse for, hvad der ledte til de seksuelle overgreb
- At arbejde med kriminogene faktorer og at forebygge recidiv
- At identificere potentielt farlige situationer
- At erkende farlige reaktionsmønstre
- At forstå, hvad "det gode liv" indbefatter
- At opnå større selvkontrol og ansvarlighed
- At øge graden af empati
- At opnå flere seksuelle frihedsgrader ved at arbejde med afvigende seksuelle fantasier
- At opnå et mere nuanceret syn på sig selv, omverdenen og fremtiden, herunder arbejde for
 - Mindre kognitiv forvrængning
 - Mindre benægten og bagatellisering
 - Bedre selvværd

Behandlingen tilrettelægges, så den inkluderer Miller og Rollnicks "Motivational Interviewing", Andrews og Bontas "Risk-Need-Responsivity" (RNR) principper og Wards "Good Lives Model". Marshall og Marshall har beskrevet grundtrækkene i denne behandling (Marshall & Marshall, 2014). For at en behandling kan komme i stand, må personen have en vis grad af motivation for at indgå i den. Motivation defineres som "en tilstand af parathed til forandring" (Mabeck, 2005) og er ikke kun et forberedende tiltag, men også en del af behandlingsforløbet, idet motivationen til forandring oftest svinger undervejs. For at udvikle og fastholde motivationen arbejder man ud fra principperne i "Motivational Interviewing", hvor terapeuten på en direkte måde forsøger at hjælpe

personen til at undersøge og afhjælpe ambivalensen i forhold til forandring (Miller & Rollnick, 2012; Marshall & Marshall, 2014).

Denne teknik understøtter det vigtigste mål i begyndelsen af et behandlingsforløb, nemlig at skabe en tryk og robust *behandlingsalliance* og et *terapeutisk rum*, der gør det muligt for patienten at overkomme ængstelsen ved at tale om overgrebsadfærden. Det terapeutiske rum kan meget vel være det første sted, hvor patienten har en relevant kontakt med en anden person, som ikke er straffende eller fordømmende. Det kan også være første gang, at krænkeren taler med nogen om personlige problemer. Terapeuten skal udvise varme og empati over for krænkeren, men samtidig tage tydeligt afstand fra de gerninger, han eller hun har begået. Der skal kort sagt være balance mellem støtte og udfordring.

Ifølge RNR-principperne skal behandling tilpasses personens recidivrisiko (Risk), behandlingsbehov (Need) og modtagelighed for behandling (Responsivity). Disse principper er fremkommet efter international forskning, der tydeligt har påvist den terapeutiske betydning af at fokusere på såkaldt *kriminogene faktorer*, dvs. omstændigheder, der øger risikoen for kriminel adfærd. Det drejer sig om en kombination af faktuelle faktorer (faktorer, som der ikke kan ændres ved) og dynamiske faktorer (faktorer, der er foranderlige) (se Tabel 3). Hvad sidstnævnte angår, drejer det sig især om kognitive og følelsesmæssige problemområder, der kan virke fremmede for at begå nye seksuelle krænkelse (Bonta, 2012; Marshall & Marshall, 2014).

Den newzealandske psykolog Tony Ward har introduceret "Good lives model" (GLM) i krænkerbehandlingen (Willis, Ward & Levenson, 2014). Modellen er baseret på en grundopfattelse af, at alle mennesker søger oplevelser, der er i overensstemmelse med deres personlige værdier, og som giver dem velvære. Kriminel adfærd sker ifølge Ward, når en person mangler de interne eller eksterne ressourcer, der er nødvendige for at opnå disse oplevelser på socialt acceptabel vis. Denne måde at forholde sig ressourcefokuseret til krænkerens selvregulerende evner på svarer ganske godt til den klassiske danske tilgang til seksualforbrydere. Ved brug af GLM betragter man de kriminelle handlinger som – i hvert fald delvist – relateret til manglende sociale færdigheder og mangelfulde personlige ressourcer. Det første skridt i behandlingen er derfor at få personen til at reflektere over, hvilke behov og mål han/hun har, og at være nysgerrig i forhold til relationen mellem situationer, tanker, følelser og adfærd. Målet med GLM er at identificere, hvad det gode liv er for patienten og facilitere

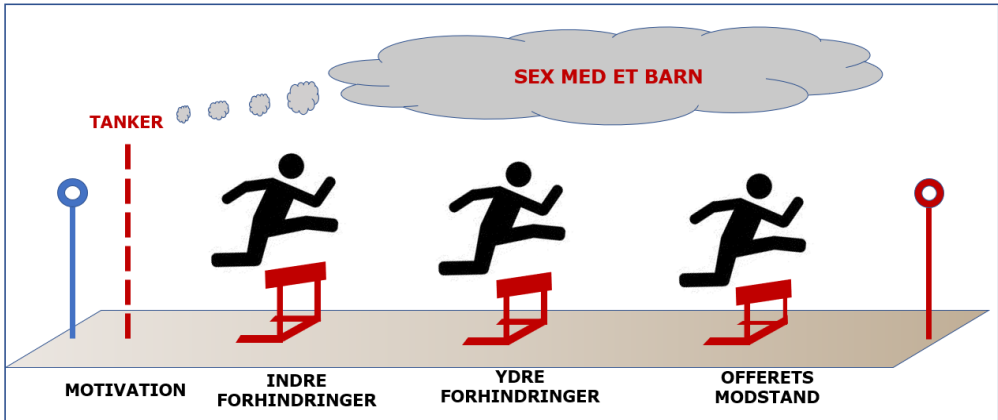
risikoreduktion samtidig med, at patienten får redskaber til at leve et meningsfuldt og tilfredsstillende liv inden for lovens grænser (Willis, Ward & Levenson, 2014; Marshall & Marshall, 2014).

Tabel 3. *Kriminogene faktorer, der skal bearbejdes i terapien (efter Marshall & Marshall 2014)*

<p>Seksuelle faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seksuel overoptagethed/hyperseksualitet • seksuel præference for børn • seksualiseret vold 	<p>Kognitive faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> • følelsesmæssig ligestilling med børn • aggressivitet mod kvinder • dyssocialitet • kriminalitetsunderstøttende holdninger
<p>Relationelle faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> • manglende evne til intimitet • usikker tilknytning • følelsesmæssig ensomhed 	<p>Selvregulerende faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> • mangelfuld følelsesregulering <p>Lavt selvværd/skyldfølelse/skam</p>

Udover de førnævnte anvendes også andre modeller eller tiltag. En meget anvendt model til at illustrere, hvad der ligger forud for seksuelle overgreb på børn, er Finkelhors *hækkeløbsfigur* (Se figur 1). På et både individuelt og sociokulturelt niveau beskriver modellen fire komponenter relateret til seksuelle overgreb. For det første må krænkeren være *motiveret*. For det andet må krænkeren overvinde *indre hindringer og samvittighedskvaler*. For det tredje må krænkeren overvinde *eksterne hindringer*, f.eks. forældrenes beskyttelse af barnet. Og for det fjerde må krænkeren overvinde *barnets modstand*. Først herefter kan overgrebet finde sted (Finkelhor, 1986).

