

# Skammens tause tyngde

## **Traumerelaterte vansker hos barn og unge i etterkant av tilrettelagt avhør som fornærmede i vold- og overgrepssaker**

Frode Syringen



Masteroppgave i psykososialt arbeid –  
selvmord, rus, vold og traumer

Institutt for klinisk medisin  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2018



# **Skammens tause tyngde**

Traumerelaterte vansker hos barn og unge i etterkant av tilrettelagt avhør som fornærmede i vold- og overgrepssaker

Masteroppgave i psykososialt arbeid –  
selvmord, rus, vold og traumer

Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Oslo

Frode Syringen

© Frode Syringen

2018

**Skammens tause tyngde**

Traumerelaterte vansker hos barn og unge i etterkant av tilrettelagt avhør som fornærmede i vold- og overgrepssaker

Frode Syringen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

# Sammendrag

**Forfatter:** Frode Syringen

**Tittel:** Skammens tause tyngde. Traumerelaterte vansker hos barn og unge i etterkant av tilrettelagt avhør som fornærmede i vold- og overgrepssaker

**Hovedveileder:** Mia Cathrine Myhre. **Biveileder:** Else-Marie Augusti

**Formål:** Formålet med studien var å se på sammenhenger mellom ulike former for voldseksponering og traumerelaterte vansker ved avdekkingsstidspunktet for volden.

**Metode:** 52 barn og unge mellom 10-18 år deltok i en større studie om somatisk og psykisk helse hos barn som er til oppfølging ved Statens barnehus Oslo, etter tilrettede avhør. Barna ble kort tid etter avhørsdagen bedt om å fylle ut Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC). I tillegg ble de bedt om å svare på påstander om egen opplevelse av skam og skyld på skalaen Shame and Guilt After Trauma Scale (SGATS). Behandler ved Statens barnehus fylte ut informasjon om de voldserfaringene barna kom til Statens barnehus for å vitne om på en standardisert sjekklister.

**Resultater:** Med unntak av skårer på skalaen sinne, viste studien at barn som kommer til avhør ved barnehuset hadde signifikant flere symptomer på TSCC enn normutvalget ( $p \leq 0,01 - 0,001$ ). Det var ikke forskjell på gruppen barn som hadde opplevd annen vold sammenliknet med seksuelle overgrep i symptomtrykk på TSCC. Det var imidlertid sammenheng med omfang av voldseksponering, der de som ut fra det anmeldte forholdet og tidligere erfaringer samlet var utsatt for fire eller flere ulike voldstyper rapporterte signifikant flere symptomer på TSCC enn de utsatt for én voldstype. Det var signifikante sammenhenger, med medium til høy korrelasjon (0,32-0,63), mellom skam, skyld og skårene på TSCC. Ved multiple regresjoner, der kjønn og omfang av voldseksponering målt ved totalt antall typer vold ble lagt inn før skam og skyld, var skam signifikant og forklarte størstedelen av variansen i rapporterte skårer på depresjon og posttraumatisk stress. For sinne var imidlertid omfang av voldseksponering signifikant og det som forklarte størstedelen av variansen.

**Konklusjon:** Studien bekrefter tidligere funn om at barn og unge utsatt for vold og overgrep har flere psykiske vansker enn barn uten slike erfaringer i oppveksten. Det var en positiv sammenheng mellom rapporterte traumesymptomer og omfang av voldseksponering. Rapportert skam og skyld viser begge å være aktive komponenter for psykisk helse, der særlig skam synes å være assosiert med traumesymptomer. Funnene diskuteres i lys av kjennetegn ved gruppen som kommer til oppfølging ved Statens barnehus Oslo.

# Abstract

**Title:** The silent burden of shame. Trauma-related problems in children and adolescents reported at follow up after their participation in forensic interviews as victims of violence and child sexual abuse -

**Advisor:** Mia Cathrine Myhre. **Co-advisor:** Else-Marie Augusti

**Aim:** The aim of this study was to investigate associations between different types of violence and mental health problems, in children who come to a follow up after a forensic interview.

**Method:** Fifty-two children and adolescents between the age of 10 – 18 years participated in the study investigating children's somatic and mental health problems as reported at follow up after their participation in a forensic interview at the Children's House in Oslo (Statens barnehus Oslo; Children's Advocacy Centre, CAC). Shortly after the date of the forensic interview, the children were asked to fill out the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC). In addition, they were asked to answer questions regarding trauma-related shame and guilt, by the checklist Shame and Guilt After Trauma Scale (SGATS). Information about the children's experiences of violence, as documented in police reports and reported by the children in the forensic interview, were reported by the counsellor at the Children's House using a standardized checklist.

**Results:** Except scores on the Anger scale, results showed that those who had experienced child sexual abuse (CSA) had significantly more symptoms than the normative sample on all TSCC symptom scales. There was no difference in the TSCC-scores between the two groups of exposure; CSA and other forms of violence. We investigated the number of different types of violence the children reported to have experienced. Children reporting four or more types of violence showed significantly higher trauma-related symptoms on the TSCC compared to children reporting one type of violence. These differences withstood adjustment for gender, age, and ethnicity. Further, there were significant correlations between shame, guilt and scores on the TSCC symptom subscales, ranging between medium to high (0.63 – 0.32). These associations withstood adjustment for gender, and shame and guilt explained the majority of variance when predicting scores of the TSCC.

**Conclusion:** This study confirms earlier findings showing that children exposed to violence have more mental health problems than children without such experiences. There were no reported differences in scores of TSCC between those experiencing CSA and those who experience physical or psychological violence. However, there was a positive correlation

between reported mental health problems and the extent of life time violence exposure. Moreover, shame and guilt showed significant associations with scores on the TSCC, over and above those of violence exposure and gender.

# Forord

Det er mange som har bidratt og bør takkes for at jeg nå, ved siden av jobb og familieliv, har gjennomført masterstudie og ferdigstilt oppgaven.

Jeg vil rette en stor takk til mine dedikerte veiledere ved NKVTS, Mia Myhre og Else-Marie Augusti, for gode innspill og veiledning underveis gjennom prosjektet. Ikke minst en stor takk for deres raushet der jeg ble invitert med under forberedelsene til studien, fikk bidratt i datainnsamling, kvalitetssikring av data og gjennomført selvstendige analyser, i tillegg til å fremskaffe statistikk fra Barnehuset som grunnlag for frafallsanalyser. Jeg har i tillegg til å få innsikt i et spennende felt fått kjennskap til hvordan det er å gjennomføre et forskningsprosjekt. Selv om jeg har kjent på tidspress med flere samtidige oppgaver, har deltakelsen i prosjektet og arbeidet med datamaterialet vært det klare høydepunktet ved masterstudiet for min del. Det er jeg utrolig takknemlig for.

Jeg ønsker også å takke Helene Flood Aakvaag ved NKVTS så mye for mange gode og nyttige innspill rundt skam og skyld innledningsvis i prosjektet.

Videre vil jeg rette en takk til Tore Wentzel-Larsen ved NKVTS for hjelp med analyse i R og arbeidet med å sammenlikne vårt kliniske utvalg med et normativt utvalg.

I denne sammenheng vil jeg få rette en stor takk til arbeidsstedet mitt, Statens barnehus Oslo ved Oslo politidistrikt, til alle mine gode kolleger som har dekket opp for mitt fravær og for hjelp til statistikk. En spesiell takk til seksjonsleder Astrid Johanne Pettersen som har vært en god støtte og lagt til rette for at dette skulle la seg gjøre.

Jeg ønsker å rette en særlig takk til alle de modige barn og unge, og deres foresatte, som jeg er heldig å møte i mitt arbeid ved barnehuset, og en spesiell takk til de som har deltatt i denne studien og delt av sine erfaringer og bidratt til økt kunnskap om målgruppen vår.

Sist, men ikke minst, så ønsker jeg å rette en stor takk til mine kjære hjemme. Til Signe og Einar; Pappa ser fram til igjen å henge mer sammen med dere! Og til min kjære Eva som har holdt hjulene i gang og holdt ut med en noe fjern ektemann; I'm coming home!







# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Definisjoner og begrepsavklaringer.....	2
1.1.1	Barn og unge .....	2
1.1.2	Vold og ulike typologier .....	2
1.1.3	Potensielt traumatiserende hendelser – traumer.....	5
1.2	Konsekvenser for traumeutsatte barn og unge .....	7
1.2.1	Forstyrrelser i grunnleggende funksjoner .....	7
1.2.2	Ulike psykososiale vansker .....	8
1.2.3	Spesifikke lidelser og sykdom –fysisk og psykisk helse.....	8
1.2.4	Individuelle og sosiale risiko- og beskyttelsesfaktorer .....	11
1.2.5	Ulike former for voldseksponering, uavhengige og kumulative effekter .....	13
1.2.6	Forholdet mellom psykiske helseplager og traumerelatert skam og skyld .....	15
1.3	Om Statens barnehus .....	16
1.4	Studien og forskningsspørsmål.....	19
2	Metode.....	21
2.1	Prosedyre .....	21
2.1.1	Forutsetningene og rekruttering av informanter.....	21
2.1.2	Datainnsamlingsmetode og tilgang på datakilder .....	21
2.2	Utvalg .....	22
2.3	Mål.....	24
2.3.1	Bakgrunnsvariabler .....	24
2.3.2	Voldseksponering.....	25
2.3.3	Traumesymptomer .....	25
2.3.4	Kartlegging av andre traumeerfaringer .....	26
2.3.5	Traumerelatert skam og skyld .....	26
2.4	Etiske betraktninger og hensyn.....	27
2.5	Statistiske analyser .....	28
3	Resultater.....	29
3.1	Oversikt over utvalget og innledende analyser.....	29
3.1.1	Typer voldseksponering .....	29
3.1.2	Omfang av voldseksponering fra anmeldelse og tidligere traumeerfaringer .....	32

3.1.3	Opplevelse av kartlegging av tidligere traumeerfaringer .....	32
3.1.4	Traumesymptomer .....	33
3.1.5	Traumerelatert skam og skyld .....	36
3.2	Traumesymptomer i utvalget sammenlignet med normativt utvalg .....	39
3.3	Forholdet mellom traumesymptomer og voldseksponering ved enkeltfaktorer og omfang .....	40
3.4	Sammenhenger mellom voldseksponering, traumesymptomer, skam og skyld .....	43
3.4.1	Korrelasjon mellom voldseksponering, skam, skyld og traumesymptomer .....	43
3.4.2	Regresjonsanalyse av TSCC-skårer og sammenhenger med kjønn, voldseksponering, skam og skyld .....	44
4	Diskusjon .....	46
4.1	Rapporterte traumesymptomer hos barna .....	46
4.2	Forholdet mellom voldseksponering og traumesymptomer hos barna .....	47
4.3	Om rapportert skam og skyld i utvalget .....	50
4.4	Tids- og utviklingsdimensjon .....	52
4.5	Sammenhenger mellom voldseksponering, traumesymptomer og rapportert skam og skyld .....	54
4.6	Et selektert og eksponert utvalg .....	55
4.7	Metodiske styrker og begrensninger .....	57
4.7.1	Karakteristika ved utvalget .....	57
4.7.2	Studiedesign .....	57
4.7.3	Måleinstrumenter .....	58
4.8	Kliniske implikasjoner og videre forskning .....	59
5	Konklusjon .....	60
	Litteraturliste .....	62
	Vedlegg .....	72

## Tabell- og figuroversikt

Figur 1: En økologisk modell som illustrasjon av en ramme for risiko- og beskyttelse.....	12
Figur 2: Antall gjennomførte avhør av barn og unge ved Statens barnehus Oslo (SBO) .....	18
Figur 3: Flytskjema over utvalget med frafall og inklusjon i prosjektet .....	23
Figur 4: Aldersfordelingen i utvalget .....	29
Figur 5: Fordeling av hovedkategoriene og tillegg av annen voldseksponering.....	30
Tabell 1: Oversikt over utvalget med forskjeller mellom eksponeringsgruppene .....	31
Tabell 2: Omfang av voldseksponering med forskjeller mellom eksponeringsgruppene .....	32
Figur 6: Traumesymptomer (TSCC) fremvist for de ulike voldskategoriene .....	33
Figur 7: Traumesymptomer (TSCC) vist for seksuelle overgrep og annen vold .....	34
Tabell 3: TSCC-skårer samlet og gruppert for seksuelle overgrep og annen vold .....	35
Tabell 4: Kjønnforskjeller i TSCC-skårer fremvist innen voldstype.....	35
Tabell 5: Skam forbundet med vold og seksuelle overgrep <sup>a</sup> .....	36
Tabell 6: Skyld forbundet med vold og seksuelle overgrep <sup>a</sup> .....	37
Tabell 7: Rapportert skam og skyld for gruppene seksuelle overgrep og annen vold .....	37
Tabell 8: Rapportert skam og skyld fremvist med kjønnforskjeller innenfor voldstype <sup>b</sup> .....	38
Tabell 9: TSCC-skårer fra studiens utvalg sammenliknet med normativt utvalg .....	39
Tabell 10: TSCC-skårer ved seksuelle overgrep sammenliknet med normativt utvalg .....	39
Tabell 11: TSCC-skårer ved annen vold sammenliknet med normativt utvalg .....	40
Figur 8: Skam og skyld fremvist ut fra totalt antall kumulative traumer .....	41
Tabell 12: Rapporterte traumesymptomer (TSCC) og skam og skyld (SGATS) utfra totalt antall kumulative traumer.....	42
Tabell 13: Korrelasjon mellom voldseksponering (KT), skam, skyld og traumesymptomer ..	43
Tabell 14: Regresjonsanalyse av TSCC-skårer og assosiasjoner med kjønn, voldsomfang (KT), skam og skyld.....	45



# 1 Innledning

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har fastslått at vold og seksuelle overgrep representerer både et menneskerettighets- og et folkehelseproblem (Krug, 2002). Undersøkelser viser en betydelig utbredelse globalt, som vist i en nyere publisert metaanalyse (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, & Ijzendoorn, 2015).

