

SEKSUELLE OVERGREB MOD BØRN: PSYKISKE SKADEVIRKNINGER OG PSYKOLOGISK BEHANDLING

Helmer Bøving Larsen og Ingrid Leth

Empiriske undersøgelser viser, at seksuelt misbrugte børn frembyder flere psykiske symptomer end ikke-misbrugte børn. Disse omfatter ængstelighed, posttraumatisk stress, adfærdsp problemer og seksualiseret adfærd, men der er ingen af symptomerne, der kendetegner et flertal af børnene. Cirka en tredjedel af de børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, er tilsyneladende symptomfri. Den psykiske skadevirkning af overgrebene hænger blandt andet sammen med overgrebets art, varighed og hyppighed, graden af tvang og trusler, offerets relation til forbryderen og forældrenes støtte til barnet, efter at overgrebet er afdækket. Psykoterapi ser ud til at have en gavnlig effekt på børn, der har været udsat for seksuelt misbrug, men det er usikkert, hvorvidt effekten skyldes terapi eller spontane helbredelsesprocesser. De fleste dokumenterede behandlingsformer retter fokus på det seksuelle misbrug og dets virkninger og anbefaler, at man taler med barnet om de traumatiske begivenheder.

»Er det saa sikkert, at det er en psykopatisk Reaktion, at en 12-aarig Pige masturberer og har Angstanfald, naar hendes Bedstefar har været uterlig overfor hende fra hendes 2' det til 10' de Aar?« (Schwalbe-Hansen, 1937).

Seksuelle overgreb mod børn drejer sig om seksuel adfærd mellem et barn og en voksen eller mellem to børn, hvor den ene enten er betydeligt ældre end den anden eller gennemfører sit forehavende med tvang.

Seksuelle overgreb kan give sig udslag på forskellige måder lige fra nysgerrige, udfordrende blikke, som ikke er strafbare, men kan være ubehagelige for ofret, over strafbare (blufærdighedskrænkende) handlinger såsom ekshibitionisme, fremvisning af pornografi, obscønt sprogbrug og opfordringer til seksuel aktivitet, til befamling og berøring af bryster og genitalier, oral eller anal sex og regulære samlejer.

Helmer Bøving Larsen, lektor i klinisk børnepsykologi ved Universitetsklinikken, Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

Ingrid Leth, lektor i klinisk børnepsykologi ved Universitetsklinikken, Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

Finkelhor & Korbin (1988) definerer seksuelle overgreb således: »Sexual abuse has been defined as any sexual contact between an adult and a sexually immature (sexual maturity is socially as well as physiologically defined) child for the purpose of the adult's sexual gratification; or any sexual contact to a child made by the use of force, threat, or deceit to secure the child's participation; or sexual contact to which a child is incapable of consenting by virtue of age or power differentials and the nature of the relationship with the adult«.

Af mange grunde er det vigtigt at definere, hvilke former for seksuelt misbrug, man undersøger, da der endnu i befolkningen eksisterer den holdning, at det, de professionelle kalder seksuelt misbrug af børn, for det meste drejer sig om relativt uskyldige og uskadelige, men måske lidt for frie omgangsformer mellem voksne og børn.

Historisk set er skadevirkninger som følge af traumer hos børn blevet mødt med skepsis: Forældre og lærere kan bagatellisere traumets virkning på barnet i deres ønske om at forsikre sig selv om, at barnet ikke har »taget skade«, eller for at lindre den smerte, de føler på grund af det, der er overgået barnet. Og børn bidrager ofte til denne misopfattelse ved at prøve at beskytte deres forældre mod at opdage, hvor slemt traumet har påvirket dem (Yule & Williams, 1990).

En anden generel misforståelse opstår, såfremt seksuelle overgreb opfattes som en diagnose, således at forstå, at alle de mennesker, der i løbet af barndommen har været udsat for et seksuelt overgreb, har taget psykisk skade. Seksuelle overgreb er ikke en diagnose, men en hændelse i barnets liv, som ofte vil blive oplevet negativt, men såfremt der har været tale om enkeltstående ubehagelige oplevelser, vil dette sjældent kunne ændre barnets psykiske udvikling i afgørende retning.

Denne artikel omhandler skadevirkningerne af de former for seksuelle overgreb mod børn, som er strafbare ifølge dansk lovgivning, det vil sige incest (§ 210), samleje eller anden form for kønslig omgængelse med børn under 15 år (§ 222), samleje eller anden form for kønslig omgang med børn under 18 år, der er den skyldiges adoptivbarn, stedbarn, plejebarn eller er betroet den pågældende til undervisning eller opdragelse (§ 223), samt blufærdighedskrænkelser, jfr. straffelovens § 232 (blufærdighedskrænkelser kan straffes med fængsel indtil 4 år).

Familiære versus ikke-familiære seksuelle overgreb

Bentovim et al. (1987) fandt, at 75 % af de sager, der ses i klinisk praksis (d.v.s. hospitalsbørneafdelinger, børnepsykiatriske afdelinger, psykologiske rådgivningscentre for børn og deres familier m.v.), drejede sig om børn, der var blevet misbrugt af fædre (46 %) eller stedfædre (27 %). Misbrug fra fremmede personers side ses sjældent i klinisk praksis, men

det kan skyldes at sådanne sager er underrepræsenterede, for i ikke-kliniske studier (Finkelhor, 1986) finder man, at mellem 30 og 50 % af de rapporterede tilfælde af seksuelt overgreb drejer sig om bekendte uden for familien eller ukendte personer, og hvis man medregner andre former for uønskede seksuelle oplevelser, hvor der ikke er direkte fysisk kontakt mellem offer og gerningsmand, er andelen af ikke-familiære seksuelle overgreb endnu højere (se f.eks. Baker & Duncan, 1985).

Intrafamiliært seksuelt misbrug har større chance for at blive henvist til behandling, enten fordi det er en mere alvorlig type, eller på grund af konsekvenserne, som i de fleste tilfælde bl.a. består i, at barnets tillid til den voksne er blevet brudt:

Sgroi (1982) beskriver et mønster, der er typisk for intrafamiliær seksuelt misbrug af længere varighed. Først kontaktfasen, hvor krænkeren drager barnet ind i en særlig relation. Dernæst den seksuelle interaktion, som typisk vil bevæge sig fra mindre til mere intime former for seksuelt samvær. Så følger den fase, hvor barnet får at vide, at det ikke må fortælle andre om de ting, der sker. Dernæst den fase, hvor misbruget afdækkes, og endelig desværre ikke sjældent den fase, hvor familien tager afstand fra barnets udsagn og presser det til at trække sine anklager tilbage.

Ekstrafamiliært seksuelt misbrug er oftere en enkeltstående begivenhed, hvorimod intrafamiliær seksuelt misbrug oftere er en vedvarende eller tilbagevendende begivenhed, og dette medfører – uafhængig af, om det giver psykiske symptomer – øget sandsynlighed for afsløring og dermed professionel opmærksomhed (Smith & Bentovim, 1994).

Omfanget af seksuelle overgreb mod børn

Omfanget af seksuelle overgreb mod børn er blevet søgt belyst ved mange forskellige undersøgelser rundt om i verden. I en dansk postbetsørgt spørgeskemaundersøgelse fra 1988 (Leth, Stenvig & Pedersen) fandt man en forekomst på 14 % kvinder og 7% mænd blandt 2000 repræsentativt udvalgte respondenter (svarprocent på 66). Selvom sådanne vurderinger af forskellige grunde er umulige at opgøre præcist, ser man at disse tal ikke adskiller sig væsentligt fra fund i andre undersøgelser (Stevenson, 1999), hvor estimeringen opgøres til mellem 12-17% for piger og 5-8% for drenge. Af det totale omfang på omkring 10% udgør tilfældene af incest 1%, mens resten af forholdene finder sted inden for den udvidede kernefamilie eller i bekendtskabs- eller vennekredse. Det kan også være voksne med en nær adgang til børn i professionel sammenhæng, børnehave, fritidsaktivitet eller undervisning, der misbruger børnene (se f.eks. Kelley et al. 1993).