FIGUR 1. Finkelhors hækkeløbsfigur, som skildrer de tre typer forhindringer, der typisk må overvindes, før et seksuelt overgreb på et barn kan finde sted. Barriererne bliver lavere efterhånden som den foranliggende er overskredet (efter Finkelhor, 1986).



Udover den psykoterapeutiske behandling vil det af og til være nødvendigt at supplere med medicinsk behandling. Hvis der er komorbiditet i form af f.eks. affektiv sygdom, ADHD, psykoser eller alkoholisme, skal disse sygdomme behandles, idet de udgør selvstændige risikofaktorer for recidiv og desuden kan være hindrende for psykoterapeutisk behandling af de krænkende impulser og personlighedstræk. De antidepressive midler, SSRI-præparater, har en dosisafhængig seksuel bivirkning i form af hæmning af den seksuelle lyst. Dertil kommer, at denne lægemiddelttype kan have en positiv effekt på depressionsfølelse, angst og tvangsfænomener, hvilket som tidligere nævnt ofte er en del af symptomatologien hos krænkere. Også antipsykotika – der som bivirkning kan hæmme seksualiteten – kan anvendes i behandlingen.

Antihormonbehandling ("medicinsk kastration") anvendes i Danmark hovedsageligt i behandlingen af seksualforbrydere med nærliggende fare for at begå fornyet personfarlig kriminalitet, f.eks. lovovertrædere dømt for voldtægt, sadistiske seksuelle lovovertrædelser etc. Den anvendte behandling består af Androcur, der er et antiandrogent lægemiddel, kombineret med GnRH-agonisten leuprorelin. Begge stoffer kan gives som

depotinjektioner. Alle behandlede tilbydes supplerende psykoterapi. Det gives som oftest til personer, der har fået en forvaringsdom og som betingelse for prøveløsladelse skal lade sig undergive den medicinske behandling med henblik på at forebygge fornyet alvorlig kriminalitet.

Der er de seneste 30 år gennemført studier og samlede analyser af individuelle studier (metaanalyser) vedrørende effekten af psykoterapeutisk behandling af seksualforbrydere. I den forbindelse løbes der ofte ind i problemer med at finde sammenlignelige grupper, og ofte vil der ske en betydelig selektion af personer til behandling, hvorfor det er vanskeligt at sammenligne disse med ubehandlede krænkere. Der er mange andre forhold, der skal tages hensyn til ved effektundersøgelser, f.eks. hvor lang den mulige opfølgingsperiode er, måler man kun recidiv til samme seksualforbrydelse eller recidiv i det hele taget, er der sket recidiv til mindre personfarlig kriminalitet etc.

Sammenligning af forskellige behandlingsformer er generelt meget vanskeligt pga. den relativt lave recidivrate, især på kort sigt. I en ny statusartikel er der inkluderet syv systematiske oversigtsartikler vedrørende behandlingseffekt for voksne seksualforbrydere. I fem af disse beskrev man lavere forekomst af fornyet seksualkriminalitet blandt behandlede, i de sidste to fandt man ingen effekt. Der blev også beskrevet lavere forekomst af generel kriminalitet og vold blandt behandlede. I oversigtsartikler med fund af positiv effekt havde behandlede henholdsvis 7-8 og 16 % lavere risiko for at begå seksualkriminalitet og generel kriminalitet end ubehandlede. Overordnet beskrives behandlingseffekten som lav-moderat. Den største behandlingseffekt blev rapporteret for kognitiv-adfærdsterapi og RNR-tilgang. Den laveste effekt rapporteredes for behandling af personer, der var dømt for at begå seksualkriminalitet mod børn (Madvig, Kristensen & Bengtson, 2021).

HVEM BEGÅR NYE OVERGREB?

Flere studier har fundet karakteristika, der ofte er til stede hos personer, der recidiverer. Eksempelvis har mænd, der krænker drenge, hyppigere recidiv end mænd, der begår overgreb på piger/kvinder (Vess & Skelton, 2010). Andre karakteristika, der øger risikoen for recidiv, er afvigende seksualitet, hyperseksualitet, dyssocial personlighedsstruktur samt det at have krænket ofre, man ikke kendte (Sorrentino et al., 2018; Langström & Seto, 2006; Kuhle et al., 2017). Behandling af alkohol- og/eller stofmisbrug, hvilket ikke sjældent ses at være til stede hos krænkeren, har

væsentlig betydning i forhold til at reducere risikoen for recidiv (Visitations- og behandlingsnetværket, 2004; Kingston, Olver, Harris, Wong, & Bradford, 2015). Generelt gælder det, at alle tilstande, der svækker impuls kontrollen, øger risikoen for at begå overgreb på ny. Som nævnt er psykiatriske tilstande som psykose, angst, depression, ADHD og autisme overrepræsenterede hos mænd, der begår seksuelle krænkelser. Undersøgelser peger ikke entydigt på, at psykiatriske sygdomme er en risikofaktor.

Tabel 4. Karakteristika ved flergangskriminelle sammenlignet med personer uden recidiv.

Faktuelle forhold (uforanderlige)	
<ul style="list-style-type: none"> • Tidlig kriminalitetsdebut • Flere end ét offer • Fremmede ofre • Ofre af hankøn • Tidligere domme for seksualkriminalitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidligere domme for anden kriminalitet • Forskelligartet seksualkriminalitet • Seksuelt tiltrukket af børn • Ukonventionelle eller parafille seksuelle præferencer • Dyssocial personlighedsstruktur
Dynamiske forhold (foranderlige)	
<ul style="list-style-type: none"> • Stof- og/eller alkoholmisbrug • Familiære problemer og belastninger 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbejdsmæssige problemer og belastninger • Psykiske problemer og belastninger

Dog viser en nylig undersøgelse fra Sverige, at psykotisk sygdom øger risikoen for nye seksuelle overgreb hos psykiatriske patienter (Långström, Sjöstedt, & Grann, 2004). Generelt ses kriminalitet at aftage med alderen; dette gør sig ikke i samme omfang gældende for mænd, der forgriber sig på børn, idet denne form for kriminalitet kan ses i alle aldersgrupper, ligesom der kan være mange år imellem overgrebene (Bengtson & Lund, 2008). Kvindelige krænkere er mere tilbøjelige end mandlige til at foretage overgreb i en afgrænset livsperiode og recidiverer således generelt sjældnere end mænd (Cortoni & Gannon 2016). Det var tidligere en fremherskende opfattelse, at personer, der benægtede kriminaliteten, var i større risiko for at recidivere, men nyere undersøgelser har ikke kunnet verificere dette (Watson, Harkins & Palmer, 2016).

En samlet vurdering af de dømtes recidivrisiko bør basere sig på en struktureret risikovurdering og ikke en klinisk vurdering, der ikke gør brug af strukturerede og til formålet validerede risikovurderingsredskaber (Bengtson & Långström, 2008) (Se tabel 4).

HVAD ER DER AF ANDRE TILTAG FOR AT FORHINDRE OVERGREB?