Selv om de fleste vokser opp uten vold og overgrep i Norge, rammes et ikke ubetydelig mindretall (Mossige & Stefansen, 2007, 2016; Myhre, Thoresen, & Hjemdal, 2015; Siri Thoresen & Hjemdal, 2014). Den norske UngVold-undersøkelsen i 2015 blant ungdom i alderen 18-19 år (Mossige & Stefansen, 2016), viste at i alt 21 prosent av ungdommene har opplevd fysisk vold fra minst en forelder i løpet av oppveksten. Andelen som har opplevd grov vold fra minst en forelder (dvs. slag med knyttneve, gjenstand, fått juling), er lavere (6%). I alt oppga åtte prosent av ungdommene at de hadde sett eller hørt en av foreldrene bli utsatt for fysisk partnervold minst en gang, mens andelen som hadde sett eller hørt grov vold, var lavere med fire prosent. I alt oppga 23 prosent at de hadde opplevd minst én form for seksuell krenkelse i løpet av oppveksten. For seksuell vold er kjønnsforskjellen stor, og jenter er betydelig mer utsatt enn gutter. Så mange som en av ti jenter kan ha vært utsatt for voldtekt, tilsvarende tall for gutter er to prosent. På bakgrunn av to UngVold-undersøkelser gjennomført i henholdsvis 2007 og 2015, konkluderte forskerne med at omfanget av mild fysisk vold fra foreldre er redusert, mens grov fysisk vold ikke er endret (Mossige & Stefansen, 2016).

Det foreligger mye kunnskap om senere psykiske og somatiske helseplager etter vold og overgrep i barndommen (Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003; Ford, Elhai, Connor, & Frueh, 2010; R. Gilbert et al., 2009). Forskning har vist at mange utsatte barn er i risiko for å utvikle både somatiske, emosjonelle, atferdsmessige og sosiale problemer i tillegg til psykiske lidelser som Posttraumatisk stresslidelse (PTSD), angst og depresjon (R. Gilbert et al., 2009; Kilpatrick et al., 2003; Myhre et al., 2015; Siri Thoresen & Hjemdal, 2014). Vi vet videre at konsekvensene kan være store dersom barnet eller ungdommen opplever vold og overgrep over tid, i nære relasjoner, og i forbindelse med sin omsorgssituasjon (Alisic et al., 2014; Annerbäck, Sahlqvist, Svedin, Wingren, & Gustafsson, 2012; Cook et al., 2005; D'andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola, & Van Der Kolk, 2012; Kendall-Tackett, 2002). Det finnes imidlertid mindre kunnskap om barnas helse på tidspunktet for når volden eller overgrepene

blir avdekket, og det er lite forskningsbasert kunnskap om aktuelle traumesymptomer hos barn og unge som kommer til avhør ved Statens Barnehus i Norge og Norden. Barn og unge som kommer til Statens Barnehus representerer en utsatt gruppe som tidligere har vært vanskelig å nå i forskning. Økt kunnskap om denne gruppen er nyttig for å kunne tilby et helhetlig og best mulig tilbud til en sårbar gruppe barn der riktig oppfølging er vesentlig.

## **1.1 Definisjoner og begrepsavklaringer**

### **1.1.1 Barn og unge**

Både av FN, gjennom FNs konvensjon om barnets rettigheter (UN, 1989), WHO, og i det norske lovverket, er mennesker under 18 år definert som barn. Barn har en juridisk særstilling, de er ikke myndig men har en særskilt rett til beskyttelse. Barn, unge og ungdom omtales i noen grad om hverandre her og avgrenses til å omfatte alle personer under 18 år. Denne studien undersøker barn og unge mellom 10 – 18 år.

### **1.1.2 Vold og ulike typologier**

WHO definerer vold som: *The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation* (Krug, 2002). Voldshandlinger innebærer bruk av makt, tvang eller trusler, med vekt på de *konsekvensene* handlingene har for individet, som fysisk og psykologisk skade, deprivasjon og skjevutvikling. Denne definisjonen rommer også vold mot seg selv, altså selvskaade, og vold mot grupper eller samfunn, såkalt strukturell vold (Aakvaag, Thoresen, & Øverlien, 2016). I denne studien er imidlertid vold som undersøkes avgrenset til interpersonlig vold, den volden som enkeltindivider blir utsatt for fra andre, som etterforskes av politiet som mulig straffbare forhold etter norsk straffelov, og omfatter derfor ikke selvskaade eller kollektive, strukturelle former for vold.

I følge WHO inngår alle typer fysiske, seksuelle og psykologiske former for mishandling i voldsbegrepet. Deres forståelse av vold inkluderer også fravær av handling i form av fysisk og emosjonell neglisjering og omsorgssvikt (Krug, 2002). I denne studien kartlegges og



typologiseres vold ut fra disse hovedkategoriene; fysisk vold, seksuell vold, psykologisk vold og omsorgssvikt.

Fysisk vold (*physical abuse*) mot barn har fra amerikansk hold, av Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2008) blitt definert til å omhandle villet bruk av fysisk makt mot et barn som resulterer i, eller har potensial for å resultere i, fysisk skade. Altså en avgrensning der fysisk skade er sentralt og hvor eksempelvis fysisk avstraffelse i oppdragerøyemed som hovedregel ikke vil bli definert som vold. Med utgangspunkt i WHO sin definisjon av vold som også vektlegger psykologisk skade og feilutvikling (Krug, 2002), og ut fra et menneskerettighetsperspektiv der barn skal beskyttes fra all vold (UN, 1989), har Aakvaag, Thoresen & Øverlien (2016) angitt forslag til følgende definisjon på fysisk vold mot barn som; «*villet bruk av fysisk makt mot et barn som resulterer i, eller har potensial for å resultere i, fysisk skade, død, psykologisk skade, feilutvikling eller deprivasjon, eller som har som formål å påføre barnet smerte*» (s, 271). I norsk og nordisk forskning har man ofte delt vold mot barn inn i alvorlig og mindre alvorlig vold, der noe av hensikten har vært å inkludere fysisk avstraffelse som er ulovlig i Norge, men tillat i mange andre land, og samtidig måle handlinger som anses som vold i hele den vestlige verden (Helene Flood Aakvaag et al., 2016). Med mindre alvorlig vold menes gjerne handlinger som å slå med flat hånd, lugge eller riste. Eksempler på alvorlig vold kan være slag med gjenstand, sparking, kvelertak og å bli banket opp (Mossige & Stefansen, 2007, 2016; Siri Thoresen & Hjemdal, 2014).

I norsk straffelov (Straffeloven 2005) som trådte i kraft 1. oktober 2015 sorterer fysisk vold under kapittel 25 om voldslovbrudd mv. (§§ 271 – 288), og skiller tilsvarende mellom mindre alvorlig fysisk vold som kroppskrenkelser og alvorlig fysisk vold som kroppsskade og død, i tillegg til at det er anerkjent som særlige skjerpene med mishandling i nære relasjoner gjentatt over tid.

WHO (Krug, 2002) definerer seksuell vold eller seksuelle overgrep som «*any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, or acts to traffic, or otherwise directed, against a person's sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting, including but not limited to home and work.*» (s, 149). Der man i denne definisjonen av seksuell vold i stor grad er opptatt av tvangselementet, er det ovenfor barn og unge som ikke regnes som samtykkekompetente i forhold til sex urimelig å kreve tvang for å kalle det et overgrep. Barn under 16 år regnes ikke som samtykkekompetente i forhold til sex etter norsk straffelov, og tvangskriteriet faller

dermed bort. Tilsvarende frafaller tvangskriteriet i de tilfeller som gjelder overgrep mot personer som ikke kan samtykke til eller motsette seg handlingene fordi de er i en redusert bevissthetstilstand, som under sterk påvirkning av alkohol eller annen rus, søvn eller bevisstløs av annen grunn (Helene Flood Aakvaag et al., 2016). Maktutøvelse i sammenheng med manglende samtykkekompetanse er mer betonet i disse sammenhengene enn tvang.

I norsk straffelov avgrenses og grupperes seksuelle overgrep i straffelovens kapittel 26 om seksuallovbrudd (§§ 291 - 320), som utfra angitt alvorlighet og strafferamme skiller mellom ulike former for seksualisert atferd, seksuelle handlinger og seksuell omgang inkludert voldtekt. Voldtekt angis i straffelovens § 291 som å skaffe seg seksuell omgang ved vold eller truende atferd, ha seksuell omgang med noen som er bevisstløs eller av andre grunner er ute av stand til å motsette seg handlingen, eller ved vold eller truende atferd får noen til å ha seksuell omgang med en annen, eller til å utføre handlinger som svarer til seksuell omgang med seg selv (Straffeloven, 2005).

Som seksuell omgang regnes samleie, men også samleielignende forhold som for eksempel suging og slikking av kjønnsorganer, masturbasjon og innføring av fingre eller gjenstander i skjede eller endetarmsåpning. All seksuell omgang med barn under 14 år anses etter straffeloven 2005 som voldtekt. Seksuell omgang avgrenses nedad mot seksuell handling. Beføling av bryster eller kjønnsorganer, innenfor eller utenpå klærne, og kyssing, er eksempler på seksuelle handlinger. Seksuell atferd kjennetegnes ved at gjerningspersonen ikke er i direkte fysisk kontakt med fornærmede. Eksempler på straffbar seksuell atferd er blotting, fremvisning av pornografi og seksualisert språkbruk, fremvisning eller fremstilling av seksuelle overgrep mot barn eller fremvisning som seksualiserer barn, og det er videre straffbart å ha avtalt et møte med et barn under 16 år for å begå et seksuelt overgrep. Det er straffbart for den som utøver atferden eller tvinger eller forleder et barn under 16 år til å utvise slik atferd (Justis- og politidepartementet, 2008).

Psykologisk vold ovenfor barn er av CDC (2008) definert som; «Intentional caregiver behavior (i.e., act of commission) that conveys to a child that he/she is worthless, flawed, unloved, unwanted, endangered, or valued only in meeting another's needs» (s 16).

Psykologisk vold anses som en handling og noe negativt som påføres barnet. Omsorgssvikt (neglect) kjennetegnes derimot i større grad av fravær av handling, der barnets grunnleggende behov ikke tilfredsstilles. Felles for psykologisk vold og omsorgssvikt er at begge refererer til gjentatte og vedvarende situasjoner, der mønstre av handlinger eller situasjoner er sentralt.

I straffeloven er ikke psykisk vold og omsorgssvikt like tydelig definert eller gruppert som tilfelle er med fysisk vold og seksuelle overgrep. I kapittel 24 om vern av den personlige frihet og fred omtales generelle bestemmelser om trusler, tvang, frihetsberøvelse, omsorgsunndragelse, hensynsløs atferd og alvorlig personforfølgelse, der flere aspekter omhandler psykisk vold. Bestemmelsen om mishandling i nære relasjoner (§282) i kapittel 25 om voldslovbrudd mv. er imidlertid særlig relevant for psykisk vold og omsorgssvikt ovenfor barn. Straffebestemmelsen skal i hovedsak anvendes i stedet for de ovennevnte generelle bestemmelsene når vilkårene er oppfylt, ved alvorlig eller gjentatt mishandling, og omhandler foruten fysisk vold også trusler, tvang, frihetsberøvelse og andre krenkelser. *Andre krenkelser* er i forarbeidene omtalt som typisk trusler eller psykisk terror. Omsorgssvikt omfattes også under *andre krenkelser* i nevnte bestemmelse, omtalt i forarbeidene som eksempel psykisk vanskjøtsel og etter omstendighetene mangel på nødvendig stell og pleie. Omsorgssvikt som omhandler mangel på grunnleggende livsnødvendigheter kan etter omstendighetene også rammes av den mer generelle lovbestemmelsen om *hensettelse i hjelpeløs tilstand mv.* (§288) som viser til å hensette en annen i hjelpeløs tilstand med fare for liv, kropp eller helse, der den på samme måte straffes som unnlater å gi hjelp til noen i hjelpeløs tilstand som vedkommende har en plikt til å dra omsorg for (Justis- og politidepartementet, 2005, 2008).

### **1.1.3 Potensielt traumatiserende hendelser – traumer**

I det internasjonale systemet for klassifisering av sykdommer og beslektede helseproblemer, ICD-10, defineres en traumatiserende hendelse som *en stressende hendelse eller situasjon (av enten kort eller lang varighet) av en usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil føre til sterkt ubehag hos de fleste* (WHO, 1992, ICD-10). Det amerikanske klassifiseringssystemet for psykiske lidelser, DSM-5, viser til at det innebærer eksponering for livsfare, alvorlig skade eller seksuell vold, i form av faktisk eller opplevd fare. Det avgrenses til de som har opplevd dette selv, vært direkte vitne til hendelser eller fått kjennskap til alvorlig hendelser som omhandler ens nære av voldelig eller utilsiktet art (American Psychiatric Association, 2013).

En potensielt traumatiserende hendelse og de emosjonelle reaksjonene knyttet til en slik hendelse betegnes som en stressor, der utvikling av PTSD er en mulig respons. Hvorvidt hendelser blir traumatiserende og videre forløp er forbundet med blant annet alvorligheten i hendelsen, mestring hos personen og støtte i omgivelsene (Brewin, Andrews, Valentine, &

Kendall, 2000; Ozer, Best, Lipsey, Weiss, & Cooper, 2003; Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012).