De metodemæssige problemer, der er forbundet med at fastslå det nøjagtige omfang, drejer sig først og fremmest om, hvilke former for sek-

suelle overgreb man spørger om: De fleste forskere vil formentlig være interesseret i at undersøge omfanget af »kontakt«-misbrug, det vil sige alle former for samleje og befangling af bryster og genitalier. Derimod vil der være forskere, der ikke interesserer sig for »ikke-kontakt«-misbrug (ekshibitionisme, fremvisning af pornografi og opfordringer til utugt), formentlig ud fra en forestilling om, at sådanne »mindre alvorlige« overgreb ikke bør tælles med, fordi det er så almindeligt forekommende og næppe i sig selv kan skade børns psykiske udvikling. Hvis man følger denne holdning og udelukker seksuelle overgreb, hvor der ikke er fysisk kontakt mellem offer og gerningsmand, vil dette formentlig medføre et stort fald i tallene for hyppigheden.

Et problem, der gør sig gældende, hvis man søger at belyse omfanget ved postomdelte spørgeskemaundersøgelser, er den relativt lave svarprocent (typisk omkring 60-70 %) og det forhold, at man ikke ved, hvad årsagen til de manglende svar er. Man kan forestille sig, at personer, der har været seksuelt misbrugt i barndommen og undlader at svare, gør det, fordi minderne herom stadig piner dem, eller at de omvendt ikke oplever, at de har taget psykisk skade af overgrebene. Man kan ligeledes forestille sig, at personer, der ikke har været misbrugt i barndommen og undlader at svare, gør det, fordi de synes, at spørgsmålene er irrelevante.

Andre metodemæssige problemer opstår, når man udelukkende baserer opgørelsen over hyppigheden på udvalgte populationer, herunder hospitals- eller klinikpatienter (se f.eks. Moesgaard & Sardemann, 1996), og dernæst prøver at udtale sig om omfanget i resten af befolkningen.

Endelig ser det ud til, at postomdelte spørgeskemaer med generelle spørgsmål giver lavere hyppighedstal end personlige interviews, hvor der bliver stillet mere specifikke spørgsmål (Smith & Bentovim, 1994).

Skadevirkninger efter seksuelt misbrug i barndommen

Der er en lang række mere eller mindre systematiske undersøgelser over de samtidige (akutte) og efterfølgende (kroniske) psykologiske virkninger af seksuelle overgreb i barndommen (se f.eks. Beitchman et al., 1991; Beitchman et al., 1992; Kendall-Tackett et al., 1993; Stevenson, 1999). Undersøgelserne viser, at det er svært at adskille virkningerne af overgrebet fra virkningerne af den kroniske modgang, mange af disse børn oplever i løbet af deres opvækst.

Briere (1992) har peget på en række metodologiske problemer forbundet med at studere følgevirkningerne af seksuelle overgreb: 1) Der er behov for longitudinale undersøgelser for at klargøre, om seksuelle overgreb i barndommen medfører psykiske vanskeligheder i voksenalderen, men det kan være svært at sikre sig, at der ikke i en kontrol- eller sammenligningsgruppe fejlagtigt optræder personer, der rent faktisk er blevet

misbrugt i barndommen. 2) Der er behov for at vide mere om, hvilke specifikke elementer i det seksuelle overgreb, der er ansvarlige for skadevirkningerne. 3) Kontrol- eller sammenligningsgrupperne må sammensættes, så de er så sammenlignelige som muligt med den seksuelt misbrugte gruppe på alle andre områder end det seksuelle overgreb. 4) Det er et stort spørgsmål, om de resultater, der f.eks. er fremkommet på baggrund af undersøgelser af psykiatriske patienter, der har været udsat for seksuelle overgreb, kan udstrækkes til at gælde for befolkningen i almindelighed, ligesom det er usikkert, om drenge og piger reagerer ens på seksuelle overgreb. 5) Endelig optræder der en række statistiske analyseproblemer, når man søger at adskille virkningerne af det seksuelle overgreb fra andre mulige skadelige påvirkninger i barndommen, navnlig psykopatologi hos forældrene og vanskelige psykosociale opvækstvilkår.

Man må under alle omstændigheder søge at tage højde for, om der har været belastende forhold af mere kronisk karakter i barndommen, som har ført til eller medvirket til, at barnet blev offer for et seksuelt overgreb. Langtidsvirkningerne på barnet kan i høj grad tænkes at være bestemt af disse forhold (eftersom de sandsynligvis havde gjort sig gældende i et stykke tid inden overgrebet begyndte og sandsynligvis vedblev med at gøre sig gældende, efter at overgrebet hørte op). Man må også tage i betragtning, at barnet kan være blevet fjernet fra hjemmet, hvis overgrebet er blevet opdaget, og at den adskillelse fra familie og kammerater, som en anbringelse uden for hjemmet medfører, i høj grad kan påvirke barnets psykologiske udvikling.

Det vil sige, at selvom det seksuelle overgreb i høj grad kan påvirke barnet både på kort og langt sigt, må man som altid i forhold til det konkrete barn overveje, om der er flere potentielt skadevoldende faktorer, der gør sig gældende, når man skal planlægge hjælpen til barnet.

Befolkningsundersøgelser tyder som ovenfor nævnt på, at seksuelt misbrug af børn ikke er sjældent forekommende, og der er udbredt enighed blandt fagfolk om, at seksuelt misbrugte børn udviser flere tegn på psykisk forstyrrelse end ikke-misbrugte børn, ofte i form af seksualiseret adfærd og posttraumatisk stress (Stevenson, 1999). De fleste overgreb er dog af mildere karakter, og det kan være med til at forklare, at der til trods for det udbredte seksuelle misbrug af børn ikke er flere, der lider af langtidsskadevirkninger heraf. Men selv i de tilfælde hvor det seksuelle misbrug er af alvorlig karakter (langvarig fader-datter incest) er der stadig kun tale om en statistisk forøget risiko for psykologiske vanskeligheder, og børnene vil sjældent fremtræde så psykisk forstyrrede, som de børn, der almindeligvis henvises til undersøgelse og behandling i klinikken.

Et andet vigtigt forhold er, at virkningen af det seksuelle misbrug må vurderes i relation til en række samtidigt tilstedeværende psykosociale risikofaktorer. Befolkningsundersøgelser har vist, at mange af skadevirk-

ningerne af seksuelt misbrug lige så godt kan forklares med henvisning til den familiære dysfunktion og omsorgssvigt, som er almindelig i disse familier. Tillige vil pædofile ofte opsøge børn som ser ud til at være ensomme eller sårbare – med andre ord er det ikke altid tilfældigt, hvilke børn der udsættes for misbruget, det kan i mange tilfælde meget vel dreje sig om børn, der i forvejen har psykiske problemer.

Et tredje forhold er, at virkningen af det seksuelle misbrug afhænger af individuelle forskelle i den kognitive forarbejdning af hændelserne. Hvis et barn, der bliver seksuelt misbrugt, udvikler en følelse af at være stigmatiseret og mindreværdig, vil skadevirkningen sandsynligvis forøges.