For at forhindre overgreb er der i Danmark, udover behandling af allerede dømte, en række andre tiltag mod (potentielle) seksualforbrydere. Januar 2020 blev overvågningen i Danmark intensiveret, idet der skete en skærpelse af forbudsloven, § 236 i straffeloven. Forbud kan nu gives, når det efter karakteren af det begåede forhold og oplysningerne om den dømtes person, herunder om tidligere kriminalitet, må antages, at der er fare for, at den dømte vil begå ny lovovertrædelse af lignende beskaffenhed. Det er ikke længere et krav, at der er *nærliggende* fare for, at den dømte vil begå ny lovovertrædelse af lignende beskaffenhed, for at § 236 tages i anvendelse. Forbuddet vil nu også kunne gives i tilfælde, hvor den dømte ikke tidligere er straffet for lignende kriminalitet, når forbrydelsen er af grovere karakter. Politiet skal nu føre opsyn med personer, der tidligere er dømt efter denne paragraf eller fremover dømmes efter den, indtil den eventuelt ophæves ved domstolene. Formålet med politiets tilsyn er at forebygge og kontrollere, at den dømte overholder det meddelte forbud. Dette indbefatter uanmeldte besøg, ligesom politiet har ret til at orientere sig i den pågældendes breve, dokumenter, mails, telefon, PC osv. Besøgene er uanmeldte og foregår som udgangspunkt flere gange månedligt.

I 2006 etablerede Sexologisk Klinik i København i samarbejde med Red Barnet en anonym telefonrådgivning ("Bryd cirklen") for voksne med seksuel interesse i børn (www.BrydCirklen.dk) (Se figur 2). Formålet var at motivere personer med risiko for at begå seksualforbrydelser til at søge behandling. Der er årligt 60-70 opkald, de fleste fra mænd, der har været eller er i risiko for at begå seksuelle overgreb på børn. Nogle påbegynder efterfølgende behandling på en af de specialiserede behandlingsinstitutioner i psykiatrien i Danmark. Håbet er, at man ved at behandle tidligt kan forebygge, at personerne begår seksuelle overgreb (Beier et al., 2015).

Figur 2

Logo for Telefonrådgivningen

Bryd Cirklen



Det er i stigende grad blevet muligt – på offerets foranledning – at arrangere medierende møder mellem krænker og offer. I behandlingen af den voksne krænker kan forberedelsen til et sådant møde føre til betydelige fremskridt i behandlingen. Forud for mediationen får krænkerens terapeut tilsendt de spørgsmål, som ofret ønsker besvaret. Krænkerens umiddelbare svar vil ofte bære præg af manglende forståelse for spørgsmålenes baggrund. I arbejdet med besvarelsen kan krænkeren hjælpes til at forstå nuancer, arbejde med empati og se, hvad der står "mellem linjerne". Svarene på spørgsmålene, der gives ved selve det medierende møde, bliver på denne måde mere brugbare for ofret og mere dybtføjte fra krænkeren. Efter mødet vil ofret hyppigt kunne slippe angsten for krænkeren, og krænkeren vil have påtaget sig skylden og ansvaret for, hvad der skete (Grahn & Kristensen, 2016; Kristensen & Grahn, 2016).

OPSAMLING OG ANBEFALINGER TIL FREMTIDIGE TILTAG

Seksuualforbrydelser anses ofte som en af de værste kriminalitetstyper, og der er forsøgt mange forskellige typer af straf og behandling gennem tiderne med henblik på at forebygge, at dømt på ny begår seksualforbrydelser. I Danmark har man de seneste årtier satset på individuel og gruppebaseret psykiatrisk-sexologisk behandling kombineret med uddannelse af Kriminalforsorgens personale, så de bedst muligt kan motivere og støtte behandlingsarbejdet. I en del andre lande er der indført tvangsbehandling med kønsdriftsdæmpende medicin, offentlige krængerregistre mv. Også i Danmark diskuterer politikere med jævne mellemrum, om lignende muligheder skulle indføres. Indtil videre er det lykkedes at fastholde en mere humanistisk tilgang med forsøg på motivation til behandling og aktiv forebyggelse af nye overgreb. Dog har man ved den omtalte opstramning af politiets opsynspligt over for de personer, der er dømt efter § 236, indført en registerlignende tilstand over for udvalgte seksualforbrydere. Tiden vil vise, om det fortsat kun er de mest recidivtruede, der får dom efter denne paragraf, og om politiet udvikler en måde at foretage opsynet på, som ikke umuliggør den dømtes resocialisering.

Circles of Support and Accountability (støtte og ansvarlighedscirkler), der endnu ikke er indført i Danmark, anvender frivillige til at give støtte til seksualforbrydere, der lever i samfundet. Foreløbige studier viser en tendens til lavere recidiv, når de indgår i en sådan ordning (Clarke, Brown & Völlm, 2017). Tiltaget har potentiale i forhold til at få den dømt integreret i et lokalsamfund på en støttende og positiv måde, samtidig med, at nogen er vidende om hans problem.

Et nyt politisk tiltag har foranlediget en undersøgelse for at klarlægge, om der kan etableres bedre muligheder for direkte behandling af selvhenvendende (Cowi & Sundhedsstyrelsen, 2019). På nuværende tidspunkt er det nødvendigt for en person, der f.eks. henvender sig til Bryd Cirklen, efterfølgende at kontakte den almenpraktiserende læge for at blive henvist til et af de specialiserede behandlingssteder. Dette kan afholde personer fra at søge behandling.

Endvidere har ikke alle behandlingssteder mulighed for at skærme journaloplysninger, så de ikke kan ses andre steder i sundhedsvæsenet (Cowi & Sundhedsstyrelsen, 2019). Det kan afholde personer fra at søge behandling, at de ved, at f.eks. personalet på en skadestue, hvor personen

måtte søge hjælp for en brækket fod, kan se i journalen, at han er i behandling for seksuelle tanker om børn. Også her håber behandlere, at der sker en politisk ændring, der kan betyde, at flere selv henvender sig til behandlingssystemet, inden de begår overgreb.

Forskningsmæssigt er der behov for kontinuerlig evaluering og udvikling af den givne behandling, og der er generelt brug for, at vi bliver klogere på, hvad der får nogen til at begå seksualforbrydelser, både for dem, der gør det flere gange, og hvad der får personer til for første gang at overskride disse grænser.

LITTERATUR

Agerskov U, Bisgaard MP, Poulin P. Statistisk Årbog 2016. Bd. 120. København: Danmarks Statistik; 2016.

Babchishin, K. M., Seto, M. C., Sariaslan, A., Lichtenstein, P., Fazel, S., & Långström, N. (2017). Parental and perinatal risk factors for sexual offending in men: A nationwide case-control study. *Psychological Medicine*, 47(2), 305–315.

Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., & Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 529–542.

Bengtson, S. & Lund, J. (2008). Kriminelt recidiv blandt sædelighedskriminelle. *Ugeskrift for Læger*, 170:4035-9.

Bengtson, S. & Långström, N. (2008). Unguided clinical and actuarial assessment of re-offending risk: A direct long-term comparison with sex offenders in Denmark. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment*, 19, 135-154

Bengtson, S., Sørensen, T., & Kristensen, E. (2019). Diagnostik og behandling af pædofili. *Ugeskrift for Læger*, 181, V02190123.