Man kan skille ulike typer potensielt traumatiserende hendelser på flere vis, som mellom menneskeskapte eller naturskapte hendelser, og videre mellom tilfeldige hendelser som ulykker og naturkatastrofer, og intensjonelt påførte hendelser som krig, terror eller annen vold, der undersøkelser har vist større konsekvenser av interpersonlig vold, som for eksempel økt risiko for PTSD både hos voksne (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Resnick et al., 1993) og ungdom (Kilpatrick et al., 2003). Et annet skille omhandler relasjonen mellom utøver og offer, og videre om det er enkeltstående eller gjentatte hendelser. Påførte traumer fra nærstående omtales gjerne som relasjonstraumer, og har vist store psykologiske konsekvenser (J. L. Herman, 1992). Terr (1991) skilte for eksempel mellom enkeltstående traumatisk hendelse (type I) og mer komplekse, gjentatte hendelser over tid (type II). J. Herman (1992) introduserte begrepet kompleks PTSD for å beskrive det mer sammensatte symptombildet man kan se etter gjentatte voldshendelser over tid. En rekke studier viser at komplekse traumer, og særlig langvarig eksponering for traumer fra omsorgspersoner i tidlig barndom, utgjør en særlig risiko for utvikling av vansker på flere områder (Cloitre et al., 2009; Cook et al., 2005; D'andrea et al., 2012; R. Gilbert et al., 2009; Hodges et al., 2013). Dette omtales gjerne som kompleks traumatisering eller utviklingstraumer (Cloitre et al., 2009; Cook et al., 2005; D'andrea et al., 2012; Goldbeck & Jensen, 2017; Teicher & Samson, 2016).

## **1.2 Konsekvenser for traumeutsatte barn og unge**

Eksposering for traumatiske hendelser i barndommen kan lede til en rekke vansker, samtidige vansker i barndom og ungdom (Alisic et al., 2014; Annerbäck et al., 2012; Cater, Andershed, & Andershed, 2014; Cook et al., 2005; Ford et al., 2010; Kilpatrick et al., 2003; Pynoos, Steinberg, & Piacentini, 1999; Turner, Shattuck, Finkelhor, & Hamby, 2017), samt vansker videre inn i voksenlivet og gjennom livsløpet (Anda et al., 2006; N. Breslau et al., 2014; Chapman et al., 2004; Edwards et al., 2003; Felitti et al., 1998; Kessler et al., 2010; Lindert et al., 2014; Moffitt, 2013; Norman et al., 2012; Pratchett & Yehuda, 2011; Putnam, Harris, & Putnam, 2013; Siri Thoresen & Hjemdal, 2014; Tomasdottir et al., 2015). Vansker hos barn og unge kan omhandle både forstyrrelser i grunnleggende funksjoner, ulike psykososiale vansker, og mer spesifikke lidelser og sykdom. I tillegg har en økende dokumentert kunnskap også vist at voldseksponering i barndom viser en sammenheng med økt risiko for å oppleve andre overgrep (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007b; Ford et al., 2010; Myhre et al., 2015).

### **1.2.1 Forstyrrelser i grunnleggende funksjoner**

En stadig økende kunnskapsbase har dokumentert hvordan mishandling og omsorgssvikt de første leveårene har vist en særlig negativ effekt på kort og lang sikt, der det i tillegg til å gi vansker med forstyrrelser i grunnleggende funksjoner hos barn også utgjør risiko for senere voldsutsatthet og vansker (Cloitre et al., 2009; Cook et al., 2005; D'andrea et al., 2012; Ford, Connor, & Hawke, 2009; Lambert, Meza, Martin, Fearey, & McLaughlin, 2017). Meta-analyser av tilgjengelig forskning tyder på at desorganisert tilknytning er overrepresentert blant barn som er blitt utsatt for vold og omsorgssvikt (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2010). Et større antall studier har de senere år dokumentert biologiske funn som kan settes i sammenheng med symptomer og vansker hos barn utsatt for mishandling og omsorgssvikt, og videre vist hvordan hjernens utviklingskurs kan forandres og med endringer i organsystemene og den nevrokjemiske balansen som regulerer kognisjon, emosjoner, humør, personlighet og atferd (Cicchetti, 2013; Teicher & Samson, 2013, 2016). Det er påvist at vold, overgrep eller omsorgssvikt kan gi svært negative konsekvenser for barns kognitive utvikling, der flere studier særlig har vist svekkelser i såkalte eksekutive funksjoner, som inkluderer arbeidsminnekapasitet, impulskontroll, evnen til å planlegge og evnen til å opprettholde eller skifte oppmerksomhetsfokus (Bernier, Carlson, & Whipple, 2010; Spann et

al., 2012). Cook et al. (2005) oppsummerer syv hovedområder av vansker for barn utsatt for mishandling og omsorgssvikt, og viser til tilknytning, affektregulering, biologisk regulering, dissosiasjon, regulering av atferd, kognisjon og selvoppfatning.

### **1.2.2 Ulike psykososiale vansker**

Svekkelser i de grunnleggende funksjonene som er omtalt ovenfor, kan vise seg som eller utvikle seg til psykososiale vansker på ulike områder. Vansker for barn og ungdom som har opplevd vold og overgrep er ikke nødvendigvis av en karakter som tilfredsstillende kriteriene for PTSD eller dekkes best av denne diagnosen, men er gjerne mer uspesifikke og mangfoldige. Mange kan i større grad oppleve ulike depressive plager, angst, suicidalitet og andre psykososiale vansker med læring og skole, vansker med relasjoner og atferdsvansker som selvskading, rusmisbruk, seksuell risikoatferd og annen risiko- og selvdestruktiv atferd (Annerbäck et al., 2012; Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; N. Breslau et al., 2014; Jaffee, 2017; Jonkman, Verlinden, Bolle, Boer, & Lindauer, 2013; Kilpatrick et al., 2003; Moffitt, 2013; Norman et al., 2012; Trickett, Noll, & Putnam, 2011).

### **1.2.3 Spesifikke lidelser og sykdom –fysisk og psykisk helse**

#### **Fysisk helse**

En rekke studier har de senere år fastslått at det er en klar og sterk sammenheng mellom vold og andre negative barndomserfaringer og risiko for fysiske sykdommer og helseplager gjennom livsløpet (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998; R. Gilbert et al., 2009; Siri Thoresen & Hjemdal, 2014; Tomasdottir et al., 2015). Stensland, Zwart, Wentzel-Larsen og Dyb (2017) har vist at ulike traumeerfaringer hos unge synes å være forbundet med økt risiko for omfattende og tilbakevendende hodepine og migrene. Høyere forekomst av plager som hodepine, søvnevansker, svimmelhet, magesmerter, ryggsmarter og dårlig appetitt har også blitt funnet blant svenske grunnskolebarn (Jernbro, Svensson, Tindberg, & Janson, 2012) og blant svenske ungdommer utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt (Annerbäck et al., 2012).

## Psykisk helse

Psykiske helseplager hos vold- og overgrepsofne barn og unge som særlig fremheves i forskning er; posttraumatiske stressreaksjoner, angst, suicidalitet og depresjon (Annerbäck et al., 2012; Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001; R. Gilbert et al., 2009; Kilpatrick et al., 2003; Norman et al., 2012; Trickett et al., 2011). Teicher og Samson (2013) anslår en mer enn dobbelt risiko for så godt som alle psykiske lidelser hos volds- eller overgrepsofne, og at slike erfaringer blant annet forklarer 54 prosent av tilfellene av depresjon i befolkningen og 67 prosent av selvmordsforsøkene.

### Posttraumatisk stresslidelse, PTSD

Stressreaksjoner hos barn etter traumatiserende hendelser er normalt, og avtar for mange i løpet av noen uker. En betydelig andel barn utvikler imidlertid posttraumatiske stressreaksjoner (PTS), og en mindre andel av en slik alvorlighet og med varighet som tilsier at tilstanden også oppfyller diagnostiske kriterier for PTSD. DSM-5 grupperer 4 hovedkategorier av posttraumatiske stressreaksjoner som sentrale ved PTSD; Gjenopplevelse, unngåelse, negative endringer i tanker og følelser, og endring i fysiologisk respons (American Psychiatric Association, 2013; Dyb & Stensland, 2016).

Gjenopplevelse omhandler at gjentatte og uønskede tanker og bilder fra det som skjedde stadig kommer tilbake i drømmer eller våken tilstand. Drømmer kan ha innhold spesifikt fra hendelsene eller være av mer kaotisk karakter, der mindre barn sjeldnere rapporterer om hendelsesspesifikke drømmer (Dyb & Stensland, 2016). Mindre barn kan fremvise repeterende atferd og lek som uttrykk for gjenopplevelse (Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2011). Mange opplever såkalte «flashbacks», som er å oppleve at hendelsen eller deler av det som skjedde faktisk skjer igjen. I gjenopplevelseskriteriet ligger det at å bli påminnet hendelsen vekker intense følelser eller fysiologiske reaksjoner, følelse av å være ute av seg, redd eller trist (Dyb & Stensland, 2016).

Unngåelse som symptomgruppe inkluderer følelsesmessig nummenhet og unngåelse av en hendelse på enten et indre eller ytre plan. Unngåelse kan på et indre plan omhandle at barnet unngår å tenke på eller snakke om hendelsen, og på et ytre plan ved at barnet unngår aktiviteter eller steder som kan påminne om hendelsen (Dyb & Stensland, 2016).

Negative endringer i tanker og følelser er et nytt kriterium i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) og omfatter en endret eller forstyrret opplevelse av seg selv og omverdenen. Eksempelvis kan det omhandle dårlig selvfølelse, skam, redsel, ensomhet, aggresjon, manglende interesse, forventninger, eller følelse av håp med tanke på fremtiden (Dyb & Stensland, 2016).

Endret fysiologisk respons omhandler vedvarende økt fysiologisk respons eller endringer i kroppens stressresponssystem etter hendelsen, og omfatter symptomer som vansker med å sovne, hyppige oppvåkninger, redusert terskel for sinneutbrudd, og vansker med å holde oppmerksomhet eller samle tankene (Scheeringa et al., 2011). Traumatiske hendelser synes å kunne påvirke fysiologisk regulering generelt, slik at både søvn, våkenhetsgrad, appetitt og sultfølelse forstyrres. Sansene er vanligvis i høyere beredskap etter traumatiske hendelser, og man reagerer på lavere stimuli enn ellers. Barn kan streve med årvåkenhet, uro, vansker med konsentrasjon, aggresjon og kan vise endret atferdsmønster. Over tid kan kroppens stressrespons komme til skade, gi forstyrrelser i regulering, slik at ytre og indre faresignaler kan medføre mindre eller større fysisk og psykisk respons enn forventet (Cook et al., 2005; Dyb & Stensland, 2016).

En nyere metaanalyse konkluderte med at omtrent en av seks (16 %) traumeutsatte barn og unge hadde PTSD etter kriteriene i DSM-IV eller DSM-5, der forekomsten var høyere blant barn utsatt for vold (25 %) sammenlignet med barn utsatt for andre type hendelser (10 %), og med høyest forekomst blant jenter (Alisic et al., 2014). Denne kjønnsforskjellen er gjennomgående i de fleste studier og støttes i meta-analyser, men der effektstørrelsen imidlertid synes liten (Alisic, Jongmans, van Wesel, & Kleber, 2011; Alisic et al., 2014; Trickey et al., 2012).

Kognitive modeller ved forståelse og forklaring av PTSD legger vekt på negative vurderinger av traumatiske hendelser. Det er foreslått at måten hendelsen blir oppfattet og vurdert på, i stor grad bestemmer i hvilken grad man opplever posttraumatiske stresssymptomer. Det hevdes at PTSD blir opprettholdt når man prosesserer traumatet slik at det fører til en oppfattet alvorlig, aktuell trussel. I den kognitive litteraturen fokuseres det på negative kognisjoner, antakelser om hendelsen og dens betydning, samt en forstyrrelse i autobiografisk hukommelse, med dårlig integrering og kontekstualisering, sterkt assosiativt minne og sterk perseptuell priming (Ehlers & Clark, 2000). Det kognitive perspektivet har ikke vært like etablert i forskningen på barn og unge, men nyere undersøkelser og metaanalyser viser at egen



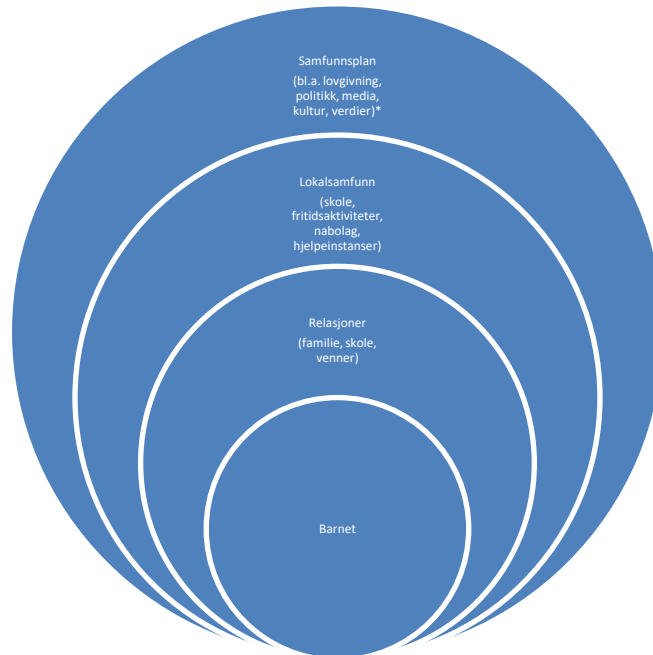
vurdering av traumehendelser er sterkt relatert til posttraumatisk stress også hos barn og ungdom (Feiring, Taska, & Chen, 2002; Mitchell, Brennan, Curran, Hanna, & Dyer, 2017; Trickey et al., 2012). I en metaanalyse av 25 risikofaktorer for utvikling av PTSD hos barn og unge fant Trickey et al. (2012) at den subjektive opplevelsen under hendelsen og faktorer i etterkant av hendelsen hadde en sentral rolle. *Opplevelse av sterk frykt og oppfattet livstrussel* under traumet var betydelige risikofaktorer for senere PTSD, og hadde større effekt enn *traumets alvorlighet* i seg selv som viste en middels risiko. betydelige risikofaktorer i etterkant var individuelle forskjeller som *tankeundertrykkelse, PTSD fra før, unngåelse*, og andre *samtidige psykiske vansker som angst og depresjon*, og videre sosiale faktorer som *dårlig familiefungering, lav sosial støtte og sosial tilbaketrekking*.