Et fjerde forhold er, at traumatiske oplevelser virker værst på de børn, der i forvejen er disponeret for psykopatologi: Hvorvidt børn udvikler psykopatologi som følge af seksuelt misbrug afhænger derfor også af, om der er bagvedliggende dispositioner, der aktiveres ved disse hændelser (Rutter, 1987).

For det femte viser erfaringen, at hvis det misbrugte barn kan finde støtte i sit sociale netværk, vil de traumatiske oplevelser virke mindre skadelige. På kort sigt er skadevirkningerne sandsynligvis bestemt af misbruget (traumet), men på længere sigt er det forhold som den præmorbide psyke og de processer, der sættes i værk omkring barnet, der afgrænsede skadevirkningen.

Langtidsvirkningerne af seksuelt misbrug i barndommen afhænger som ovenfor nævnt bl.a. af misbrugets sværhedsgrad: Fader-datter incest er formentlig den potentielt mest skadelige form for seksuelt misbrug, og intrafamiliær seksuelt misbrug er mere skadeligt end ikke-familiært seksuelt misbrug. Penetration anses for mere skadeligt end ikke-fysisk seksuelt misbrug, ligesom hyppigheden, varigheden og brug af tvang og trusler spiller en rolle for skadevirkningen. Det samme forhold gør sig i øvrigt også gældende, hvad angår fysisk mishandling: Svær mishandling begået af nærtstående familiemedlemmer gennem længere tid anses for at være det mest skadevoldende (Briggs & Hawkins, 1996).

Undersøgelser af den spontane helbredelsesproces hos seksuelt misbrugte børn tyder på, at selv uden behandling vil en del børn efterhånden komme sig oven på hændelserne: En gruppe på 64 seksuelt misbrugte børn i alderen 5-15 år blev først undersøgt og sammenlignet med en ikke-misbrugt kontrolgruppe og dernæst efterundersøgt halvandet år senere og igen sammenlignet med kontrolgruppen. Det viste sig, at kontrolgruppebørnene stort set fungerede ens på begge undersøgelsestidspunkter hvad angår selvværdsfølelse, depression og adfærdsproblemer generelt. De seksuelt misbrugte børn havde scoret lavere end kontrolgruppen på disse områder ved den første undersøgelse, men de havde øget/genvundet en del af deres selvværd, var blevet mindre deprimerede og havde færre adfærdsproblemer ved efterundersøgelsen. Det må dog understreges, at

omend der således kunne spores en bedring i børnenes tilstand, efter at det seksuelle overgreb var ophørt, var over halvdelen af børnene i denne undersøgelse stadig psykisk afvigende ved efterundersøgelsen. Undersøgelsen viste også, at forældrenes støtte til barnet havde betydning for, om barnet fungerede normalt ved efterundersøgelsen (Oates et al., 1994).

De symptomer, der især følger i kølvandet på seksuelle overgreb i barndommen, er beskrevet af flere forfattere, der har gennemgået de tilgængelige undersøgelser (Browne & Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett et al., 1993; Stevenson, 1999). I barndommen ses bl.a. seksuelle adfærdsproblemer, ængstelighed og frygtsomhed, posttraumatisk stressforstyrrelse, dissociative reaktioner, selvdestruktiv adfærd og selvmord, antisocial adfærd, lav selvværdsfølelse og depression. I voksenalderen er beskrevet seksuel dysfunktion, ængstelighed, posttraumatisk stressforstyrrelse, lav selvværdsfølelse, depression, selvmordsforsøg, stofmisbrug, borderline personlighedsforstyrrelse, somatiseringstendens og øget risiko for selv at begå seksuelle forbrydelser mod børn.

Fælles for undersøgelserne af følgevirkningerne i barndommen er, at man har konstateret en øget risiko for udvikling af seksualiseret adfærd og posttraumatisk stressforstyrrelse. Men det er lige så karakteristisk, at det kun var under halvdelen af de seksuelt misbrugte børn, der udviste disse specifikke symptomer. Man kan således ikke generelt forvente, at seksuelt misbrugte børn frembyder symptomer på posttraumatisk stress eller udviser en ikke-alderssvarende seksuel adfærd. Et andet fælles træk ved undersøgelserne er, at selvom de seksuelt misbrugte børn ofte havde symptomer på fejltilpasning, havde de ikke flere symptomer end de børn, der normalt bliver henvist til undersøgelse og behandling på børnepsykiatriske og børnepsykologiske klinikker: I en nyligt offentliggjort undersøgelse (McLeer et al., 1998) af de akutte skadevirkninger af seksuelt misbrug, blev 80 børn undersøgt med interviews og standardiserede spørgeskemaer kort efter, at det seksuelle misbrug var afdækket. De blev sammenlignet med ikke-misbrugte børn, dels 77 børn, der var henvist til ambulante børnepsykiatrisk undersøgelse af andre årsager, og 73 »normale« børn, det vil sige børn der hverken var blevet misbrugt eller henvist til børnepsykiater. Det generelle indtryk af undersøgelsen var, at de seksuelt misbrugte børn havde flere symptomer på fejludvikling end de normale børn, men færre symptomer på fejludvikling end de børn, der almindeligvis bliver henvist til psykologisk/børnepsykiatrisk undersøgelse og behandling. I procenter var eksempelvis 31,1 % af de henviste, ikke-misbrugte børn afvigende på Child Behavior Checklist imod 16,7 % af de seksuelt misbrugte børn og 3,3 % af de normale børn.

Denne undersøgelse er blot en af flere, der viser samme tendens, og det er således vigtigt at understrege, at der er mange børn, der har været udsat for svært seksuelt misbrug, der aldrig udvikler psykopatologi (Browne & Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett et al., 1993).

Der kan være flere forklaringer på, hvorfor så mange børn er symptomfri på trods af, at de har været udsat for seksuelle overgreb. Den første mulighed er, at man ikke har undersøgt alle de mulige skadevirkninger, som seksuelle overgreb kan medføre og/eller ikke anvender tilstrækkeligt sensitive undersøgelsesmetoder. Ifølge denne forklaring vil nogle af de tilsyneladende symptomfri børn have haft symptomer, men på nogle dimensioner, som ikke blev undersøgt.

En anden mulighed er, at de symptomfri børn endnu ikke har manifesteret deres symptomer. Det kunne enten skyldes, at det er lykkedes børnene at undertrykke deres symptomer, eller børnene har endnu ikke forarbejdet deres oplevelser, eller traumatiseringsprocessen foregår senere i barnets udvikling, når barnet får en anden forståelse af, hvad det har været udsat for.

Endelig kan det tænkes, at de symptomfri børn rent faktisk ikke har taget skade af overgrebet. Det kunne skyldes, at overgrebet har været af mindre alvorlig karakter og/eller kun været kortvarigt, men det kunne også forklares med, at de symptomfri børn er mere modstandsdygtige mod stress og negative livsbegivenheder.

Måske gør alle de nævnte forhold sig gældende i en eller anden kombination, og de forskellige muligheder behøver ikke at udelukke hverandre (Kendall-Tackett et al., 1993).

Traumer som risikofaktorer for at udvikle personlighedsforstyrrelser i voksenalderen

En hel del tilfælde af seksuelt misbrug afdækkes først, når ofrene er blevet voksne og begynder at reflektere over deres barndom (Stevenson, 1999). Mange undersøgelser viser, at voksne patienter med diagnosen *borderline personlighedsforstyrrelse* beretter om usædvanligt mange traumatiske oplevelser i barndommen, særlig fysisk og seksuelt misbrug (Hill & Rutter, 1994; Paris, 1997). Denne sammenhæng er også fundet blandt ikke-henviste personer i befolkningen med borderline personlighedsforstyrrelse, og i befolkningsundersøgelser af kvinder, der beretter om seksuelt misbrug i barndommen, ses en relativt øget frekvens af de symptomer der er karakteristiske for personlighedsforstyrrelse, særlig selvmordsforsøg og kroniske problemer i de nære relationer.