Andrews, D. A. (D.). (2012). *The risk-need-responsivity (RNR) model of correctional assessment and treatment*. In J. A. Dvoskin, J. L. Skeem, R.

W. Novaco, & K. S. Douglas (Eds.), *American psychology-law society series. Using social science to reduce violent offending* (127–156). Oxford University Press.

Bouchard, K. N., Dawson, S. J., & Lalumière, M. L. (2017). The effects of sex drive and paraphilic interests on paraphilic behaviours in a nonclinical sample of men and women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 26(2), 97–111.

Budd, K. M., Bierie, D. M., & Williams, K. (2017). Deconstructing Incidents of Female Perpetrated Sex Crimes: Comparing Female Sexual Offender Groupings. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 29(3), 267–290.

Clarke, M., Brown, S., & Völlm, B. (2017). Circles of Support and Accountability for Sex Offenders: A Systematic Review of Outcomes. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 29(5), 446–478.

Colson, M. H., Boyer, L., Baumstarck, K., & Loundou, A. D. (2013). Female sex offenders: A challenge to certain paradigmes. Meta-analysis. *Sexologies*, 22(4), e109–e117.

Cortoni, F., & Gannon, T. A. (2016). Female Sexual Offenders: An Overview. In A. Phenix & H. M. Hoberman (Eds.), *Sexual Offending* (213–224).

Cowi, & Sundhedsstyrelsen. (2019). Undersøgelse af muligheder for at styrke indsatsen til mennesker med pædofile tanker. København.

Craissati, J., McClurg, G., & Browne, K. (2002). Characteristics of perpetrators of child sexual abuse who have been sexually victimized as children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(3), 225–239.

Direktoratet for Kriminalforsorgen En undersøgelse af behandlingsordningen, delrapport 1, visitationsundersøgelsen. København: Direktoratet for Kriminalforsorgen; 2015.

Fazel, S., Sjöstedt, G., Långström, N., & Grann, M. (2007). Sexual offending and the risk of severe mental illness: A case-control study based on national registers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 588–595.

Finkelhor, D., & Araji, S. (1986). Explanations of Pedophilia: A Four Factor Model. *The Journal of Sex Research*, 22(2), 145–161.

- Grahn, E., & Kristensen, E. (2016). Jeg vil bare gerne sige undskyld. In K. S. Madsen & H. Andersson (Eds.), *Møder mellem offer og krænker* (175–185). København: Frydenlund.
- Helweg-Larsen, K., & Larsen, H. B. (2005). A critical review of available data on sexual abuse of children in Denmark. *Child Abuse and Neglect*, 29(6), 715–724.
- Helweg-Larsen, K., Schütt, N. M., & Larsen, H. B. (2009). *Unge trivsel År 2008*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Jespersen, A. F., Lalumière, M. L., & Seto, M. C. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 33(3), 179–192. 4
- Kafka, M. (2014). Axis I Psychiatric Disorders, Paraphilic Sexual Offending and Implications for Pharmacological Treatment. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 49(4), 255–261.
- Kingston, D. A., Olver, M. E., Harris, M., Wong, S. C. P., & Bradford, J. M. (2015). The Relationship between Mental Disorder and Recidivism in Sexual Offenders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 14(1), 10–22.
- 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. *Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3354–3362.
- Kristensen, E., Fristed, P., Fuglested, M., Grahn, E., Larsen, M., Lillebaek, T., ... Sørensen, T. (2011). The Danish Sexual Offender Treatment and Research Program (DASOP). In D. P. Boer, R. Eher, L. A. Craig, M. H. Miner, & F. Pfäfflin (Eds.), *International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders: Theory, Practice, and Research* (251–262).
- Kristensen, E., & Grahn, E. (2016). Hvordan påvirker mediation krænkeren. In K. S. Madsen & H. Andersson (Eds.), *Møder mellem krænker og offer* (187–194). København: Frydenlund.
- Kristensen, E. (2019). Behandling af seksualkriminelle. In C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Møhl (Eds.), *Sexologi: Vol. Kap 44* (1001–1022). København: Munksgaard.

- Kuhle, L. F., Schlinzig, E., Kaiser, G., Amelung, T., Konrad, A., Röhle, R., & Beier, K. M. (2017). The association of sexual preference and dynamic risk factors with undetected child pornography offending. *Journal of Sexual Aggression, 23*(1), 3–18.
- Långström, N., Babchishin, K. M., Fazel, S., Lichtenstein, P., & Frisell, T. (2015). Sexual offending runs in families: A 37-year nationwide study. *International Journal of Epidemiology, 44*(2), 713–720.
- Långström, N., & Seto, M. C. (2006). Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey. *Archives of Sexual Behavior, 35*(4), 427–435.
- Långström, N., Sjöstedt, G., & Grann, M. (2004). Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 16*(2), 139–150.
- Mabeck, C. E. (2005). *Introduktion til Den motiverende samtale*. København: Munksgaard.
- Mackie, M. K., Hjulgaard, L. L., & Poulin, P. D. (2018). *Statistisk tiårsoversigt 2018* (Vol. 59). København: Danmarks Statistik.
- Madvig, F., Kristensen, E., & Bengtson, S. (2021). Behandling af seksualkriminelle. Statusartikel. *Ugeskr Læger, 183*(V08200571).
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2014). Psychological Treatment of Sex Offenders. Recent Innovations. *Psychiatric Clinics of North America, 37*(2), 163–171.
- McLeod, D. A. (2015). Female Offenders in Child Sexual Abuse Cases: A National Picture. *Journal of Child Sexual Abuse, 24*(1), 97–114.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: Guilford Press.
- Mohnke, S., Müller, S., Amelung, T., Krüger, T. H. C., Ponseti, J., Schiffer, B., ... Walter, H. (2014). Brain alterations in paedophilia: A critical review. *Progress in Neurobiology, 122*, 1–23.
- Rigspolitiet. Strategisk Analyse 2016. København: Rigspolitiet.
- Seto, M. (2018). *Pedophilia and sexual offending against children: theory, assessment, and intervention* (2. udg.). American Psychological Association, Washington DC

Seto, M. C., Harris, G. & Lalumière, M. L. (2016). Psychopathy and sexual offending. In Gacono, C. (Ed.), *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide*. 2. Ed. New Yourk (333-350).

Sorrentino, R., Brown, A., Berard, B., & Peretti, K. (2018). Sex offenders: General information and treatment. *Psychiatric Annals*, 48(2), 120–128.

Strickland, S. M. (2008). Female sex offenders: Exploring issues of personality, trauma, and cognitive distortions. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 474-489.

Tozdan, S., Briken, P., & Dekker, A. (2019). Uncovering Female Child Sexual Offenders—Needs and Challenges for Practice and Research. *Journal of Clinical Medicine*. <https://doi.org/10.3390/jcm8030401>

Vess J. & Skelton A. (2010). Sexual and violent recidivism by offender type a reoffending rates for rapists, child molesters and mixed-victim offenders. *Psychology, crime and law*: 16, 7, 541-554.

Visitations- og behandlingsnetværket (2004). Slutrapport: Forsøgsordning vedrørende forstærket behandlingsindsats over for personer, der er dømt for seksualforbrydelser. København.