#### **1.2.4 Individuelle og sosiale risiko- og beskyttelsesfaktorer**

Det er angitt ulike faktorer som kan påvirke utviklingen av traumesymptomer for traumeutsatte barn og unge (Pratchett & Yehuda, 2011). Resiliensforskning har vist at ikke alle utvikler vansker, og enkelte, tross store stressbelastninger, viser god tilpasning. Både beskyttende faktorer hos individet og i omgivelsene, og videre samspillet mellom disse, kan bidra til mestring og virke beskyttende ovenfor utvikling av vansker (Cicchetti, 2013).

Ulike områder av risiko og beskyttelse kan illustreres med utgangspunkt i Bronfenbrenners sosialøkologiske modell (Bronfenbrenner, 1977, 1979, 1986), der det fokuseres på hvordan utvikling skjer i et samspill mellom individet og omgivelsene på ulike områder eller nivåer (Figur1).

**Figur 1: En økologisk modell som illustrasjon av en ramme for risiko- og beskyttelse**



*Note.* Hentet fra WHO (2002) og Bronfenbrenner's sosialøkologiske utviklingsmodell (1977, 1979). \*Bronfenbrenner omtaler systemene som hhv. mikro-, meso-, ekso-, og makrosystem, der han i senere år også la til et ytterligere system, kronosystemet som fremhever tidsdimensjonen for utvikling (1986).

Forskning har vist en sammenheng mellom voldseksponering i barndom og økt risiko for å oppleve andre overgrep (Finkelhor et al., 2007b; Ford et al., 2010; Myhre et al., 2015). I en nyere norsk studie (Strøm, Hjemdal, Myhre, Wentzel-Larsen, & Thoresen, 2017) undersøkte man, med utgangspunkt i Bronfenbrenner og en videreutvikling av modellen (Belsky, 1980; Grauerholz, 2000), individuelle og kontekstuelle faktorer på ulike nivåer i forhold til risiko for barnemishandling og senere reviktimisering. Forskerne fant i et utvalg av unge voksne (N=1011, 16-33 år) at sosiale problemer og jevnlig storkonsum av alkohol medførte risiko for reviktimisering, mens sosial støtte reduserte risikoen. Familieproblemer og liten grad av familiesamhold i oppveksten var forbundet med risiko for vold i barndommen, men ikke for reviktimisering.

Mishandling og omsorgssvikt har blitt beskrevet som en dobbel belastning, der barn på den ene siden blir utsatt for kronisk, alvorlig og langvarig stress, og hvor dette ofte forekommer i fravær av beskyttende faktorer (Cicchetti, 2013). I andre sammenhenger er tilgang på ressurser i nettverket rundt beskyttende faktorer, slik som familie, venner, støttende og utviklende relasjoner i institusjoner som eksempelvis skole eller organiserte fritidsaktiviteter,

tilgjengelighet på behandlende eller sosiale tjenester. Sosial støtte er trukket frem som en viktig forebyggende faktor mot vansker i etterkant av traumer, der fravær av eller negativ sosial støtte er funnet som risiko (Aakvaag, 2016; Arnberg, Hultman, Michel, & Lundin, 2012).

### **1.2.5 Ulike former for voldseksponering, uavhengige og kumulative effekter**

Flere har de senere år adressert at mye kunnskap om sammenhenger mellom voldseksponering og sentrale psykiske helseplager som PTSD, angst og depresjon, kommer fra forskning som har undersøkt enkeltyper av voldseksponering (Anda et al., 2006; Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2010). Mange undersøkelser har vist at de som er utsatt for seksuelle overgrep har en særlig økt risiko for psykiske helseplager (Dovran et al., 2016; Lewis, McElroy, Harlaar, & Runyan, 2016; Maniglio, 2009; Trickett et al., 2011). Voldtekt og andre seksuelle overgrep har sammen med krigshandlinger vist særlig høy risiko for PTSD blant voksne (Creamer et al., 2001; Kessler et al., 1995; Kilpatrick et al., 2003).

Annerbäck et al. (2012) undersøkte fysisk vold fra foresatte blant tenåringselever i Sverige og fant der en klar sammenheng med dårlig psykisk helse og atferdsvansker, samt sammenheng mellom antall andre ulike voldstyper og vansker. Teicher, Samson, Polcari og McGreenery (2006) undersøkte en gruppe unge voksne i alderen 18-22 år sin utsatthet for verbal aggresjon fra forelder, og fant at det var en potent form for vold. De fant imidlertid også at de fleste hadde vært utsatt for flere typer mishandling og at antallet ulike voldstyper var en viktig faktor. To nyere metaanalyser av studier på sammenhengen mellom depresjon og spesifikke negative barndoms erfaringer hos ungdom og voksne, angir størst sammenheng med tidligere utsatthet for psykisk vold og omsorgssvikt (Infurna et al., 2016; Nelson, Klumpp, Doebler, & Ehring, 2017). Resultatene fra en større tverrsnittstudie, en nasjonal forekomststudie i Norge (Thoresen & Hjemdal, 2014), viste at alle kombinasjoner av voldserfaringer i barndom var signifikant assosiert med angst og depresjon som voksen, der rapportert psykologisk vold og omsorgssvikt i barndom var enkeltkategoriene assosiert med høyest grad av angst og depresjon som voksen. Grad av angst og depresjon assosiert med voldserfaring som voksen økte med antallet voldskategorier de var utsatt for i barndommen. Alle former for voldserfaringer i barndom utgjorde videre en risiko for voldsutsatthet også som voksen, der sammenhengen imidlertid i stor grad synes å være uspesifikk når det gjelder

voldskategori, der enhver type voldserfaring i barndom er assosiert med enhver type voldserfaring som voksen. Den høyeste overlappen var likevel mellom kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn og voldtekt som voksen (Thoresen et al., 2015).

Forskning omkring konsekvenser av ulik voldseksponering har som vist blitt mer bevisst at mange er utsatt for samtidig overlappende og ulike typer mishandling, og videre hvordan dette synes å gi en kumulativ effekt og utgjøre en særlig risiko for utvikling av blant annet psykiske helseplager (Aho, Proczkowska-Björklund, & Svedin, 2016; Annerbäck et al., 2012; Cloitre et al., 2009; Edwards et al., 2003; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007a; Ford et al., 2010; Kessler et al., 2010; Turner et al., 2010). Det omhandler kumulative, dose – respons-sammenhenger på ulike vis, som at flere samtidig er utsatt for ulike voldstyper fra samme utøver, til videre å være utsatt for ulik vold på ulike arenaer og fra ulike personer som gjerne omtales som polyviktisering (Finkelhor et al., 2007a) eller multiviktisering (Aakvaag, 2016; Kennedy, Tripodi, & Pettus-Davis, 2013), til fokus på risiko for å bli utsatt for ulik vold igjen senere gjennom livsløpet, omtalt som reviktisering (Finkelhor et al., 2007b; S. Thoresen, Myhre, Wentzel-Larsen, Aakvaag, & Hjemdal, 2015).

Finkelhor og medarbeidere viser til samtidige og kumulative negative effekter og dermed behov for en mer helhetlig oversikt over voldsutsatthet ved vurdering av effekt av de enkelte typer voldseksponering (Turner et al., 2010; Turner et al., 2017). Flere har videre undersøkt mønstre av voldsutsatthet og sammenhenger med vansker. Det er funnet store vansker for de som er utsatt for seksuelle og emosjonelle overgrep i barndommen, og særlig i sammenheng med andre negative barndomserfaringer slik som gjentakende interpersonlig vold (Debowska, Willmott, Boduszek, & Jones, 2017; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2009; Ford et al., 2010; Messman-Moore & Bhuptani, 2017), av flere omtalt som *kumulative traumer* (Cloitre et al., 2009; Follette, Polusny, Bechtle, & Naugle, 1996; Hodges et al., 2013).

Tolin, Foa, and Cooper (2006) viste i en metaanalyse av 25 studier at menn rapporterer å være utsatt for flere potensielt traumatiske hendelser enn kvinner, der det imidlertid synes å være kjønnsmessig forskjell i hvilke typer man er utsatt for. Det var mer sannsynlig for menn enn kvinner å rapportere om opplevde ulykker, ikke-seksuelle overfall, krig, katastrofer, brann, alvorlig sykdom eller uspesifisert skade, og vitne til død eller skade. Kvinner derimot, hadde større sannsynlighet enn menn for å rapportere om opplevd voldtekt og seksuelt misbruk. Metaanalyser av PTSD blant traumeutsatte barn og unge har vist kjønnsforskjeller, der jenter utsatt for interpersonlige traumer skårer høyest på PTSD-symptomer sammenliknet med

gutter (Alisic et al., 2014; Tolin et al., 2006). Alder ved voldseksponering er som tidligere vist ansett som en faktor for utviklingen av type og omfang av vansker.

### **1.2.6 Forholdet mellom psykiske helseplager og traumerelatert skam og skyld**

Flere har pekt på traumerelatert skam og skyld som sentralt i utvikling og opprettholdelse av PTSD og depresjon (H. F. Aakvaag et al., 2016; Andrews, Brewin, Rose, Kirk, & Strauss, 2000; Budden, 2009). Skam og skyld blir ansett som sosiale emosjoner. Fra et evolusjonsperspektiv kan de modulere relasjoner i sosiale grupper på ulike vis, der skam typisk utløser strategier som tilbakeholdelse eller underkastelse, mens skyld i større grad utløser reparasjon og omsorg (P. Gilbert, 1997).

Skam kan defineres som *en smertefull affekt, ofte assosiert med oppfatninger av at en har personlige attributter, personlige karakteristikk eller har utført handlinger som andre vil anse som negative og som vil medføre avvisning eller annen negativ respons* (egen oversettelse; Gilbert, 2000). Skam kan sies å ha som funksjon å advare individet om at ens sosiale posisjon er truet, og kan utløse ulik tildekkende atferd (P. Gilbert, 1997). Mens P. Gilbert (1997) i stor grad avgrensner skam til underkastende atferd, inkluderer Nathanson (1992) også angrep mot eget selv og andre, og omtaler fire mønstre av selvbeskyttende atferd som respons; angrep mot annen person, angrep mot eget selv, tilbaketrekking og unngåelse.

Skyld kan defineres som *en ubehagelig affekt fulgt av en antakelse om at man skulle ha følt, tenkt eller handlet annerledes* (egen oversettelse; E. S. Kubany and Manke (1995)). Skyld blir ofte relatert til en devaluering av en spesifikk atferd, mer enn en devaluering av selvet som helhet, noe som i større grad er tilfelle ved skam (H. F. Aakvaag et al., 2016; Tangney & Dearing, 2002). Med bakgrunn i at atferd utløst av skyld typisk knyttes til reparasjon av relasjon, har mange hevdet at skyld er mer adaptivt enn skam (Tangney & Dearing, 2002). Dette er det imidlertid ulike syn på innen forskningsfeltet, og når det gjelder traumerelatert skyld er det mer kontroversielt og i mange sammenhenger ikke relevant å skulle anse det som en adaptiv respons på en atferd. Når skyld studeres innenfor de som er utsatt for vold, er skyld generelt forbundet med et negativt utfall (Aakvaag, 2016).

Traumerelatert skam og skyld vil ha betydning for hvordan den traumatiske hendelsen blir vurdert, er faktorer som er trukket fram i den kognitive forståelsen av traumesymptomer som

PTSD (Budden, 2009; P. Gilbert, 1997; E. Kubany & Watson, 2003; Lee, Scragg, & Turner, 2001), og er også blitt integrert i ett av symptomkriteriene for PTSD-diagnose i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Studier av voksne og eldre ungdom har vist at traumerelatert skam og skyld begge kan påvirke utviklingen av traumesymptomer (H. F. Aakvaag et al., 2016; Andrews et al., 2000; Feiring et al., 2002; La Bash, Papa, & Gold, 2014; Pugh, Taylor, & Berry, 2015; Stotz, Elbert, Müller, & Schauer, 2015; Siri Thoresen & Hjemdal, 2014), men det foreligger lite kunnskap om denne sammenhengen hos yngre barn.

## 1.3 Om Statens barnehus

### Bakgrunn og organisering

Etter vedtak i Stortinget av 4. mars 2005, jf. Innst. S. nr. 123 (2004 - 2005), og nærmere utredningsarbeid med rapporten *Barnas hus* (2006), ga Justis- og politidepartementet Politidirektoratet i oppdrag å etablere barnehus som et pilotprosjekt. Barnehusene i Norge ble etablert med det første i 2007 i Bergen og på Hamar, og Statens barnehus Oslo (SBO), ble etablert i 2009 (Johansson, Stefansen, Bakketeig, & Kaldal, 2017b; Pettersen, 2016). Etter evaluering av pilotprosjektet, fra NOVA og Politihøgskolen (Bakketeig, Berg, Myklebust, & Stefansen, 2012; Stefansen, Gundersen, & Bakketeig, 2012), ble barnehusmodellen besluttet videreført med utvidelse av flere barnehus. Det er etablert 11 barnehus i Norge. Barnehusene er et samarbeidsprosjekt mellom tre departementer: Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, og Justis- og beredskapsdepartementet. Den overordnede oppfølgingen av barnehusene ligger til Politidirektoratet, mens hvert av barnehusene er underlagt og styres av politimesteren i det politidistriktet de er lokalisert (Politidirektoratet, 2016). SBO er underlagt Oslo politidistrikt.