Disse resultater kan fortolkes, som om seksuelt misbrug i barndommen medfører borderline personlighedsforstyrrelse. Ifølge f.eks. Herman (1992) er borderline personlighedsforstyrrelse en kronisk form for posttraumatisk stress forstyrrelse, dvs. en reaktion på og en gentagelse af traumatiske barndomsoplevelser.

Men imod denne opfattelse står de store befolkningsundersøgelser, som viser høj modstandskraft mod seksuelt misbrug, hvilket alt i alt gør

at man må anlægge et mere forsigtigt syn på denne sammenhæng. Tilstedeværelsen af seksuelt misbrug i barndommen hos en klient med borderline personlighedsforstyrrelse er utilstrækkeligt til i sig selv at forklare, hvorfor hun er fejltilpasset i voksenalderen (Briere, 1982).

Det lyder ganske vist indlysende, at en barndom fuld af traumatiske begivenheder og belastende familieomstændigheder kan deformere personlighedsudviklingen, og det er da også en hypotese, der har været taget for givet af mange forskere og klinikere. Betydningen af de tidlige oplevelser er som bekendt en af psykoanalysens mest grundlæggende antagelser: Man har ment, at det man lærer tidligt i livet, har en større indflydelse end senere indlæring, fordi den finder sted på et tidspunkt, hvor barnet er mere afhængig af sine forældre. Psykoanalytiske teorier antager også, at de mest alvorlige former for psykopatologi stammer fra de tidligste (»præødipale«) faser i barndommen.

På trods af deres udbredthed er disse antagelser imidlertid langt fra blevet bekræftet af empiriske undersøgelser. Der er ikke overvældende støtte for det synspunkt, at den tidlige barndom generelt er så meget vigtigere end den senere barndom for den psykologiske udvikling, eller at traumatiske oplevelser i barndommen i sig selv kan forårsage forstyrrelser i voksenalderen (Rutter & Rutter, 1993).

Negative oplevelser i barndommen er *risikofaktorer* for udviklingen af psykopatologi, men flertallet af de børn, der har været udsat for sådanne barndomsoplevelser, vil ikke fungere psykologisk afvigende i voksenalderen (Rutter & Maughan, 1997). Det gælder her som i andre forhold, at en fundet sammenhæng (korrelation) ikke er det samme som en årsagssammenhæng.

Og selv når der er en årsagssammenhæng, behøver det ikke at betyde at risikoen medfører, at der er en forudsigelig forbindelse med lidelsen. De fleste individer, der udsættes for en og samme risikofaktor udvikler ikke psykopatologi, og mange voksne individer med den samme psykologiske lidelse vil have været udsat for en række helt forskellige risikofaktorer under opvæksten. Hver enkelt risiko er kun en af mange faktorer, der forårsager lidelsen og kan statistisk set kun forklare en lille procentdel af variansen. Inden for det psykopatologiske område skal der som regel være tale om en ophobning af særdeles mange alvorlige risikofaktorer, før sandsynligheden for at være psykisk afvigende nærmer sig de 50 % (se f.eks. Larsen & Hutchings, 1998).

Bliver ofre for seksuelt misbrug i barndommen selv krænkerer som voksne?

Denne problemstilling har ligeledes været central, siden en række undersøgelser (Freeman-Longo, 1986) påviste, at blandt dømte indsatte børnekrænkerer var en stor andel selv blevet misbrugt seksuelt som børn. Den

psykologiske sammenhæng mellem at have været offer som barn og selv blive krænkere som voksen er kompleks og omfatter blandt andet 1) identifikation med aggressoren, 2) oplæring i at forbinde seksualitet med anvendelse af tvang og magt og 3) forsøg på at forsvare sig mod de følelser af magtesløshed, som det seksuelle misbrug i sin tid fremkaldte.

Denne model kan imidlertid ikke forklare, hvorfor de fleste krænkere er mænd og de fleste ofre for seksuelt misbrug er kvinder. Modellen beskriver heller ikke de beskyttende mekanismer der gør, at flertallet af de børn, der bliver seksuelt misbrugt, *ikke* selv udvikler sig til krænkere (Hilton & Mezey, 1996). Endelig bygger denne type undersøgelser på populationer, der er stærkt selekterede og ikke repræsentative for den samlede gruppe af voksne mænd, som har oplevet seksuelle overgreb i barndommen. Finkelhor og andre forskere inden for dette område har derfor advaret imod denne forenkede og uholdbare forklaringsmodel (Vizard et al., 1995).

Risikomekanismer og beskyttende mekanismer mod skadevirkningerne af seksuelle overgreb i barndommen

Det er af mange grunde væsentligt at nå til en større forståelse af, hvilke faktorer og hvilke mekanismer, der gør, at nogle børn tager skade, mens andre tilsyneladende slipper nogenlunde uskadt over at være blevet seksuelt misbrugt i barndommen. Der er en række teoretiske forklaringer, der alle har til fælles, at de postulerer, at traumat virker gennem én bestemt proces, først og fremmest teorier om posttraumatisk stressforstyrrelse og teorier om traumets skadelige virkning på selvværdsfølelsen og selvopfattelsen. Der er også mere multifacetterede modeller, såsom Finkelhor og Brownes model (1985).

Spørgsmålet er, om der er behov for en speciel model til at forklare virkningerne af seksuelle overgreb, eller om man kan henholde sig til de mere generelle traumeteorier og hævde, at skadevirkningerne efter seksuelle overgreb eksempelvis ikke adskiller sig fra skadevirkningerne af, at forældrene lever et disharmonisk og konfliktfyldt liv. Imod dette synspunkt taler, at den seksualiserede adfærd, der observeres hos et ikke ubetydeligt antal seksuelt misbrugte børn, adskiller sig fra de symptomer, der ses ved andre traumer.

Endvidere er der i en række undersøgelser konstateret signifikante sammenhænge mellem de typer af seksuelle overgreb, børnene er blevet udsat for, og omfanget af børnenes symptomatologi (Kendall-Tackett et al., 1993).

Under alle omstændigheder er der behov for en teoretisk model, der både tager hensyn til det seksuelle overgrebs særlige karakter, til barnets generelle sårbarhed/modstandskraft over for negative livsbegivenheder,

familie miljøets stærke og svage sider og de processer, der træder i kraft omkring barnet, efter at overgrebet er opdaget.

Crittenden og Ainsworth (1989) har fremsat den hypotese, at børnemishandling virker negativt ind på tilknytningsprocessen og derigennem skaber vanskeligheder for barnet med senere hen i livet at indgå i støttende og nære personlige relationer. Weiss et al. (1992) mener, at barnet efterhånden vil være tilbøjelig til at opfatte verden som fjendtlig, og at dette sandsynligvis vil føre til en generaliseret fjendtlig »attributionsstil« og øget aggression.

Ganske vist har disse arbejder drejet sig om fysisk mishandling, og de psykologiske mekanismer, der gør sig gældende i forbindelse med seksuelle overgreb, kan tænkes at være anderledes. Alligevel kan det godt tænkes, at de virker langs de samme baner. Ydermere ledsages seksuelle overgreb ofte af fysisk mishandling, som ser ud til at have mindst samme skadevoldende effekt som seksuelle overgreb (Smith & Bentovim, 1994; Stevenson, 1999), og på denne måde er disse børn måske udsat for en dobbelt risiko.