Ward, T., Fisher, S. & Beech, A.R. (2016). An integrated theory of sexual offending. I: *Sexual offending*. New York: Springer Science & Business Media.

Willis, G. M., Ward, T., & Levenson, J. S. (2014). The Good Lives Model (GLM): An Evaluation of GLM Operationalization in North American Treatment Programs. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 26(1), 58–81.

OM FORFATTERNE

Ellids Kristensen er nu ansat som konsulent på Sexologisk Klinik Rigshospitalet, hvor hun har været leder i perioden 1998-2019 og overlæge indtil 2021. Hun er lektor emerita ved Københavns Universitet. I perioden 1997-2021 var hun koordinator for det landsdækkende behandlingsnetværk af voksne seksualkriminelle. Hun har udgivet en del artikler, bogkapitler og bøger omhandlende emnerne sygdom, handicap og sex, seksuelle ofre og krænkere samt behandling af seksuelle dysfunktioner.

Susanne Bengtson er psykolog, ph.d., og er nu ansat som seniorforsker på Sexologisk Klinik Rigshospitalet. Hun har i en årrække været ansat på Retspsykiatrisk Klinik, Retspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Skejby, hvor hun fortsat er ansat som supervisor og underviser, hvor hun både har varetaget behandling af seksualkriminelle og forskning inden for emnet i det landsdækkende behandlingsnetværk af voksne seksualkriminelle. Hun har udgivet artikler og bogkapitler omhandlende pædofili, recidivrisiko og risikovurdering af seksualkriminelle og retspsykiatriske patienter.

KAPITEL 11

ANBEFALINGER

Kuno Sørensen, Maj Hansen, Mimi Strange, Siri Jonina Egede & Troels Græsholt-Knudsen



I dette afsluttende kapitel bidrager Forskningsnetværket om Seksuelle Overgreb på Børn med forslag til fremtidige indsatser i forhold til forebyggelse, udredning og behandling.

INDLEDNING

De foregående kapitler giver et indblik i det vigtige faglige arbejde, vidensindsamlingen og forskningen i forskningsnetværkets organisationer og institutioner, som arbejder med overgreb mod børn. Som beskrevet i det første kapitel har forskellige regeringer gennem de seneste årtier givet bevillinger og ændret lovgivningen for at styrke indsatsen i forhold til forebyggelsen af seksuelle overgreb mod børn og unge, samt udredning og behandling af både krænker og ofre. Der er dog fortsat mangler og plads til forbedringer. Derfor vil dette kapitel indeholde en oversigt over faglige anbefalinger fra netværkets organisationer og institutioner. I en ideel verden kunne overgrebene forebygges – en række anbefalinger til dette fremgår herunder i forhold til den krænkende part, regulering af de sociale medier samt styrkelse af børn og unges viden om overgreb. En fuldstændig forebyggelse er dog næppe realistisk, og i afsnittene om lovgivning og børnehuses arbejde findes en række anbefalinger til optimering af udredning og behandling, når overgreb har fundet sted.

LOVGIVNING

Som det fremgår af antologiens første kapitel, så har de lovgivningsmæssige betingelser stor betydning for, hvor godt og på hvilken måde det er muligt at beskytte børn mod overgreb. Regeringen præsenterede i sit udspil fra maj 2021 "Værn mod voksne der krænker børn" (Justitsministeriet, 2021) ni initiativer, der skal sikre en bedre praksis til at forebygge, afsløre og efterforske seksuelle krænkelser. Red Barnet havde forud for udspillet haft dialog med Justitsministeriet om indholdet. Initiativerne forventes behandlet og forhandlet i efteråret 2021.

Regeringen ønsker bl.a., at det skal fremgå klart af loven, at børn ikke kan samtykke til et seksuelt forhold med en voksen, der er betydeligt ældre end barnet. Den ændrede strafferetlige definition af begrebet voldtægt lægger op til, at der ved et frivilligt seksuelt forhold skal være et reelt samtykke parterne imellem: Sex uden samtykke er voldtægt. Regeringen vil derfor i skrivende stund (efteråret 2021) fremsætte et lovforslag, der skal ændre straffelovens voldtægtsbestemmelse, så samleje med et barn under 15 år fremover per definition skal være voldtægt, hvis den anden part er fyldt 22 år.

EN SELVSTÆNDIG GROOMING-PARAGRAF

Seksuelle krænkeres fremgangsmåde, især i online-relaterede overgreb, skal som regel forstås som en grooming-proces, som beskrevet i kapitel 8. I dag må anklagemyndigheden oversætte krænkerens seksuelle grooming til andre betegnelser og begreber i paragrafferne, som ikke er dækkende for den seksuelle udnyttelse, der foregår. Det skaber en usikker retstilstand. Ved en indførelse af en selvstændig grooming-paragraf vil fænomenet komme til at stå klart for jurister og dommere. Det kan give en større forståelse for den psykiske vold og manipulation, der har udspillet sig mellem offer og krænker op til det seksuelle overgreb. Målet er, at grooming-sager tages mere alvorligt, og at der idømmes færre domme, hvor de udnyttende seksuelle forhold mellem voksne og børn betegnes som frivillige eller kærestelignende. I regeringens udspil er der et tilsagn om at nedsætte en arbejdsgruppe, der navnlig har til opgave at se på behovet for en selvstændig bestemmelse om grooming. Arbejdsgruppen forventes at afslutte sit arbejde med udgangen af 2021.

BØRNEHUSENES ARBEJDE

Børnehusenes faglige arbejde og virke er afhængige af forarbejdet, samarbejdet og det opfølgende arbejde i kommunerne. Som det fremgår af kapitel 2 om børnehuse og kapitel 3 om retsmedicinske undersøgelser, så er den kommunale praksis ikke entydig, når der opstår mistanke om vold eller seksuelle overgreb. Det anbefales derfor, at det skrives ind i Serviceloven, at kommunerne skal og bliver forpligtede til at udarbejde en børnefaglig undersøgelse af barnets forhold i henhold til Servicelovens §50, når der opstår viden eller mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod et barn.

En af styrkerne ved oprettelsen af børnehuse var, at arbejdet kunne udføres koordineret med tværfaglig og tværsektoriel deltagelse. Der er dog stadig områder, hvor virkeligheden ikke lever op til intentionerne. Som en grundlæggende præmis for at leve op til lovens intention om én indgang for barnet til systemerne anbefales det, at juridiske dilemmaer og benspænd i Serviceloven og Sundhedsloven bliver undersøgt og løst. De krævende og komplekse opgaver, der varetages i de danske børnehuse, kalder på evnen til at skabe et stærkt og produktivt samarbejde på tværs af faglige og organisatoriske skel og på tværs af formelle hierarkier, når og hvor opgaven kræver det. Det anbefales derfor, at det bliver undersøgt, hvordan der i højere grad kan skabes en stærk og bæredygtig relationel

kapacitet i det tværsektorielle samarbejde fremadrettet. Det er problematisk, at børn i Danmark har ulige muligheder for, at deres sag kan drøftes og behandles i det professionelle, tværsektorielle samarbejde, fordi der ikke er en ensartet klar fortolkning af lovgivningerne på tværs af landet.