### Formål, oppgaver og målgruppe

Statens barnehus er etablert for å sikre at barn og andre særlig sårbare grupper som kan ha vært utsatt for vold og seksuelle overgrep, og hvor forholdet er anmeldt til politiet, ikke utsettes for unødige belastninger i forbindelse med politiavhør, men at de derimot får god og koordinert oppfølging. De særlig sårbare fornærmede og vitner, og deres omsorgspersoner, skal derfor bli møtt med høy faglig kompetanse i trygge og tilrettelagte omgivelser.

Barnehuset samler involvert fagpersonell på ett sted, og bidrar til å redusere behovet for at

den særlig sårbare må fortelle sin historie gjentatte ganger. Barnehuset skal videre bidra til å styrke ivaretagelse av særlig sårbare fornærmede og vitners rettsikkerhet (Politidirektoratet, 2016).

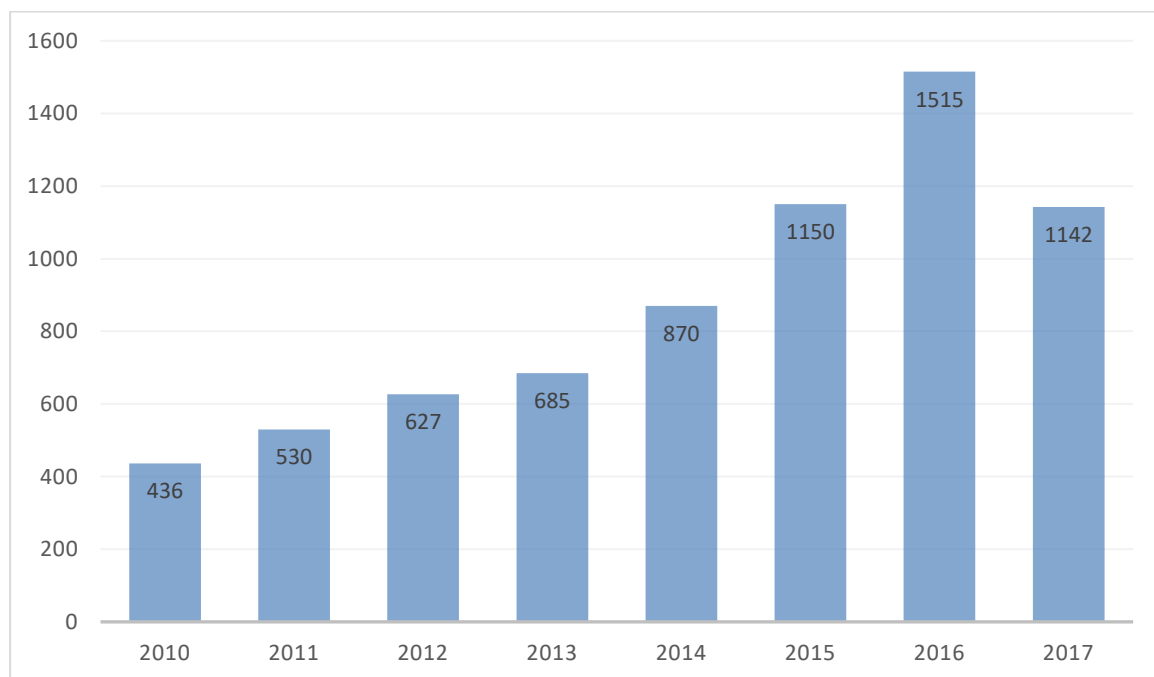
Barnehuset skal tilrettelegge for avhør og medisinske undersøkelser, tilby behandling og oppfølging av målgruppen, og ivareta koordinering av tverrfaglig og tverretattlig samhandling. I tillegg skal barnehuset bidra i faglig utvikling av saksfeltet, samt gi råd og veiledning til offentlige og private aktører (Politidirektoratet, 2016).

Barnehusenes målgruppe og virksomhet rundt tilrettelagte avhør reguleres og følger av Lov om rettergangsmåten i straffesaker av 22. mai 1981 (straffeprosessloven) §§ 239 flg. med tilhørende forskrift om avhør av barn og andre særlig sårbare fornærmede og vitner (tilrettelagte avhør). Barnehusenes virksomhet er videre beskrevet og angitt gjennom nasjonale retningslinjer (Politidirektoratet, 2016). Barnehusenes målgruppe, jr. straffeprosessloven §§ 239 flg., omfatter de som påtalemyndigheten beslutter at det skal tas tilrettelagt avhør av, herunder; Barn og unge opp til 16 år, samt voksne med psykisk utviklingshemming eller annen funksjonsnedsettelse (særlig sårbare), som kan ha vært utsatt for, eller er vitne til, seksuallovbrudd, kjønnslemlestelse, mishandling i nære relasjoner, drap og kroppsskade. Etter påtalemyndighetens vurdering kan det også tas tilrettelagt avhør av barn og unge fra 16 til 18 år som er fornærmet eller vitne i saker som omhandler seksuelle overgrep av nærstående, samt andre innenfor målgruppen i saker som omhandler andre typer straffbare forhold, som for eksempel menneskehandel og kroppskrenkelser. Barnehuset involveres i de tilfeller det foreligger en anmeldelse og påtalemyndigheten beslutter å gjennomføre et tilrettelagt avhør etter straffeprosesslovens regler (Politidirektoratet, 2016).

## Statistikk over gjennomførte avhør ved SBO

Barnehusene har siden oppstarten hatt en årlig økning i antall avhør som gjennomføres og barn som kommer. Ved SBO har utviklingen av gjennomførte avhør etter oppstarten i september 2009 vært som vist i Figur 2.

**Figur 2: Antall gjennomførte avhør av barn og unge ved Statens barnehus Oslo (SBO)**



I 2017 så man for første gang en nedgang i tilrettelagte avhør ved barnehuset i Oslo, noe som omhandlet politireform med sammenslåing av politidistrikter og etablering av nytt barnehus i Moss, og der saker som tidligere ble fulgt opp ved SBO nå er overført til andre barnehus. (Statens barnehus Oslo, 2018).

## Relevant forskning omkring barnehus

Det er foreløpig gjort lite forskning innenfor barnehus i Norge, men noe mer i nordisk sammenheng, og da særlig fra Sverige (Johansson, 2011, 2012; Kaldal, Diesen, Beije, & Diesen, 2010; Landberg & Svedin, 2013; Rasmusson, 2008, 2011; Åström & Rejmer, 2008). De norske barnehusenes organisering og brukernes erfaringer er evaluert (Bakketeig et al., 2012; Stefansen et al., 2012), og nærmere tematisert og analysert (Johansson, Stefansen, Bakketeig, & Kaldal, 2017a; Martinsen, 2017; Pettersen, 2016).



I Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) sin rapport «*Seksuelle overgrep mot barn og unge med innvandrerbakgrunn*», undersøkte man gruppen indirekte gjennom blant annet registerdata fra barnehus og gjorde dybdeintervjuer av barnehusansatte, der målsettingen var å få mer kunnskap om hvorvidt hjelpeinstanser opplever at det er særskilte forhold eller hjelpebehov som gjør seg gjeldende når barn med innvandrerbakgrunn er utsatt for seksuelle overgrep (Holthe, Hauge, & Myhre, 2016). Det eneste som er funnet fra Norge som har noe direkte mål på psykisk helse hos barn ved barnehus, er et pilotprosjekt med tilbud om lavterskel CBT gjennom psykologisk førstehjelp til traumeutsatte barn i barnehus, der alle deltakerne var jenter i alderen 12 – 16 år, og hvor barnas symptomtrykk ble kartlagt før og etter oppfølgingen. Deltakerne viste en samlet reduksjon i traumesymptomer, målt ved Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES), der 80 % skåret over klinisk grenseverdi før behandlingen til 40 % prosent i etterkant (Raknes et al., 2017). I Sverige er det gjort noe mer forskning rundt aktuelle vansker hos barn som har vært i barnehus og fått behandling (Kjellgren, Svedin, & Nilsson, 2013; D. Nilsson, Wadsby, & Svedin, 2008; Thulin & Kjellgren, 2017).

## **1.4 Studien og forskningsspørsmål**

Formålet med studien er å kartlegge traumesymptomer hos barn og unge som kommer til oppfølging ved SBO, etter at de har vært til tilrettelagt avhør i forbindelse med avdekking og politietterforskning av vold og seksuelle overgrep. Fokuset vil være å studere aktuelle traumesymptomer, se på mulige sammenhenger mellom ulike voldseksponering og traumesymptomer, samt se på sammenhengen mellom traumesymptomer og traumerelatert skam og skyld.

I tråd med tidligere forskning som har vist sammenhenger mellom voldseksponering og psykisk helse hos barn og unge (Alisic et al., 2014; Cloitre et al., 2009; Hodges et al., 2013; Trickey et al., 2012), er det forventet at vi finner forhøyede traumesymptomer hos barn utsatt for vold og seksuelle overgrep sammenliknet med et utvalg ikke-eksponerte jevngamle barn og unge. Jenter vil mulig også rapportere større grad av symptomer sammenliknet med gutter (Alisic et al., 2014; Tolin et al., 2006). Det foreligger likevel mindre kunnskap om forskjeller i traumesymptomer på kort og lang sikt. Hvordan vanskene viser seg hos barn kort tid etter avdekking av vold og overgrep er mer uklart.

Aaakvaag et al. (2016) viste i en større norsk prevalensstudie til en gradert sammenheng mellom antall typer voldseksponering, traumerelatert skam og skyld, og traumesymptomer. Selv om dette var en studie blant eldre ungdommer og unge voksne, er det mulig at tilsvarende sammenheng også eksisterer i blant et utvalg barn og ungdom. Ettersom denne studien kartlegger tettere opptil avdekkingsstidspunktet, kan imidlertid bildet se annerledes ut med hensyn til utfall.

**Aktuelle forskningsspørsmål:**

Hvilke traumesymptomer rapporterer barn og unge som kommer til oppfølging ved barnehuset etter tilrettelagt avhør som fornærmet i etterforskning av vold og seksuelle overgrep?

Hvilke sammenhenger er det mellom type voldseksponering og traumesymptomer hos barna?

Hvilke sammenhenger er det mellom grad av voldseksponering, traumesymptomer og traumerelatert skam og skyld hos barna?

# 2 Metode

## 2.1 Prosedyre

Denne studien er en del av forskningsprosjektet *Tidligere og aktuelle helseplager og muligheter for tidligere avdekking av vold, overgrep og omsorgssvikt hos barn som kommer til Statens Barnehus i Oslo*. Prosjektet er forankret i NKVTS sitt femårige forskningsprogram (2014-2019) om vold i nære relasjoner, initiert av Justis- og beredskapsdepartementet (JD) og finansiert av Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD). Det er inngått samarbeidsavtale mellom NKVTS og Oslo Politidistrikt, SBO, om gjennomføring av forskningsprosjektet. Studien er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Sørøst, saksnr.2016/603).

### 2.1.1 Forutsetningene og rekruttering av informanter

Studien er en klinisk observasjonstudie, der respondentgruppen består av barn og unge som har vært til tilrettelagt avhør ved SBO i perioden 01.10.16 – 31.01.18. Deltakerne har i forkant av rekrutteringen takket ja til en frivillig vurderingssamtale ved Barnehuset i etterkant av avhøret, for deretter å samtykke til deltakelse i studien. Andre inklusjonskriterier er at barna og ungdommene er i alderen 10 -18 år, at de har hatt status som fornærmet i saken og har bekreftet vold i avhør, og at det finnes tilgjengelige personer på tidspunktet for vurderingssamtalen med samtykkekompetanse på vegne av barnet. De over 16 år har selv kunnet samtykke til deltakelse. Som følge av ny forskrift om barn mellom 12 og 16 år sin rett til selv å samtykke til deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017), og etter godkjent endring i prosjektet fra REK den 21.11.17, har barn fra 12 år etter dette selv kunne samtykke til deltakelse. Der barn eller pårørende ikke kan kommunisere tilstrekkelig på norsk, ble det oppfordret til å benytte tolk. Eksklusjonskriterier er psykose og suicidalitet, og moderat eller alvorlig psykisk utviklingshemming.

### 2.1.2 Datainnsamlingsmetode og tilgang på datakilder

Innsamling av opplysninger har inngått som en del av kartleggingen som gjøres i en frivillig vurderingssamtale ved barnehuset, og er innhentet av ansatte ved barnehuset som skal følger

opp det enkelte barn. Det er innhentet og samlet opplysninger om tidligere og aktuelle somatiske plager og helsehjelp, aktuelle generelle og traumeassosierte psykiske plager, tidligere erfaringer av andre potensielt traumatiserende hendelser, aktuell opplevd sosial støtte, og traumerelatert skam og skyld. Informasjon om den aktuelle politisaken og hva barna har opplevd av volds- og overgrepserfaringer er registrert i et eget skjema av de ansatte ved barnehuset basert på de opplysninger som er registrert i saken av påtalemyndighet.