Finkelhor & Browne's model over de psykologiske processer, der kan være involveret i seksuelle overgreb, kaldes »the traumatogenic dynamics model« (Finkelhor & Browne, 1985):

- 1) *traumatisk seksualisering* – en proces hvorved et barns seksualitet (herunder både seksuelle følelser og seksuelle holdninger) formes på en udviklingsmæssig upassende og interpersonelt dysfunktionel måde som følge af overgrebet,
- 2) *forræderi* – en dynamik hvorved barnet opdager, at en person det var dybt afhængigt af, har gjort det ondt,
- 3) *magtesløshed* – den proces, hvor barnets vilje, ønsker og følelse af selv at kunne bestemme konstant undermineres,
- 4) *stigmatisering* – de negative oplevelser af at have gjort noget forkert og føle skam og skyld – og omgivelsernes bekymring for eller forømmelse af barnet, som efterhånden inkorporeres i barnets selvbillede.

Glaser (1991) har gjort opmærksom på to vigtige yderligere faktorer, som måske bør føjes til de fire forhold, som Finkelhor og Browne nævner: For det første, at barnet skal forholde sig til det hemmelighedskræmmeri, som omgiver overgrebet, inden det bliver afsløret, og den ekstreme frygt og isolation, som dette skaber i barnet. For det andet den forvirring, der kan opstå, hvis barnet har oplevet lystfølelser ved at deltage i forbudte aktiviteter sammen med voksne, som barnet havde tillid til.

Kliniske erfaringer med voksne, der har oplevet seksuelle overgreb i barndommen, peger på, at stigmatiseringen og selvbebrejdelserne har stor betydning for ofrenes psykologiske tilstand på langt sigt, og mange klinikere vil således kunne bekræfte dele af modellens forklaringsværdi.

Sårbarhed og beskyttende faktorer:

Det er vigtigt at forstå, hvorledes risikofaktorer og beskyttende faktorer samvirker, da dette kan give fingerpeg om hvordan man kan udvikle effektive beskyttende interventioner. Et efterhånden udbredt forskningsparadigme er at undersøge de børn, der »undslipper« de psykologiske skadevirkninger trods massiv udsættelse for de kendte risikofaktorer, og fungerer normalt eller næsten normalt i voksenalderen (se f.eks. Quinton & Rutter, 1988). I relation til at undgå skadevirkningerne af at have været udsat for alvorlige og langvarige seksuelle overgreb i barndommen vil barnets personlige egenskaber (socialitet, intelligens, temperament, sociale og skolemæssige færdigheder), de familiære faktorer (stabile støttende emotionelle bånd til barnet) og tilstedeværelse af støtte til barnet fra signifikante personer uden for familien formentlig være af betydning.

Det har længe været kendt, at familiens støtte eller mangel på samme til et barn, der har været udsat for seksuelle overgreb, har stor betydning for barnets muligheder for at komme til at fungere normalt efter overgrebet (Tolstrup, 1972), men hertil kommer altså betydningen af barnets øvrige sociale kontakter, såsom lærere og kammerater. Disse støtteligheder vil det være vigtigt at mobilisere, ligesom det vil være vigtigt at hjælpe barnet til at skabe/bevare kontakten til disse.

Modstandskraft mod akutte eller kroniske psykosociale vanskeligheder beskriver ikke alene egenskaber ved barnet, men omfatter også en række processer og mekanismer i barnets omgivelser, der optræder før, under og efter den traumatiske begivenhed. Rutter har flere steder beskrevet de forskellige forhold der er involveret i den proces, der afgør, om barnet kan komme til at fungere normalt på trods af udsættelse for svære psykosociale belastninger (se f.eks. Rutter, 1987; Rutter & Rutter, 1993):

- 1) sværhedsgraden af den traumatiske oplevelse
- 2) barnets sårbarhed over for netop denne form for belastning
- 3) processer der mindsker skadevirkningerne
- 4) processer der mindsker de negative kædereaktioner
- 5) processer der skaber positive kædereaktioner
- 6) processer der åbner op for nye muligheder
- 7) oplevelser der kan neutralisere virkningerne af traumet
- 8) barnets egen aktive forarbejdning af de oplevelser, det har haft

Såfremt man planlægger at intervenere for at forebygge skadevirkninger af traumatiske begivenheder i barnealderen, er der en række generelle principper man bør tage hensyn til: Interventionerne skal være multimodale (skal rettes både mod barnet, forældrene og de pædagoger og lærere, som har mulighed for at støtte barnet i hverdagen) og målrettede (skal forholde sig til familiens indbyrdes interaktion, men også barnets problemløsningsstrategier) og skal have til formål at støtte barnet i at udvikle positive copingstrategier. Interventionerne vil sandsynligvis være mest effektive, hvis forældrene accepterer dem.

En del seksuelt misbrugte børn tør ikke fortælle kammeraterne om misbruget af angst for at blive isoleret eller drillet, og betydningen af støtte fra kammeratgruppen må derfor ligeledes understreges (Hartup, 1996), ligesom betydningen af kompenserende positive skoleoplevelser (Quinton & Rutter, 1988).

Hvis der skal være en langtidsvirkning af interventioner over for børn, der har levet under svære psykosociale opvækstforhold, må man endelig formode, at interventionerne skal forløbe over en længere periode.

Det kan således *konkluderes*, at seksuelt misbrug i barndommen kan opfattes som en risikofaktor for udvikling af psykisk forstyrrelse, da seksuelt misbrugte børn har en statistisk forhøjet sandsynlighed for at have psykologiske vanskeligheder senere i livet. Men det overvældende flertal af de seksuelt misbrugte børn vil *ikke* have psykologiske vanskeligheder som voksne, så konklusionen kan lige så vel tages til indtægt for det *modsatte* synspunkt, nemlig børns robusthed.

Det er imidlertid ikke det samme som, at man skal lade stå til eller acceptere, at børn lever i årevis under utrygge og angstvoldende forhold (selvom de ikke bliver psykisk skadet i traditionel forstand) og der er derfor al mulig grund til at intervenere med henblik på at forebygge, at børn bliver seksuelt misbrugt, eller at intervenere for at opdage og stoppe seksuelt misbrug af børn så tidligt som muligt.

Der er i den forbindelse et tilbagevendende behov for, at der gennemføres videreuddannelseskurser på det pædagogiske, det sundhedsmæssige og sociale område for at gøre undervisere, sundhedspersonale og omsorgsgivere i stand til at opdage og reagere hensigtsmæssigt på tegn og signaler på, at børn udsættes for seksuelle overgreb.

Samtidig skal man være opmærksom på at svært belastede ofre kan have stærkt forsinkede reaktioner (Calam et al., 1998) og behøve behandling på et langt senere tidspunkt end der, hvor overgrebene fandt sted.

Selvom piger udgør størstedelen af ofrene, er antallet af drenge omkring en tredjedel. Denne andel svarer ikke til hvad man ser inden for behandlingssektoren, hvilket må betyde, at det er de færreste seksuelt misbrugte drenge, der henvises til behandling, hvilket ligeledes må give anledning til overvejelser.