Det anbefales desuden, at effekterne af politiets (video)afhøringsprocesser på børn og unge undersøges, ligesom det anbefales at undersøge kommunernes praksis med at sikre børn en ordentlig overdragelse til deres hverdagsliv efter endt afhøring. Dette er især centralt i de tilfælde, hvor forældrene kan være de mistænkte. I forlængelse heraf anbefales det at have et øget fokus på børnenes fysiske og følelsesmæssige sikkerhed i praksis efter afhøringerne, ligesom det i overensstemmelse hermed anbefales, at der udarbejdes standardiseringer af sikkerhedsplaner for børn, der er blevet afhørt af politiet.

Styrke retsmedicinske undersøgelser

Kapitel 3 om retsmedicinske undersøgelser har en række andre forskningsprojekter knyttet til projektet og vil på længere sigt kunne bidrage med vigtig viden om børnenes fysiske sundhed, herunder overgrebs betydning for børnenes tandstatus. Denne viden vil bl.a. kunne anvendes i fremtidigt arbejde med opsporing af børn udsat for vold, f.eks. hos sundhedsplejersker, praktiserende læger og den kommunale tandpleje. Forskningsprojekterne vil også bidrage med viden om læsionsmønstre hos de undersøgte børn og med analyser af, hvilke børn der hyppigst udsættes for vold, samt hvilke typer af vold de udsættes for.

Denne viden kan bidrage til at skabe en mere kvalificeret udvælgelsesprocedure fremover i forhold til, hvilke børn der, i forbindelse med en videoafhøring, bør retsmedicinsk undersøges. De indsamlede data vil endvidere give mulighed for en undersøgelse af, hvilken vægt dokumentation af skader tillægges ved et eventuelt retsligt efterspil. Det er vigtigt, at denne type forskning prioriteres og ydes den nødvendige økonomiske støtte, også til at udbrede den indhøstede viden til de relevante fagpersoner.

Fokus på behandling og senfølger

Børnehusenes specialiserede fokus var oprindeligt på den akutte fase, hvor mistanken er opstået, skal afklares og eventuelt kunne føre til dom. Der var i udspillet ved oprettelsen af børnehusene mindre fokus på den rehabiliterende og behandlende indsats over for ofrene og deres familier i

tiden efter den akutte fase. Kapitel 7 beskriver et projekt om behandling af traumer hos de børn, der har været udsat for seksuelle overgreb. Der har været meget stor interesse for at visitere børn til behandling, hvilket tyder på, at behandlingstilbuddet netop udfylder et tomrum i tilbuddene til børn, der har været udsat for seksuelle overgreb.

I kapitel 6 om overgreb fra jævnaldrende fremhæver Center for Seksuelle Overgreb behovet for at undersøge virkningen af genoprettende samtaler til unge udsat for overgreb. Det er et tilbud om, at den krænkede og den krænkende part efter forudgående individuelle formøder kan mødes i trygge, velforberedte rammer og få sat ord på overgrebet, den fysiske og psykiske vold, og hvad det har betydet.

Det kan desuden anbefales, at der laves forløbsundersøgelser af børn udsat for overgreb for at kunne belyse omfanget og typen af senfølger, og hvilken effekt forskellige rehabiliterende og behandlingsmæssige indsatser har haft, både for barnet/den unge og familien.

BØRN OG UNGE MED SEKSUELT BEKYMRENDE ADFÆRD

Som beskrevet i kapitel 4 fra JanusCentret er der igennem de senere år givet offentlig støtte til at opbygge specialiserede klinikker, der har fokus på gruppen af børn og unge med seksuelt bekymrende adfærd. Der er dog behov for at sikre, at arbejdet med denne målgruppe får fuld offentlig finansiering fremfor den nuværende kombination af statslig medfinansiering suppleret med indtægtsdækket virksomhed – en ordning, der som eksempel netop har ført til nedlukning af de kliniske aktiviteter i JanusCentret på grund af manglende finansiering. En mulig løsning kunne være, at behandlingsarbejdet tilknyttes børnehusene, således at både børn udsat for overgreb og børn med seksuelt bekymrende adfærd behandles af samme institution; det svarer til, hvad man gør i andre nordiske lande. En sådan løsning ville naturligvis kræve, at børnehusene blev fagligt og kapacitetsmæssigt rustet til opgaven.

De specialiserede klinikker har også en forskningsmæssig opgave, og der foreligger allerede nu over 600 psykologiske undersøgelser gennemført med samme testbatteri (WISC, Rorschach & TOVA), og der foreligger tilsvarende semistrukturerede interviews med børn/unge & forældre; alle ud fra samme spørgeguide. Forskning i disse kliniske data kan bidrage til yderligere at forbedre den fornødne indsats. Det er derfor vigtigt at sikre finansiering af en fornyet, registerbaseret forløbsundersøgelse nu, hvor

datagrundlaget er større, og det anbefales, for at kunne følge, hvordan det går målgruppen, at justere og forbedre indsatserne.

Måling på effekt af behandling og mediation (faciliterede samtaler mellem den krænkende part og ofret (den krænkede part)) er ligeledes en anbefaling for at sikre, at den specialiserede indsats er tilstrækkelig målrettet.

Kapitel 5 fremhæver de særlige udfordringer, der er forbundet med gruppen af børn og unge med autisme, hvor der synes at være en øget risiko for at blive udsat for samt at begå seksuelle overgreb i gruppen af disse børn og unge. Det anbefales, at der er en skærpet opmærksomhed på denne problemstilling og på, hvorvidt der aktuelt er relevant kompetence og praksistilbud til og omkring børn og unge med autisme, der udsættes for eller udviser seksuelt krænkende adfærd.

Styrke indsatserne i kommunerne

Det er ofte børnesagsbehandleren i kommunen, der får henvendelser om børn og unge i de ovenfor nævnte grupper af børn med seksuelt bekymrende adfærd. Der er et udækket behov hos mange sagsbehandlere for at få tilført viden, f.eks. gennem kursusforløb, om børnesamtaler om seksuelle krænkelser og overgreb, både når samtalen er med et potentielt offer for overgreb og med den potentielt krænkende part.

De specialiserede klinikkers indsats er afhængige af den håndtering og opfølgning, der sker efterfølgende på kommunalt niveau, hvor Ankestyrelsen i KORA-rapporten (KORA, Søndergård Petersen, H, Nøhr, K og Kloppenborg, HS, 2017) bl.a. påpeger, at den specialiserede viden ikke anvendes i tilstrækkeligt omfang i de børnefaglige undersøgelser.

Det anbefales derfor, at børnefaglige undersøgelser ikke alene gennemføres som monofaglige undersøgelser af et barns og en families særlige behov, men i større omfang anvender tværfaglige vurderinger af behov som baggrund for anbefalinger i den børnefaglige undersøgelse.

Blandt sagsbehandlere efterspørges der mere specialiserede tilbud til behandling af børnene. Der er et klart behov for etablering af døgninstitutioner/anbringelsessteder, der i særlig grad har specialiseret viden om målgruppen, og hvor der kan foregå en målrettet miljøterapeutisk indsats sideløbende med den psykologiske behandling 'inhouse'. Dette tilbud tænkes som et tidsbegrænset tilbud til børn/unge med seksuelle adfærdsproblemer, hvor der på systematisk måde arbejdes med problematikken på et højt specialiseret fagligt niveau. Dette tiltag skal

være et supplement til de eksisterende anbringelsessteder, netop fordi en stor del af målgruppen er anbragt uden for hjemmet, allerede inden det opdages, at de har seksuelle adfærdsproblemer.