## 2.2 Utvalg

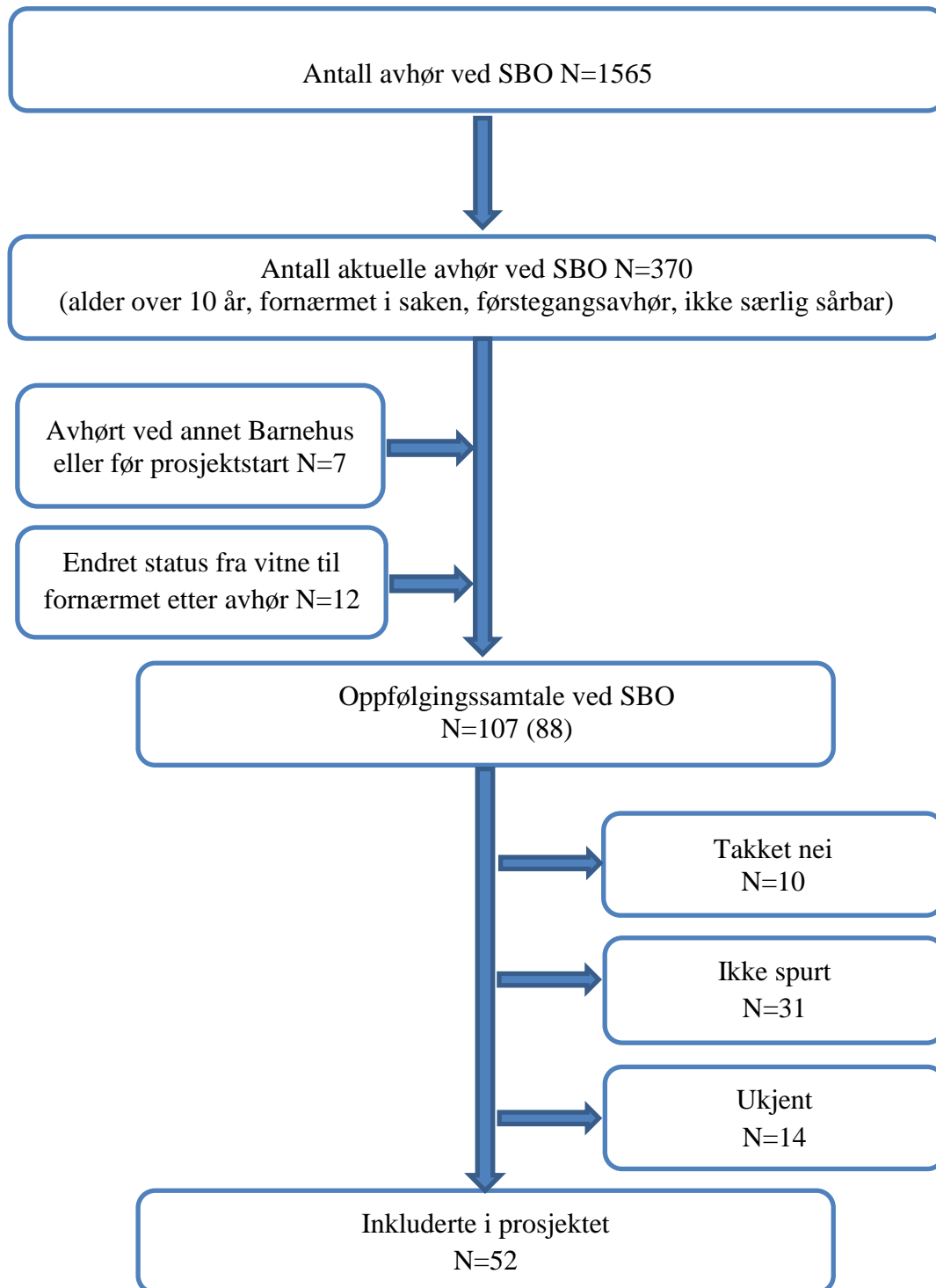
Det ble i perioden 01.10.2016 – 31.01.2018 gjennomført i alt 1565 avhør ved SBO. Av disse var 370 barn i vår angitte målgruppe, dvs. over 10 år med status som fornærmet i saker gjeldende seksuelle overgrep eller vold i familien. Av disse kom 88 av barna tilbake til oppfølgingssamtale ved SBO og var aktuelle for prosjektet. Trettitre av disse barna samtykket til deltakelse i prosjektet. Se figur 3 for flyttdiagram av utvalget med frafall og inklusjon.

Analyser av eventuelle gruppeforskjeller mellom inkluderte og ikke-inkluderte viste ingen kjønnsforskjell mellom de inkluderte (70 % jenter) og ikke-inkluderte med (73 % jenter;  $p=0,76$ ). Det var videre ingen aldersforskjell mellom de inkluderte ( $M=13,5$ ) og ikke-inkluderte ( $M=13,4$ ;  $p=0,742$ ), og ikke noen forskjell i landbakgrunn (ikke-norsk landbakgrunn 58,2 % for de inkluderte og 54,5 % for de ikke-inkluderte;  $p=0,739$ ). Det var videre ikke signifikante forskjeller i sakstyper mellom gruppene ( $p=0,251$ ).

Det var signifikant forskjell mellom gruppene knyttet til relasjon til overgriper, der overgriper var i familie med barna hos 48,5 % av de inkluderte og i 78,2 % av ikke-inkluderte ( $p=0,004$ ).

En sammenlikning av de som kom tilbake for oppfølging versus de som kun var til avhør, viser at det var signifikant flere jenter enn gutter som kom tilbake for oppfølging ved SBO ( $p=0,024$ ). Det var ingen signifikant forskjell i alder ( $p=0,743$ ), landbakgrunn ( $p=0,345$ ) eller relasjon til overgriper. Det var signifikant forskjell i sakstype, med overvekt av de som var utsatt for seksuelle overgrep blant de som kom tilbake ( $p=0,006$ ).

**Figur 3: Flytskjema over utvalget med frafall og inklusjon i prosjektet**



## 2.3 Mål

### 2.3.1 Bakgrunnsvariabler

Kjønn og alder ble registrert. Etnisitet ble målt ved spørsmål om foreldres fødeland, og kategorisert utfra om foreldre er født innen eller utenfor Norden, fordelt på 3 kategorier; *begge foreldre født i Norden, en av foreldrene født i Norden, eller ingen av foreldrene født i Norden.*

Familiestruktur/omsorgssituasjon ble målt gjennom spørsmål med svaralternativene; bor alene, sammen med begge foreldrene, skilte foreldre, fosterhjem, beredskapshjem og barnevernsinstitusjon. For beskrivelser og analyser ble enkelte kategorier slått sammen og inndelt i 3 som følgende; *Bor med begge foreldrene, skilte foreldre og bor utenfor hjemmet* (bor alene, fosterhjem, beredskapshjem og barnevernsinstitusjon).

Relasjon til overgriper ble registrert med alternativene far/stefar, mor/stemor, mor eller fars kjæreste, søsken over og under kriminell lavalder, annen slektning, skoleansatt, annen type tillitsforhold, kjæreste, venn, bekjent, gjerningspersonens ID kjent, ingen relasjon med barnet tidligere, og ukjent gjerningsperson. For nærmere beskrivelser og analyser ble svaralternativene slått sammen og inndelt i to kategorier; *Innenfor familie* (far/stefar, mor/stemor, mor eller fars kjæreste, søsken over og under kriminell lavalder, annen slektning) og *utenfor familie* (skoleansatt, annen type tillitsforhold, kjæreste, venn, bekjent, gjerningspersonens ID kjent, ingen relasjon med barnet tidligere, og ukjent gjerningsperson).

Tidligere hjelpetiltak ble målt med spørsmål rundt tidligere tiltak gjeldende motorikk, språk eller atferd, tiltak fra PPT eller BUP før skolestart, og videre tiltak fra henholdsvis PPT eller BUP etter skolestart. Aktuelle hjelpetiltak ble målt ved spørsmål om oppfølging i dag av følgende tjenester; Fastlege, skolehelsetjeneste, PPT, BUP, barnevern eller annet, med ønske om nærmere spesifisering.

### 2.3.2 Voldseksponering

Voldserfaringene fremkommet fra anmeldelse og barnets forklaring er kategorisert og registrert som; seksuelt overgrep, seksuelt overgrep over nett (internett), fysisk mishandling, psykisk vold, vitne til vold i hjemmet og generell omsorgssvikt/neglekt. Disse ble registrert på et standardisert kartleggings skjema fylt ut av den ansatte ved barnehuset som fulgte barnet i avhør og bistod i den øvrige kartleggingen (vedlegg 3).

For enkelte fenomen ble de ovennevnte kategoriene brukt, mens ved nærmere beskrivelser og analyser ble utvalget delt i kategoriene *Seksuelle overgrep* (SO; seksuelle overgrep og seksuelle overgrep på internett) og *annen vold* (fysisk mishandling, psykisk vold, vitne til vold og generell omsorgssvikt/neglekt). Dette ble gjort med bakgrunn i lavt antall innen flere av eksponeringsgruppene og ut fra et ønske om å inndele i robuste nok grupper til å analysere mulige forskjeller mellom eksponeringsgruppene.

### 2.3.3 Traumesymptomer

Som mål på traumesymptomer ble måleinstrumentet, Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996) benyttet. TSCC er et selvrapporteringsinstrument for å måle posttraumatisk stress og andre traumerelaterte symptomer. TSCC består av 54 påstander, som hver enkelt vurderes på en 4-punkts skala; 0 «aldri», 1 «noen ganger», 2 «ofte» eller 3 «nesten hele tiden», og gir resultater på seks kliniske skalaer; angst, depresjon, sinne, posttraumatisk stress, dissosiasjon og seksuelle bekymringer, samt to validitetskalaer som antyder respondentens responsstil (undersvar og oversvar). TSCC er oversatt til norsk av Annika Melinder (Hogrefe & Melinder, 2012), der gjeldende standardisering og normering ble gjennomført på en populasjon i Linköping, Sverige (D. Nilsson et al., 2008). En undersøkelse blant klinikere og forskere innen traumefeltet utført av *the International Society for Traumatic Stress Studies*, trakk frem TSCC som det mest brukte selvrapporteringsverktøyet blant barn og ungdom (Elhai, Gray, Kashdan, & Franklin, 2005). TSCC er veldokumentert og utprøvd internasjonalt i ulike studier (Butcher, Kretschmar, Lin, Flannery, & Singer, 2014; Butcher, Kretschmar, Singer, & Flannery, 2015; Crouch, Smith, Ezzell, & Saunders, 1999; Jonkman et al., 2013; Lanktree et al., 2008; Lobo et al., 2015; Martinez, Polo, & Zelic, 2014; Matulis et al., 2015; Ruiz, 2016; Sadowski & Friedrich, 2000; Wherry & Dunlop, 2018). I nordisk sammenheng er TSCC særlig benyttet i svenske studier (Aho et al., 2016; Gustafsson,

Nilsson, & Svedin, 2009; D. Nilsson, Gustafsson, & Svedin, 2010; Doris Kristina Nilsson, Per E. Gustafsson, & Carl Göran Svedin, 2012a; Thulin & Kjellgren, 2017).

Beregnet reliabilitet (intern konsistens) for TSCC i denne studien viste Cronbach alpha på 0,94 for hele skalaen. For de kliniske skalaene er de beregnede alpha-verdiene 0,87 (angst), 0,82 (depresjon), 0,88 (sinne), 0,89 (posttraumatisk stress) og 0,82 (dissosiasjon). I denne studien har vi ved fremstilling og analyser ikke inkludert den kliniske skalaen for seksuell bekymring eller underskalaene for dissosiasjon, med bakgrunn i lite utvalg og ut fra at disse skalaene viste en lavere reliabilitet både i den svenske studien (D. Nilsson et al., 2008) og ved beregninger i denne studien.

### **2.3.4 Kartlegging av andre traumeerfaringer**

I tillegg til voldserfaringer tilknyttet det anmeldte forholdet, ble andre tidligere traumeerfaringer kartlagt. Til dette ble det benyttet et kartleggings skjema utviklet ved NKVTS, Kate-B: Kartlegging av andre traumeerfaringer (NKVTS, 2015). KATE er basert på spørsmålene i *The Traumatic Events Screening Inventory for Children* (TESI-C; Ribbe, 1996). Skjemaet inneholder 15 spørsmål med svaralternativene «nei», «ja» eller «pass» (dersom respondenten ikke ønsker å svare på spørsmålet), og hvor det anmodes om å svare ja dersom noe av dette har skjedd med dem hvor de har følt seg redd, forvirret eller hjelpeløs (vedlegg 1). Tidligere traumeerfaringer målt ved KATE omhandler både naturskapte og ikke-intensjonelle menneskeskapte traumeerfaringer, i tillegg til intensjonelle, menneskeskapte traumeerfaringer, definert som vold. Vi har summert antall intensjonelle traumeerfaringer som fremkommer i KATE-B (spørsmålene 6-14 og evt. spørsmål 15 dersom intensjonelt) for å få en oversikt over samlet voldsbelastning hos barna. Ved å samle denne kategorien og legge til det anmeldte hovedforholdet er dette brukt som utgangspunkt for et forsiktig anslag på barnets samlede voldsbelastning, og samsvarer innholdsmessig til begrepet som av flere er avgrenset til og omtalt som *kumulative traumer* (Cloitre et al., 2009; Follette et al., 1996; Hodges et al., 2013).

### **2.3.5 Traumerelatert skam og skyld**

Som mål for traumerelatert skam og skyld er det i denne studien gjort bruk av måleinstrumentet Shame and Guilt After Trauma Scale (SGATS) som ble utviklet ved NKVTS (H. F. Aakvaag et al., 2016). Skalaen inkluderer fire spørsmål om skam og fem



spørsmål om skyld, i tillegg til ett spørsmål om tilbaketrekning fra andre (skampåføring; spørsmål 3) og bebreidelser fra andre (skyldpåføring; spørsmål 7). Alle spørsmålene besvares «nei», «ja, litt» eller «ja, mye». Spørsmål 1-5 omhandler skam, mens spørsmålene 6-11 omhandler skyld (vedlegg 2).

Beregnet reliabilitet ved intern konsistens for SGATS i denne studien, ga en Cronbach alpha på henholdsvis 0,69 for skam (uten skampåføring; spørsmål 3) og 0,74 for skyld (uten skyldpåføring; spørsmål 7). For skalaer som inkluderer spørsmålene 3 og 7, er Cronbach alpha 0,70 (skam) og 0,74 (skyld) i denne studien. Dette er noe lavere reliabilitet enn det som er blitt beregnet i tidligere studie på voksne (Aakvaag et al., 2016).