Psykologisk behandling af seksuelt misbrugte børn:

Inden man tager fat på at beskrive den psykologiske behandling af børn, der er blevet seksuelt misbrugt, er der grund til at trække forskellige forhold frem: For det første kan man rejse tvivl om, hvorvidt et barn der har været seksuelt misbrugt, nødvendigvis skal i psykologisk behandling, når man tager i betragtning, at seksuelt misbrugte børn ikke nødvendigvis viser tegn på psykisk fejludvikling. Det kan imidlertid være svært at skelne mellem asymptomatiske børn, der er velfungerende og ikke behøver terapi, og asymptomatiske børn, der undertrykker eller benægter deres traumatiske oplevelser. For det andet eksisterer der ikke undersøgelser, der viser, at seksuelt misbrugte børn, der *har* taget skade af misbruget, kan gøres symptomfri ved hjælp af psykoterapi, endsiige viser, hvilken form for psykoterapi der er bedst egnet. For det tredje ved man ikke, om de symptomer i form af angst og stress, der kan vedblive med at optræde hos det seksuelt misbrugte barn, efter at den mere akutte kriseintervention har fundet sted, adskiller sig fra tilsvarende symptomer hos andre børn, der ikke har været seksuelt misbrugt. Således kan det være vildledende uden videre at tro, at de kroniske vanskeligheder, der optræder hos børn og unge, der har været seksuelt misbrugt, er af en særlig karakter, som kræver speciel behandling (Finkelhor & Berliner, 1995).

Ligeledes er der grund til at være forsigtig med at tro, at de behandlingsformer, der generelt har vist sig virkningsfulde, også vil være de mest effektive, når det drejer sig om klienter, der har været sexmisbrugt. Eksempelvis har en undersøgelse af voksne, der gik i behandling for depression og angst, vist, at de der havde været seksuelt misbrugt i barndommen, fik mindre udbytte af behandlingen end andre voksne patienter med tilsvarende symptomer, men som ikke havde været misbrugt i barndommen (Stevenson, 1999).

Endelig må det generelt fremhæves, at forskningen i effekten af psykoterapi med børn halter bagud i forhold til psykoterapiforskning med voksne (Weisz et al., 1992). Ganske vist er der under gunstige omstændigheder (f.eks. i forbindelse med stort anlagte og ressourcekrævende forskningsprojekter) påvist terapeutiske effekter hos børn, som kommer op på siden af de resultater, der ses med voksne (men så heller ikke mere), og der savnes i høj grad dokumentation for effekten af de psykoterapeutiske interventioner, der foregår i den kliniske hverdag. Når dette tages i betragtning, er det klart, at der heller ikke kan siges noget endegyldigt om den hjælp, der bør tilbydes sexmisbrugte børn eller om effekten af en sådan særlig behandling.

På nuværende tidspunkt er den mest forsigtige anbefaling derfor i første omgang at øge bestræbelserne på at forhindre og stoppe seksuelt

misbrug af børn og dernæst i anden omgang at kvalificere den terapeutiske bistand til de børn, der alligevel bliver seksuelt misbrugt.

Empiriske undersøgelser af psykologisk behandling af seksuelt misbrugte børn kan tolkes derhen, at aktive behandlingsforløb for seksuelt misbrugte børn kan medføre signifikante bedringer af børnenes psykiske velbefindende sammenlignet med børn, der ikke fik behandling. Men det må også understreges, at de fleste af de terapeutiske gevinster, der blev konstateret, blev målt relativt kort tid efter, at behandlingen var ophørt (under et år). Der er således mangel på undersøgelser af, hvordan det går børnene som voksne. Ligeledes er der behov for undersøgelser, der kan dokumentere effekten af psykologisk behandling af voksne, der lider under eftervirkningerne af seksuelle overgreb i barndommen.

Det er selvfølgelig afgørende, at børnene og deres familier modtager behandlingen, for at den skal kunne virke. Men her gør dels det forhold sig gældende, at børn med psykiske vanskeligheder sjældent selv kan sørge for at komme i behandling, endsige gennemføre den, og dette gælder også for børn, der er blevet seksuelt misbrugt. Forældre vil heller ikke altid være i stand til at bede om hjælp til deres børn eller medvirke til, at et behandlingsforløb bliver gennemført. For seksuelt misbrugte børn gælder dette ikke kun i de tilfælde, hvor det seksuelle overgreb er sket inden for familien: Også i de tilfælde, hvor der er tale om forbrydelser begået af en person uden for familien, vil man ikke sjældent se, at forældrene afbryder barnets behandling i utide.

Visse undersøgelser tyder på, at behandlingsresultatet er bedre for yngre end for ældre børn (Kendall-Tackett et al., 1993). Men der er grund til at være skeptisk om, hvad grunden hertil kan være: De yngre børn er måske blevet misbrugt i kortere tid end de ældre, således at de bedre behandlingsresultater skyldes misbrugets kortere varighed snarere end barnets alder ved behandlingens start (Stevenson, 1999).

Man ved ikke i dag, hvilke behandlingsformer eller kombinationer af behandlingsformer, der er de mest effektive. Der findes ikke tilstrækkelig systematisk viden til at vejlede i, hvordan man matcher barnet og familien til den terapiform der sandsynligvis vil være mest effektiv over for netop den familie. Erfaringer fra USA tyder på, at der er alt for sjældent, at det misbrugte barn og dets søskendes behov bliver tilgodeset. En anden konklusion er, at de fleste ressourcer bruges på de familier, der har de tungeste og mest kroniske problemer. Men det er netop de familier, der sandsynligvis vil have den ringeste chance for at få det bedre selv med en sådan ekstensiv støtte: Familier, hvor overgrebet benægtes, hvor overgrebet er alvorligt, og hvor forældrene er psykisk afvigende, har mindre sandsynlighed for bedring. I sådanne tilfælde bør andre foranstaltninger overvejes.

Selvom posttraumatisk stress og seksualiseret adfærd optræder med øget hyppighed hos seksuelt misbrugte børn, er det alligevel kun et mind-

retal af de seksuelt misbrugte børn, der viser disse symptomer. Med andre ord er flertallet af seksuelt misbrugte børn ikke præget af bestemte symptombilleder, og det er herefter spørgsmålet, om der kræves specielle behandlingstilbud til seksuelt misbrugte børn, eller om deres problemer lige så godt kan behandles med de gængse børneterapeutiske metoder.

Der eksisterer i USA blandt klinikere udbredt enighed vedrørende de essentielle komponenter i behandlingen, herunder direkte eksplorering af traumet, brug af specifikke *stress-management* teknikker, eksplorering og korrektion af fejlagtige attributioner vedrørende traumet og inddragelse af forældrene i behandlingen (Berliner 1997; Friedrich 1996). Derimod findes der ikke tilsvarende *empirisk* baseret enighed om, hvilke behandlinger der skal foretrækkes. Men der er dog et par undersøgelser (se f.eks. Cohen & Mannarino, 1996) der peger på kognitiv adfærdsterapi med direkte diskussioner af traumet, desensibiliseringsteknikker og afspændingsteknikker, kognitiv reformulering (reframing) af begivenhederne og adfærdsmodificerende procedurer for at reducere problematisk adfærd.