STYRKET REGULERING AF SOCIALE MEDIER

I kølvandet på de seneste års store og alvorlige sager, hvor børn, unge og voksne er blevet krænket og seksuelt udnyttet på sociale medier, er der blevet sat fokus på, hvilket ansvar der påhviler både de sociale medier og politiet, og hvilken rolle de spiller. I nogle lande er der mere præcise krav til de sociale medier om f.eks. at fjerne ulovligt eller krænkende materiale på deres platforme. Denne uigennemskuelighed i forhold til, hvordan forskellige platforme regulerer indhold og beskytter brugerne, rammer de udstillede ofre, der i sidste ende skal betale prisen for, at de ikke kan få fjernet krænkende indhold. I kapitel 8 beskrives bl.a., at der i en grooming-sag kan være udvekslet mange dialoger mellem krænker og offer og meget billedmateriale, der ikke nødvendigvis overskrider en platforms retningslinjer, men som kan være af yderst krænkende karakter for ofret.

Et samarbejde mellem brugerorienterede interesseorganisationer, herunder Red Barnet, har under sammenslutningen Digitalt Ansvar tidligere formuleret nogle krav til bedre indsatser (Digitalt Ansvar, 2019), herunder:

- *lovgivning, der pålægger sociale medier en sanktioneret pligt til at monitorere, anmelde og fjerne ulovligt indhold.*
- *sikre, at politiet og anklagemyndigheden har tilstrækkelige ressourcer og kompetencer til at efterforske og retsforfølge digitale krænkelser og fjerne ulovligt indhold fra internettet.*
- *tydeliggøre, hvilket ansvar bloggere og andre med mange følgere har på sociale medier.*
- *oprette en digital ombudsmand, der kan føre tilsyn med, om sociale medier i tilstrækkelig grad beskytter deres brugere mod ulovligt indhold.*

Kravene blev formuleret i 2019, men først i maj 2021 bebudede regeringen i sit udspil "Værn mod voksne der krænker børn" (Justitsministeriet, 2021), at den vil nedsætte en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag på en del af disse områder. Regeringen udsendte desuden i august 2021 et udspil "Sociale mediers ansvar – skærpede krav

til sociale medier og digital dannelse af børn og unge" (Regeringen, 2021), hvor den igennem 13 målrettede initiativer vil skærpe kravene til sociale medier og styrke den digitale dannelse af børn og unge.

BØRN SKAL LÆRE OM SEKSUELLE KRÆNKELSER ONLINE OG OFFLINE

At blive udsat for et seksuelt overgreb er fortsat en tabubelagt oplevelse forbundet med skam og skyldfølelse. Der er fortsat for lidt viden om, hvad det er, der skal til for at få børn og unge til at fortælle om seksuelle overgreb, når de er begået af én, de kender, hvad enten den krænkende person er jævnaldrende eller en voksen. De senere års fokus på seksuelle overgreb gennem #MeToo, sexisme- og ligestillingsdebatten vidner om, hvor svært det er, også for voksne, at stå frem og fortælle om seksuelle overgreb, krænkelser og ydmygelser. Det øgede fokus på og den større åbenhed om, at det finder sted, har givet mod til, at endnu flere har fortalt om de krænkelser, de har været udsat for og har gået med i tavshed igennem flere år.

For børn og unge er det også en stor overvindelse at fortælle om et overgreb, særligt hvis den krænkende er en person i deres vennekreds, som det beskrives i kapitel 6, eller en person, de på forskellige andre måder er afhængige af. Udover skammen og skylden kan især børn og unge være usikre på, hvad der er almindeligt, hvad der hører med til de seksuelle erfaringer, og hvor grænsen går for, hvad jeg skal acceptere.

Der er derfor behov for at styrke (seksual)undervisningen om disse emner. Både for at forebygge, at børn og unge handler på måder, som de måske tror er i orden, men som opleves som grænseoverskridende og krænkende af modparten; men også for, at de, der udsættes for krænkelser og overgreb, kan føle sig mere sikre på deres egen oplevelse af, at "der var noget forkert". Det er emner, der kan virke overvældende eller tabuiserede for både lærere og elever at tale om. Så det forudsætter en investering i undervisningsmaterialer og efteruddannelse af underviserne.

Samtidig er det vigtigt, at der tages særligt hensyn til de børn og unge, der har større udfordringer med at aflæse og indgå i det sociale samspil, som det f.eks. blev uddybet i kapitel 5 om overgreb og autisme.

VOKSNE SEKSUELLE KRÆNKERE

I 1950-60'erne var Danmark et af de lande, der internationalt bidrog med væsentlige og store forskningsproduktioner vedrørende forebyggelse af seksualkriminalitet (Le Maire, 1956; Stürup, 1953). Sådan er det ikke længere. Fagområdet, der beskæftiger sig med udredning og behandling af pædofili, betragtes i dag ofte som perifert, ligesom forskningsaktiviteten på området er yderst begrænset. En af de helt store udfordringer er, at det er yderst vanskeligt at opnå finansiering af forskning på området. Det formodes at være emnet, der udgør problemet, og at modstanden er begrundet i det stigma, der er relateret til pædofili. Det er ganske enkelt ikke attraktivt for private og eksterne fonde at støtte projekter, der inkluderer personer, der enten lider af pædofili eller begår seksuelle overgreb på børn, uanset at fondene gerne vil støtte forskning, der kan forebygge seksuelle overgreb på børn.

Der er derfor overordnet set et behov for regional, statslig eller politisk prioritering af forskningsområdet. Finansieringen af forskning i børn og unge, der udviser seksuelt grænseoverskridende adfærd, sker delvist via finansloven. En sådan løsning kunne også være løsningen på voksenområdet til at styrke viden og derigennem forebyggende indsatser på området.

Information om og til den potentielle målgruppe

Betegnelsen pædofili har samfundsmæssigt fået en upræcis betydning. Kapitel 9 gennemgår den faglige anvendelse af diagnosen pædofili, og skal man styrke forebyggelsen af seksuelle overgreb mod børn, er et væsentligt indsatsområde (potentielle) krænkere.

Regeringen har i sit udspil fra maj 2021 "Værn mod voksne der krænker børn" (Justitsministeriet, 2021) givet tilsagn om midler til styrket indsats til personer med seksuelle tanker om børn, idet regeringen anerkender, at:

Personer med seksuelle tanker om børn kan være forpinte og kan have ønske om hjælp. Der findes i dag forskellige tilbud til målgruppen, herunder behandlingstilbud og et anonymt rådgivningstilbud. Det er vigtigt, at der er kendskab til og mulighed for relevante rådgivnings- og behandlingstilbud, så personer med seksuelle tanker om børn kan få hjælp.