I fremstilling og analyser av skam og skyld er de to spørsmålene om henholdsvis skam- og skyldpåføring holdt utenfor og ikke inkludert, i likhet med tidligere studier (H. F. Aakvaag et al., 2016; Strøm, Aakvaag, Birkeland, Felix, & Thoresen, 2018). Dette er med bakgrunn i fremvist lavere reliabilitet på disse spørsmålene mot de andre i tidligere studie, og ut fra en antakelse om at den trolig måler noe litt annet da den etterspør forsøksvis ytre påføring av skam og skyld. Spørsmålene kan imidlertid ha relevans for å illustrere påført skam og skyld, og benyttes selv om de ikke inkluderes i summering av opplevd skam og skyld.

## **2.4 Etiske betraktninger og hensyn**

Forskning som involverer barn som er i en sårbar livssituasjon krever nøye etisk overveielse. Alle barna er informert om studien, og om at de har rett til å bli hørt om hvorvidt de ønsker deltakelse. Ingen barn er inkludert mot sin vilje, og de kan trekke seg når som helst uten begrunnelse.

Selv om studier viser at det er svært lav risiko ved å delta i forskning etter å ha opplevd potensielt traumatiserende hendelser (Dos Santos, Jensen, & Ormhaug, 2016; T. K. Jensen, 2012), er det ikke uvanlig at barn eller ungdom som har opplevd vold eller overgrep kan bli urolige eller engstelige av å bli spurt om plager knyttet til det de har opplevd. Det at erfarne fagpersoner ved Barnehuset står for datainnsamlingen er med på å ivareta deltakerne. Informasjon om voldserfaringer i den aktuelle saken under etterforskning ble registrert av den ansatte ved barnehuset som fulgte avhør og bistod i den øvrige kartleggingen, og uten at barna selv ble nærmere spurt. Dette er først og fremst utfra ønske om å skåne barna fra en ytterligere påkjenning, samt ut fra etterforskningshensyn.

Nedre aldersgrense for deltakelse i studien er satt til 10 år fordi vi anså det som viktig å få frem også yngre barns erfaringer. Yngre barns helseplager kan skille seg fra helseplagene til eldre barn (Cook et al., 2005; Hodges et al., 2013; Scheeringa et al., 2011). Samtidig er det rimelig å anta at barn fra 10 år kan forstå at det er frivillig å delta, og at de kan motsette seg dette, og de kan også kunne svare på tilpassede spørsmål om egne reaksjoner. Under vurderingssamtalen vil det uavhengig av forskningsprosjektet kunne komme frem opplysninger som utløser opplysningsplikt til barnevernet eller avvergeplikt. Dette er håndtert av de ansatte ved Barnehuset i tråd med deres rutiner.

Det er i denne sammenheng relevant å opplyse om og reflektere over dobbeltrollen jeg innehar ved at jeg ved siden av arbeidet med prosjektet også er ansatt ved barnehuset og selv har arbeidet med registreringer. Det aktuelle studiedesignet som var avklart før jeg kom inn i prosjektet, med en kvantitativ tilnærming til dataene, kan imidlertid antas å begrense utfordringene og mulighetene som en kvalitativt orientert studie i større grad kunne medført. Klinisk og mer implisitt, lokal kunnskap spiller imidlertid trolig mer inn rundt valg av problemstillinger og diskusjon av funn.

## **2.5 Statistiske analyser**

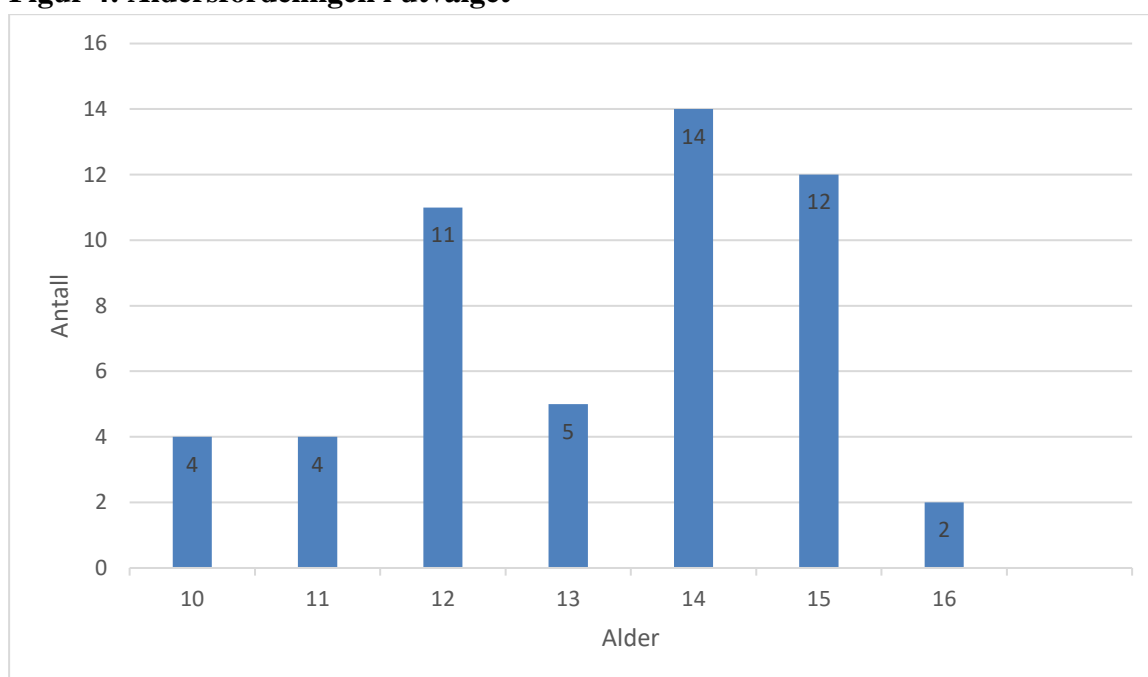
Det er brukt krysstabeller med kji-kvadrat for å undersøke forskjeller mellom kategoriske variabler samt t-tester for å undersøke forskjeller mellom kategorisk uavhengige variabler og kontinuerlige variabler. Ved analyser av forskjeller mellom flere kontinuerlige utfallsvariabler er det brukt enveis variansanalyse, one-way ANOVA. Det er videre gjort Post-Hoc (LSD) analyser for å undersøke gruppeforskjeller. LSD-varianten er valgt fordi den er noe mindre konservativ, og vi utfra vårt begrensede utvalg og statistisk styrke ønsket å begrense type II-feil. Korrelasjoner mellom kontinuerlige variabler er undersøkt ved Pearson korrelasjon, og korrelasjon med kategoriske variabler er undersøkt med ikke-parametrisk korrelasjonsanalyse, Spearmans rho. For nærmere undersøkelse og analyser av korrelasjonene er det gjort multippel regresjon. Det er gjennomgående satt p-verdigrense på 0,05 for vurdering av statistisk signifikansnivå. Sammenlikning med et normmateriale på TSCC (t-test) er gjort i R versjon 3.4.3, mens de øvrige analysene er gjort i IBM SPSS Statistics for Windows, versjon 25.

# 3 Resultater

## 3.1 Oversikt over utvalget og innledende analyser

Antallet respondenter i denne studien ble 52, fordelt på 35 jenter og 17 gutter, og hvor gjennomsnittsalderen var 13,25 år. Aldersfordelingen i utvalget er fremvist i stolpediagram (Figur 4).

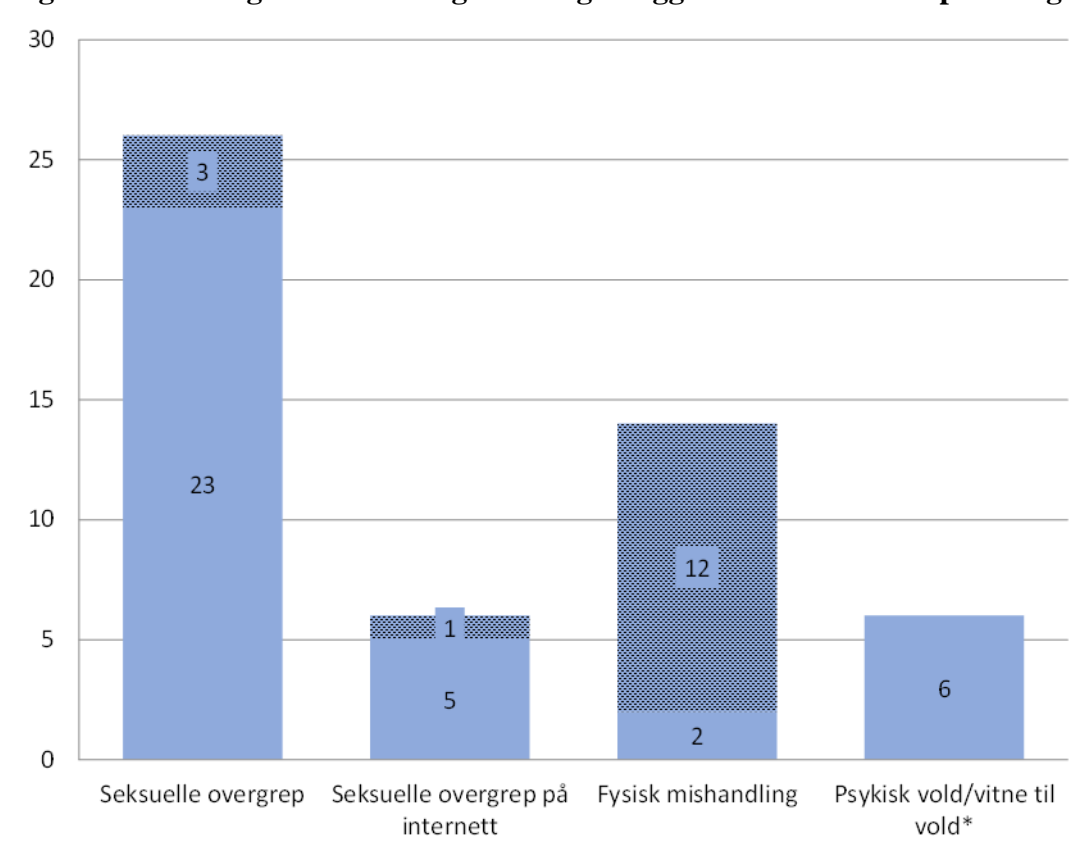
**Figur 4: Aldersfordelingen i utvalget**



### 3.1.1 Typer voldseksponering

De anmeldte og registrerte forholdene er fordelt på hovedkategori av voldseksponering; seksuelt overgrep, seksuelt overgrep over internett, fysisk mishandling, psykisk vold og vitne til vold. Ingen forhold omhandlet generell omsorgssvikt/neglekt primært. Der det var flere voldstyper gjeldende for den enkelte, ble de kategorisert ut fra det mest sentrale, der for øvrig seksuelle overgrep er gitt forrang foran fysisk vold og videre psykisk vold og vitne til vold. Figur 5 viser fordelingen av voldseksponering i utvalget, med søyler fordelt på definert hovedkategori, og andelen med tillegg av andre typer voldseksponering er illustrert med skraver.

**Figur 5: Fordeling av hovedkategoriene og tillegg av annen voldseksponering**



*Note.* \*Grafisk fremstilling på hovedkategori av voldseksponering, som også viser andelen med tillegg av annen type vold med skravering.

Som vist i figur 5, var mange utsatt for flere typer vold i tillegg til kodet hovedkategori. I forholdene som omhandler seksuelle overgrep var de i 3 tilfeller også utsatt for henholdsvis fysisk eller psykisk vold/vitne til vold, eller begge deler. Gruppen utsatt for fysisk mishandling er gruppen som i størst grad også er utsatt for annen vold i tillegg, der psykisk vold og/eller vitne til vold er mest gjennomgående tilleggsbelastning. Hovedgruppen psykisk vold og vitne til vold omhandler 3 av hver kategori, men disse typene vold er i tillegg også aktuelt for 13 av de kodet under annen hovedkategori.

Med bakgrunn i lavt antall respondenter innen flere av de ulike voldskategoriene som vist over, ble voldskategoriene slått sammen til to hovedkategorier for de videre analysene; *Seksuelle overgrep* og *annen vold*. Tabell 1 gir en oversikt over utvalget totalt og forskjeller mellom eksponeringsgruppene *seksuelle overgrep* og *annen vold*.

**Tabell 1: Oversikt over utvalget med forskjeller mellom eksponeringsgruppene**

Type	Totalt (N=52)	Seksuelle overgrep (N=32)	Annen vold (N=20)	Tester	P-verdi
<b>Kjønn</b>				$\chi^2 = 15,42$	<0,001***
Jenter	35	28	7		
Gutter	17	4	13		
<b>Alder</b>				$t(50)=1,76$	0,085
M	13,25	13,56	12,75		
SD	(1,66)	(1,58)	(1,68)		
<b>Relasjon til overgriper</b>				$\chi^2 = 17,75$	<0,001***
Innenfor familie	25	8	17		
Utenfor familie	27	24	3		
<b>Fødeland foreldre</b>				$\chi^2 = 11,80$	0,002**
Begge nordiske	26	22	4		
En fra Norden	14	5	9		
Ingen fra Norden	12	5	7		
<b>Bo- og familiestruktur</b>				$\chi^2 = 6,83$	0,026*
Bor med begge foreldre	16	14	2		
Skilte foreldre	31	15	16		
Bor utenfor hjemmet	5	3	2		
<b>Aktuelle hjelpeinstanser</b>				$\chi^2$	<i>p</i>
Fastlege	18	11	7	0,32	0,546
Skolehelsetjeneste	15	11	4	1,24	0,214
PPT	11	9	2	2,42	0,112
BUP	6	5	1	1,36	0,242
Barnevern	28	14	14	3,03	0,072
Annet <sup>a</sup>	21	11	10	0,95	0,251

Note. <sup>a</sup>Inkl. bl.a. barnehuset, sykehus, overgrepsmottak og andre  
 \* =  $p < 0,05$  \*\* =  $p < 0,01$  \*\*\* =  $p < 0,001$

Vi fant signifikante kjønnsforskjeller mellom de som er utsatt for seksuelle overgrep og annen vold, ved at flere jenter enn gutter kom til avhør etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. Dette bidro også til at andelen jenter var høyere enn andelen gutter i hele utvalget. Med utgangspunkt i et noe lavt totalantall deltakere, og et lavere antall gutter, medførte det små enkeltgrupper som gjør at resultater som omhandler kjønnsforskjeller må tolkes med forsiktighet.