Fokuseret versus ikke-fokuseret behandling

Det lyder indlysende, at man skal tale direkte om det seksuelle overgreb med barnet, hvis barnets symptomer er en direkte følge af traumet, men der vil være en del klinikere, der foretrækker at undgå direkte samtale med barnet om det seksuelle overgreb af frygt for, at man forbigående forværrer barnets symptomer, eller på grund af terapeutens eget behov for at undgå de negative følelser, der ledsager en sådan samtale. Voksne kan have et stærkt ønske om at »ikke at rode op i det«, også selvom symptomerne viser, at barnet faktisk *er* oprevet af traumet. At barnet ofte selv undgår at tale om traumet er endnu en grund til, at terapeuter tøver med at tale direkte om det. Endelig er mange terapeuter blevet bange for at tale med barnet om traumet for ikke at påvirke det barn, der skal afgive vidneforklaring i en straffesag (for slet ikke at tale om de tilfælde, hvor dommen *er* fældet, men hvor forsvarsadvokater senere sår tvivl om dommen med henblik på at få genoptaget retssagen og få omstødt dommen i den særlige klageret). Denne bekymring stammer bl.a. fra debatten om børns suggestibilitet og den forskning, der viser, at gentagne suggestive spørgsmål kan ændre et barns erindring om de faktuelle omstændigheder ved en begivenhed (Ceci et al., 1996).

Men selvom man accepterer denne hypotese (og forskningen er bestemt ikke entydig på dette punkt), vil en direkte udforskning af den traumatiske begivenhed og dens betydning for barnet ikke nødvendigvis betyde, at man risikerer at gøre sig skyldig i »fusk med beviserne«. Den

direkte udforskning af den traumatiske begivenhed kan bl.a. have til formål, at barnet bliver opmuntret til, via afspændingsprocedurer og desensibiliseringsprocedurer, at beskrive begivenheden uden at blive overspændt og uden at reagere med stærke negative følelser, hvor genfortællingen fungerer som en form for gennemarbejdning af traumet. Terr (1990) mener, at man blot ved at spørge børnene om den traumatiske begivenhed og hvordan den påvirkede dem, ser ud til at kunne opnå en positiv effekt.

Der er ikke enighed om værdien af eksponeringsteknikker, dvs. trinvis øget konfrontation med de angstvoldende aspekter af traumet (forbryderens navn, udseende og identitet, gerningsstedet, de trusler der er forekommet, de genstande der evt. har været anvendt i forbindelse med overgrebet osv.). Men mange forfattere vil gå ind for, at en eller anden form for traumefokuseret diskussion og refleksion over det der skete, er den vigtigste komponent i behandlingen af posttraumatisk stress hos børn (Berliner, 1997; Cohen & Mannarino, 1996; Friedrich, 1996; Terr, 1990).

Dette betyder ikke, at terapeuten nødvendigvis skal sikre sig, at traumatiserede børn har været igennem forskellige former for eksponeringsteknikker, før de afslutter behandlingen. Eksponeringsteknikkerne vil have deres største værdi i de situationer, hvor traumatiske erindringer eller undgåelsesadfærd *i sig selv* skaber psykologiske problemer. Derimod vil man risikere at forværre symptomerne hos et ubehageligt berørt og modvilligt barn, hvis man trods dets modvilje insisterer på at tale med barnet om de traumatiske erindringer. I sådanne situationer kan indirekte metoder, såsom tegning og leg være en bedre måde at komme ind på de traumatiske emner.

Hvis barnet vides at have været udsat for et traume, men ikke udviser symptomer, er det ikke sikkert, at barnet behøver behandling, men man kan i stedet følge barnets udvikling i et stykke tid for at kunne gribe ind, hvis symptomerne senere udvikler sig.

Stress-management teknikker kombineres af og til med direkte diskussion af den traumatiske begivenhed. Først lærer man barnet progressiv muskelafspænding, tankestop, positive forestillingsbilleder og dyb vejrtrækning. Dernæst går man i gang med detaljerede diskussioner af traumet. Barnet får en oplevelse af at kunne kontrollere sine tanker og følelser i stedet for at blive overvældet af dem, hvilket også kan være værdifuldt efter behandlingens afslutning, hvis der dukker minder op om traumet (Cohen & Mannarino, 1993).

Et andet element, der indgår i en del interventioner for traumatiserede børn, er undersøgelse og imødegåelse af de tanker, barnet gør sig om den traumatiske begivenhed (Berliner 1997; Cohen & Mannarino, 1993; Deblinger & Heflin, 1996). Fejlagtige tilskrivninger vedrørende traumet (»det var min skyld«, »man kan ikke stole på nogen voksne mere«) bør undersøges og søges imødegået, ikke blot ved forsikringer om det modsatte. Udfordringen af barnets trosforestillinger sker ofte ved hjælp af

trinvis logiske analyser af barnets kognitive fejlslutninger, efterhånden som terapisessionerne skrider frem.

Der er også enighed blandt eksperter om betydningen af at inddrage forældre og andre voksne støttepersoner. Forældrenes følelsesmæssige reaktioner på den traumatiske begivenhed og forældrenes støtte til barnet kan have en stor betydning for, hvordan barnet klarer traumat. Forældrene kan dels holde øje med deres barns symptomer, dels kan de lære passende adfærdsmodificerende teknikker, som kan anvendes mellem terapisessionerne og efter afslutningen af terapien. Desuden er det værdifuldt at hjælpe forældrene med at løse deres følelsesmæssige problemer i forbindelse med det traume, som forældrene som regel er direkte eller indirekte involveret i. Herigennem kan forældrene få hjælp til større opmærksomhed og mere hensigtsmæssige reaktioner i forhold til barnets følelsesmæssige behov. Mange forældre har gavn af direkte psykoedukation om deres barns symptomer, og hvordan de skal forholde sig til dem (Cohen & Mannarino, 1993; Deblinger & Heflin, 1996; Parson, 1997).

Friedrich (1996) konkluderer, at generelt er en traumefokuseret fremgangsmåde, som koncentrerer sig om barnets specifikke symptomer mere vigtigt end måden, hvorpå behandlingen gives (gruppe- familie- eller individualterapi). Når man i faglitteraturen ofte læser, at interventionen gives i gruppeform, skyldes det – foruden de almindelige fordele ved at arbejde gruppeterapeutisk – at man på denne måde har søgt at hjælpe det størst mulige antal børn, og at man ved at tale med børnene i grupper om begivenheden og dens mulige virkning har haft mulighed for at observere de enkelte børn og derved kunnet opdage de børn, der har reageret med undgåelses- og flugtmekanismer og tilsvarende symptomer på posttraumatisk stress (AACAP, 1998).

Konklusion

Stevenson (1999) konkluderer, at:

- 1) Seksuelt misbrugte børn har risiko for langtidsskadevirkninger som direkte følge af overgrebet og ikke blot som konsekvens af andre associerede baggrundsfaktorer.
- 2) Der er en vis specifik sammenhæng mellem overgrebets karakter og de psykiske eftervirkninger.
- 3) Fysisk mishandling kan være lige så traumatiserende som seksuelle overgreb.
- 4) De fleste af de psykiske eftervirkninger af seksuelle overgreb kan også optræde, selvom barnet ikke har været seksuelt misbrugt, med andre ord er der kun få tegn, der specifikt ses som følge af seksuelle overgreb.

- 5) Afgørende for barnets psykiske tilstand på kort og langt sigt er, at overgrebet bringes til ophør, så barnets opvækst kan blive så tryk som muligt.
- 6) Uanset om visse specifikke behandlingsformer måtte have større effekt end andre, eksisterer der interventionsformer af mere generel art, som kan stoppe seksuelle overgreb og dermed påvirke langtidsvirkningerne.
- 7) Psykologisk behandling af børn har omtrent samme gavnlige virkning som psykologisk behandling af voksne.
- 8) Der eksisterer kun et fåtal veltilrettelagte og kontrollerede undersøgelser af effekten af behandling af seksuelt misbrugte børn.
- 9) I de tilfælde, hvor behandlingerne er blevet undersøgt, f.eks. vedrørende gruppeterapi til seksuelt misbrugte børn, ser behandlingen ud til at være lige så effektiv som for børn, hvis problemer stammer fra andre årsager.
- 10) Forældrene skal tilbydes hjælp, gerne i form af psykoedukation, til at forholde sig støttende til barnet.
- 11) Et betydeligt mindretal af seksuelt misbrugte børn viser ikke symptomer på, at de er blevet misbrugt.
- 12) Når man tilrettelægger behandling af langtidsvirkningerne af seksuelle overgreb, må man tage hensyn til, at en del tilfælde af overgreb først afdækkes, når ofret er blevet voksent (Stevenson, 1999).