Der er også behov for udbygning af eksisterende forebyggende tilbud såsom telefonlinjen "Bryd Cirklen". Aktuelt er tilbuddet dog begrænset til få timer om ugen, hvorved en udvidet åbningstid samt udvikling af andre

tilbud, f.eks. chat-fora, vil forventes at kunne få flere med seksuel interesse i børn til at søge hjælp, inden de eventuelt begår seksuelle overgreb på børn.

Et tredje potentielt forebyggende tiltag er etableringen af et anonymt behandlingstilbud, der henvender sig til ikke-dømte med seksuel interesse i børn. Et sådant tilbud svarer til det tyske behandlingstilbud, Dunkelfeld-projektet, der har høstet stor international anerkendelse.

Der er dog også behov for oplysningskampagner, der henvender sig til almenbefolkningen og oplyser om, hvad pædofili er. Som nævnt ovenfor har børn og unge også brug for særlig målrettet oplysning om, hvad de kan gøre, og hvem de skal rette henvendelse til, hvis personer udviser seksuelt grænseoverskridende adfærd.

Forskning om den faglige viden

Kapitel 10 har fokus på behandling af voksne, der begår seksuelle overgreb mod børn. Den specialiserede behandling af disse personer, hvoraf nogle har pædofili, har imidlertid vist sig mindre effektiv til at forebygge fornyet seksualkriminalitet (Madvig & Kristensen, 2021). Der er derfor behov for at styrke forskning, der tilvejebringer viden om, hvordan behandlere bliver bedre til at hjælpe personer med seksuel interesse i børn til at leve et kriminalitetsfrit liv, herunder hvilke forhold der øger risikoen for at begå seksuelle overgreb på børn, og hvordan fagpersoner mindsker disse risikofaktorer i behandlingen.

Det er ligeledes afgørende at gennemføre forskning, der styrker den faglige viden om, hvordan indsatser kan få personer med seksuel interesse i børn og personer i risiko for at begå seksuelle overgreb på børn til at opsøge hjælp og professionel behandling, inden de begår seksuelle overgreb på børn.

Ydermere er det vigtigt at forebygge offer-krænker-cyklussen, den risikofaktor, at nogle personer, der har været udsat for seksuelle overgreb, selv ender med at begå seksuelle overgreb på ét eller flere børn (Plummer & Cossins, 2018; McGrath, Nilsen, & Kerley, 2011).

Klinikeres praksis for diagnosticering af pædofili i Danmark bør der også forskes i med henblik på at undersøge, om der er overensstemmelse i klinikeres brug af diagnosen, samt hvorvidt diagnosen stilles korrekt.

ALLE FORMER FOR VOLD OG TORTUR MOD BØRN SKAL STOPPES

Som nævnt i det indledende kapitel har Danmark forpligtet sig til at leve op til FN's 2030-mål, at *alle former for vold og tortur mod børn skal stoppes*, og derfor skal regeringen fremlægge konkrete indsatser og målsætninger på dette område.

Vi håber med denne antologi at have givet et indblik i noget af det faglige og forskningsmæssige arbejde, der allerede foregår, og at regeringen vil tage vore anbefalinger alvorligt og opfatte dem som nogle af de redskaber, der skal til for at opfylde FN's 2030-mål.



FN's verdensmål,

delmål 16.2:

Vi skal stoppe mishandling,
udnyttelse, menneskehandel
og alle former for vold og
tortur mod børn.

LITTERATUR

Digitalt Ansvar. (november 2019). *Anbefalinger om bedre beskyttelse på sociale medier*. Hentet fra <https://digitaltansvar.dk/>:

https://digitaltansvar.dk/wp-content/uploads/2020/09/Anbefalinger-til-lovgivning_Digitalt-Ansvar-nov.-2019.pdf

Justitsministeriet. (maj 2021). *Værn mod voksne der krænker børn*.

Hentet fra <https://www.justitsministeriet.dk/>:

<https://www.justitsministeriet.dk/wp-content/uploads/2021/05/Vaern-mod-voksne-der-kraenker-boern.pdf>

KORA, Søndergård Petersen, H, Nøhr, K og Kloppenborg, HS. (2017).

Børn der krænker andre børn; Erfaringsopsamling. Det nationale institut for kommuners og regioners Analyse og Forskning.

Le Maire, L. (1956). Danish Experiences Regarding the Castration of Sexual Offenders. *Journal of Criminal Law and Criminologi* 47, 3, s. 294-310.

Madvig, F., & Kristensen, E. B. (2021). Behandling af seksualkriminelle, statusartikel. *Ugeskrift for Læger*, s. 183.

McGrath, S. A., Nilsen, A. A., & Kerley, K. R. (2011). Sexual victimization in childhood and the propensity for juvenile delinquency and adult criminal behavior, a systematic review. *Agression and violent behavior* 16, s. 485-492.

Plummer, M., & Cossins, A. (2018). The cycle of abuse: When victims become offenders. *Trauma, violence & abuse* 19, s. 286-304.

Regeringen. (august 2021). *em.dk*. Hentet fra Erhvervsministeriet:

<https://em.dk/media/14229/udspil-om-sociale-medier.pdf>

Stürup, G. K. (1953). Sexual offenders and their treatment in Denmark and the other Scandinavian countries. *International Rev Crim Policy* 4, s. 1-19.

Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, H., & Kruger, T. (2015). The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. *Frontiers of Human Neuroscience* 9, s. 344.

OM FORFATTERNE

Kuno Sørensen er autoriseret psykolog med videreuddannelse i psykoterapi. Han har i perioden 2001-2019 været ansat i Red Barnet med et fagligt fokus på seksuelle overgreb mod børn, herunder særligt på det digitale område.

Maj Hansen er psykolog med ph.d.-grad i psykologi og lektor ved Institut for Psykologi, Syddansk Universitet. Maj Hansen er leder af forskningsgruppen THRIVE, der ønsker at bibringe ny og anvendelsesorienteret viden om negativ interpersonel adfærd, herunder særligt seksuel vold og traumatiske reaktioner som eksempelvis PTSD med henblik på at informere praksis og forskning

Mimi Strange, direktør i JanusCentret, autoriseret psykolog, klinisk børnepsykolog, specialist i psykoterapi og supervision. Mimi har været direktør for JanusCentret (klinikker & videnscenter) siden 2003 og udviklet såvel forskning som klinik inden for feltet: børn og unge med seksuelle adfærdsproblemer; foredragsholder nationalt og internationalt; underviser, supervisor mv; har udgivet en række artikler, bogkapitler og bøger om seksuelle overgreb.

Siri Jonina Egede er sociolog fra Københavns Universitet og arbejder som videnskabelig medarbejder ved JanusCentret. Siri har forud for sin ansættelse ved JanusCentret arbejdet med socialforskning i seksuel sundhed og forebyggelse af seksuelt overførte infektioner på London School of Hygiene and Tropical Medicine og ved Sexologisk Forskningscenter på Aalborg Universitet.

Troels Græsholt-Knudsen er læge og skriver for øjeblikket en ph.d. om risikoindikatorer for fysiske overgreb mod børn ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

SEKSUELLE OVERGREB MOD BØRN OG UNGE

En antologi om forebyggelse og behandling

2021



Redaktion:

Kuno Sørensen, Maj Hansen, Mimi Strange, Siri Jonina Egede & Troels Græsholt-Knudsen