Til disse punkter kan følgende føjes: Hjælpen til seksuelt misbrugte børn og deres familier må ofte foregå over længere tid, f.eks. fordi børnene trods forsikringer herom ikke tør tro på, at krænkeren ikke kan skade dem mere. De langvarige behandlingsforløb kan komme bag på de involverede parter og i værste fald betyde, at forældrene afbryder behandlingen i utide. De pårørende er ofte dybt berørte og har behov for særlig støtte for at kunne hjælpe deres børn: Det er ikke tilstrækkeligt med et telefonnummer og en brochure. En oplevet afvisning eller oplevelsen af at man skal kæmpe for at få den psykologiske hjælp, man føler at ens barn har behov for, kan opleves som en sekundær krænkelse, som skaber vrede og fortvivelse hos de implicerede parter.

LITTERATURREFERENCER

- AACAP (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, Supplementum October.
- BAKER, A.W. & DUNCAN, S.P. (1985) Child sexual abuse: A study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse and Neglect*, 9, 457-467.
- BEITCHMAN, J.H., ZUCKER, K.J., HOOD, J.E., DA COSTA, G.A. & AKMAN, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 15, 537-556.
- BEITCHMAN, J.H., ZUCKER, K.J., HOOD, J.E., DA COSTA, G.A., AKMAN, D. & CASSAVIA, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.
- BENTOVIM, A., BOSTON, P. & VAN ELBURG, A. (1987) Child sexual abuse – children and families referred to a treatment project and the effects of intervention. *British Medical Journal*, 295, 1453-1457.
- BERLINER, L. (1997). Intervention with children who experience trauma. I D. Cicchetti & S. Toth (red.), *The effects of trauma and the developmental process*. New York: Wiley.
- BRIERE, J. (1992). Methodological issues in the study of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 196-203.
- BRIGGS, F. & HAWKINS, R.M.F. (1996). A comparison of the childhood experiences of convicted male child molesters and men who were sexually abused in childhood and claimed to be non-offenders. *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 20, 221-231.
- BROWNE, A. & FINKELHOR, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- CALAM, R., HORNE, L., GLASGOW, D. & COX, A. (1998). Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 22, 901-913.
- CECI, S.J., LEICHTMAN, M. & WHITE, T. (1996). Interviewing preschoolers: remembrance of things planted. I: D.P. Peters (red.), *The child witness in context: Cognitive, social and legal perspectives*. Dordrecht: Kluwer Academic.
- COHEN, J.A. & MANNARINO, A.P. (1993). A treatment model for sexually abused preschoolers. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 115-131.
- COHEN, J.A. & MANNARINO, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschoolers: initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
- CRITTENDEN, P.M. & AINSWORTH, M.D.S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. I: D. Cicchetti & V. Carlson (red.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York: Cambridge University Press.
- DEBLINGER, E. & HEFLIN, A.H. (1996). *Cognitive behavioral interventions for treating sexually abused children*. Thousand Oaks, California: Sage.
- FINKELHOR, D. & BERLINER, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408-1423.
- FINKELHOR, D. & BROWNE, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- FINKELHOR, D. & KORBIN, J. (1988). Child abuse as an international issue. *Child Abuse and Neglect*, 12, 3-23.
- FREEMAN-LONGO, R.E. (1986). The impact of sexual victimization on males. *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 10, 411-414.

- FRIEDRICH, W.N. (1996). Clinical considerations of empirical treatment studies of abused children. *Child Maltreatment*, 1, 343-347.
- GLASER, D. (1991). Treatment issues in child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry*, 159, 769-782.
- HARTUP, W.W. (1996). The company they keep: Friendships and their developmental significance. *Child Development*, 67, 1-13.
- HERMAN, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic.
- HILL, J. & RUTTER, M. (1994). Personality disorders. I M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (red.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches* (3. ed). Oxford: Blackwell.
- HILTON, M.R. & MEZEY, G.C. (1996). Victims and perpetrators of child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry*, 169, 408-415.
- KELLEY, S.J., BRANT, R. & WATERMAN, J. (1993). Sexual abuse of children in day care centers. *Child Abuse and Neglect*, 17, 71-89.
- KENDALL-TACKETT, K., WILLIAMS, L.M. & FINKELHOR, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- LARSEN, H.B. & HUTCHINGS, B. (1998). Psychometric properties of a Danish translation of The Rutter Scale B in a community sample of seven-year-old children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39, 249-257).
- LETH, I., STENVIG, B. & PEDERSEN, A. (1988). Seksuelle overgreb mod børn. *Nordisk Psykologi*, 40, 383 - 393.
- MCLEER, S.V., DIXON, J.F., HENRY, D., RUGGIERO, K., ESCOVITZ, K., NIEDDA, T. & SCHOLLE, R. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1326-1333.
- MOESGAARD, K. & SARDEMANN, H. (1996). Forekomst af seksuelt misbrug hos børn henvist til en børneafdeling over en femårsperiode. *Ugeskrift for Læger*, 158, 47-51.
- OATES, R.K., O'TOOLE, B.I., LYNCH, D.L., STERN, A. & COONEY, G. (1994). Stability and change in outcomes for sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 945-953.
- PARIS, J. (1997). Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 34-49.
- PARSON, E.W. (1997). Posttraumatic child therapy (P-TCT). *Journal of interpersonal violence*, 12, 172-194.
- QUINTON, D. & RUTTER, M. (1988). *Parenting breakdown: The making and breaking of inter-generational links*. Aldershot, Avebury.
- RUTTER, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- RUTTER, M. & MAUGHAN, B. (1997). Psychosocial adversities in childhood and adult psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 11, 4-18.
- RUTTER, M. & RUTTER, M. (1993). *Den livslange udvikling*. København: Hans Reitzels forlag.
- SCHWALBE-HANSEN, P.A. (1938). Efterundersøgelse af »psykopatiske« børn. *Hospitalstidende*, 81, 407-415.
- SGROI, S.M. (1982). *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*. Lexington: Lexington Boks.
- SMITH, M. & BENTOVIM, A. (1994). Sexual Abuse. I M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (red.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches*, 3. ed. Oxford: Blackwell.
- STEVENSON, J. (1999). The treatment of the long-term sequelae of child abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 89-111.
- TERR, L. (1990). *Too scared to cry*. New York: Harper & Row.

- TOLSTRUP, K. (1969). Om skadevirkninger af sædelighedsforbrydelser mod piger. *Juristen*, 253-262.
- WEISS, B., DODGE, K.A., BATES, J.E. & PETTIT, G.S. (1992). Some consequences of early harsh discipline: Child aggression and maladaptive social information processing style. *Child Development*, 63, 1312-1335.
- WEISZ, J.R., WEISS, B. & DONENBERG, G.R. (1992). The lab versus the clinic – effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist*, 47, 1578-1585.
- VIZARD, E., MONCK, E. & MISCH, P. (1995). Child and adolescent perpetrators; a review of research literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 5, 731-756.
- YULE, W. & WILLIAMS, R.M. (1990). Post-traumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 279-295.