Det var ingen signifikant aldersforskjell mellom hovedgruppene. *Relasjon til overgriper* ble med bakgrunn i lavt antall slått sammen og avgrenset til *innenfor* og *utenfor* familien i presentasjonen og analysene. Det er signifikant flere voldshendelser i nære relasjoner i annen vold kategorien da denne er definert som vold i nære relasjoner. Det var signifikante forskjeller mellom hovedgruppene i utvalget når det gjelder *foreldres fødeland*.

Det var signifikante forskjeller mellom hovedgruppene i utvalget når det gjelder *bo- og familiestruktur*. I forhold til kontakt med hjelpeinstanser var det ikke statistisk signifikante forskjeller mellom hovedgruppene.

### 3.1.2 Omfang av voldseksponering fra anmeldelse og tidligere traumeerfaringer

I tillegg til registrering av voldserfaringer fra anmeldelse og avhør, ble andre potensielt traumatiske erfaringer, inkludert annen vold, kartlagt. Oversikt er fremvist i Tabell 2.

**Tabell 2: Omfang av voldseksponering med forskjeller mellom eksponeringsgruppene**

Type	Totalt (N=52)	Seksuelle overgrep (N=32)	Annen vold (N=20)	Tester <sup>a</sup> $\chi^2$	P- verdi
<b>Antall voldstyper i anmeldte forhold (1-6)</b>				8,26	0,018*
En voldstype	17	14	3		
1 i tillegg	18	12	6		
2+ i tillegg	17	6	11		
<b>Type anmeldt forhold<sup>b</sup></b>				8,37	0,004*
Enkelthendelse	23	19	4		
Gjentatte hendelser	28	12	16		
<b>Tidligere traumeerfaringer (0-15)<sup>c</sup></b>				8,85	0,012*
0	5	0	5		
1-3	25	17	8		
4 +	22	15	7		
<b>Totalt antall kumulative traumer (1-11)<sup>d</sup></b>				3,70	0,317
1	14	6	8		
2	11	7	4		
3	10	6	4		
4 +	17	13	4		

Note. <sup>a</sup>= Pearson kji-kvadrat ( $\chi^2$ ) <sup>b</sup>=Basert på N=51 <sup>c</sup>=Totalt antall rapporterte tidligere traumeerfaringer fra KATE utenom anmeldelse. <sup>d</sup>=Summert det anmeldte forholdet (1) og antall rapporterte tidligere interpersonlige traumeerfaringer (vold) fra KATE (spm. 6-14 + evt. 15).

### 3.1.3 Opplevelse av kartlegging av tidligere traumeerfaringer

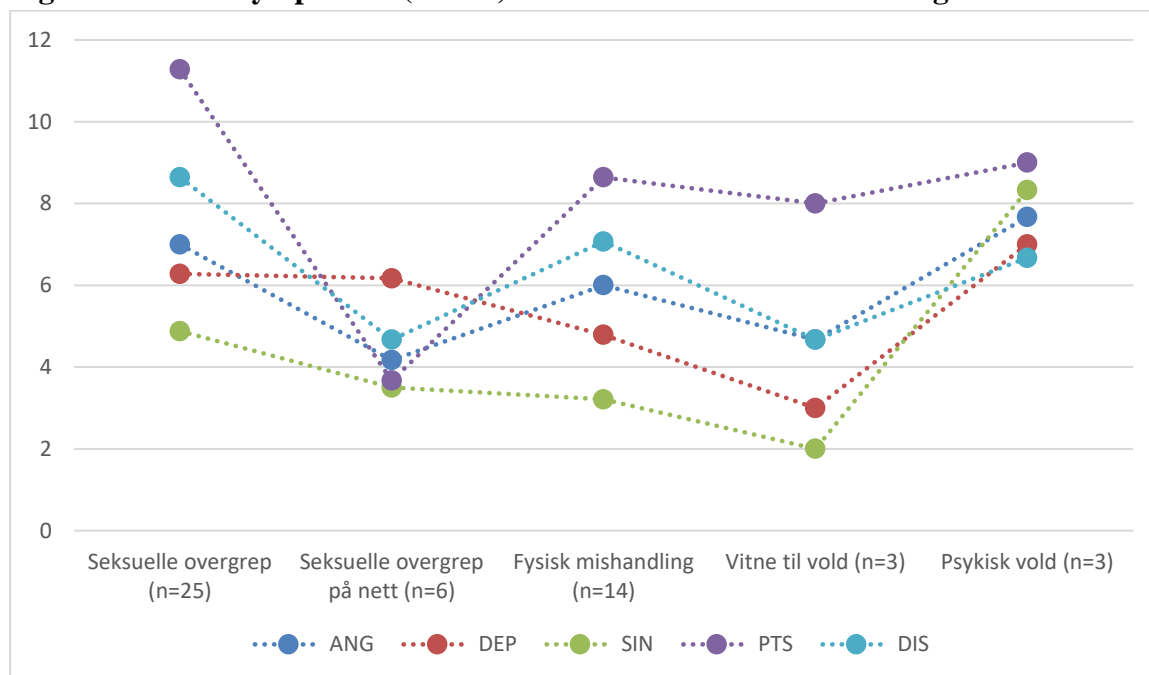
Som et tillegg til KATE rapporterte deltakerne hvorvidt de opplevde utfylling som opprørende eller stressende, på skala 1-7, fra 1 som ikke opprørende/stressende til 7 som veldig opprørende/stressende. Samlet rapporterte deltakerne det som ganske lite opprørende/stressende (M=2,16; SD=1,33), med svar innenfor 1 til 5. Det ble rapportert som noe mer stressende for de utsatt for seksuelle overgrep (M=2,28; SD=1,42) til forskjell for de

utsatt for annen vold (M=1,94; SD=1,16), uten at forskjellene var signifikante. Det var imidlertid kjønnsmessige forskjeller ( $p=0,022$ ) for utvalget samlet, jentene (M=2,40; SD=1,42) og guttene (M=1,60; SD=0,91). Samlet synes jenter utsatt for seksuelle overgrep å oppleve det noe mer stressende å kartlegge tidligere traumeerfaringer.

### 3.1.4 Traumesymptomer

Traumesymptomer målt ved TSCC i denne studien, er fremvist i Figur 6 for de ulike eksponeringsgruppene fordelt på 5 kliniske skalaer; Angst, depresjon, sinne, PTS og dissosiasjon. Denne oversikten viser visuelt en gjennomgående tendens til høyere skårer på traumesymptomer hos de utsatt for seksuelle overgrep, fysisk mishandling og psykisk vold, sammenliknet med de utsatt for seksuelle overgrep på internett og vitne til vold. Dette må imidlertid tolkes med klare forbehold, da skårene er basert på et svært lavt antall respondenter innen flere av gruppene, og det er ikke signifikantestet.

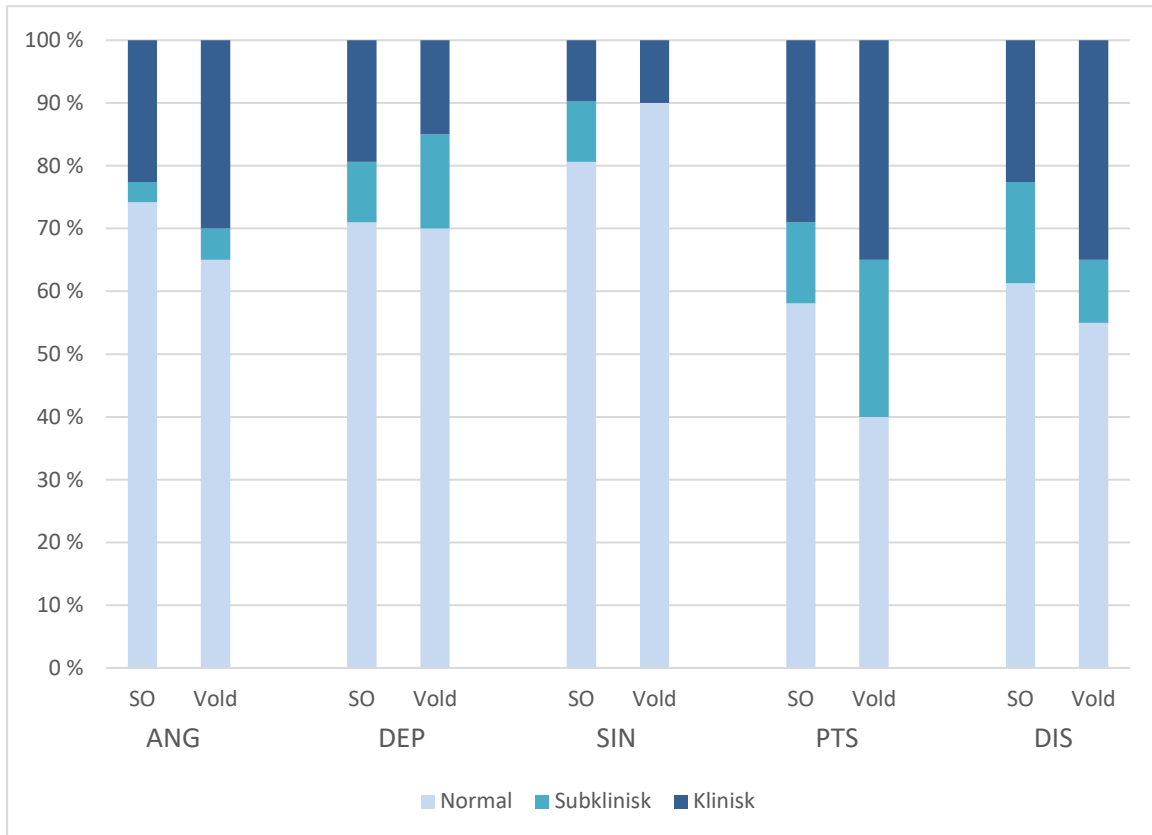
**Figur 6: Traumesymptomer (TSCC) fremvist for de ulike voldskategoriene**



*Note.* Fremvist med gjennomsnittskåre for gruppene på TSCC=Trauma Symptom Checklist for Children, ved kliniske skalaer: ANG=angst, DEP=depresjon, SIN=sinne, PTS=posttraumatisk stress og DIS=dissosiasjon.

Figur 7 viser hvordan traumesymptomer målt ved TSCC for hovedgruppene fordeler seg innenfor normalområde, sub-klinisk område og klinisk forhøyet område for de 5 kliniske skalaene. Det er de amerikanske kliniske grenseverdiene (Briere, 1996) som er benyttet i tråd med anbefalingene fra den norske manualen og den svenske normeringsstudien (Hogrefe & Melinder, 2012; D. Nilsson et al., 2008).

**Figur 7: Traumesymptomer (TSCC) vist for seksuelle overgrep og annen vold**



Note. <sup>a</sup> TSCC=Trauma Symptom Checklist for Children. ANG=Angst, DEP=depresjon, SIN=sinne, PTS=posttraumatisk stress, DIS=dissosiasjon, SO=seksuelle overgrep, Vold=annen vold.

Tabell 3 viser skårene for TSCC på de kliniske skalaene samlet for utvalget og på innenfor de to hovedkategoriene seksuelle overgrep og annen vold. Forskjeller mellom hovedkategoriene ble undersøkt med uavhengige t-tester, og viste ikke signifikant forskjell i symptomtrykk på TSCC mellom gruppen barn som hadde opplevd annen vold sammenliknet med seksuelle overgrep.



**Tabell 3: TSCC-skårer samlet og gruppert for seksuelle overgrep og annen vold**

TSCC <sup>a</sup>	Samlet klinisk utvalg (N=51)		Seksuelle overgrep (N=31)		Annen vold (N=20)		t-tester <sup>b</sup>
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	p
ANG	6,29	(5,36)	6,45	(5,35)	6,05	(5,51)	0,798
DEP	5,71	(4,46)	6,26	(4,52)	4,85	(4,34)	0,272
SIN	4,29	(4,62)	4,61	(4,71)	3,80	(4,56)	0,543
PTS	9,33	(6,19)	9,81	(6,18)	8,60	(6,29)	0,505
DIS	7,39	(4,94)	7,87	(5,13)	6,65	(4,65)	0,384

Note. <sup>a</sup>TSCC=Trauma Symptom Checklist for Children, ANG=Angst, DEP=depresjon, SIN=sinne, PTS=posttraumatisk stress, DIS=dissosiasjon. <sup>b</sup>t-tester av forskjeller mellom *seksuelle overgrep* og *annen vold*

### Analyser av bakgrunnsvariabler og skårer på TSCC

Variablene som i Tabell 1 viste signifikante forskjeller mellom eksponeringsgruppene *seksuelle overgrep* og *annen vold* ble videre sammenliknet mot TSCC for å vurdere om forskjellene fra utvalget også ga utslag symptomskalaene. Enveis ANOVA viste signifikante kjønnsforskjeller på de kliniske skalaene depresjon ( $F(1, 49) = 4,57; p=0,038; \eta^2=0,085$ ) og posttraumatisk stress ( $F(1, 49) = 4,96; p=0,031; \eta^2=0,092$ ). De oppgitte effektstørrelsene her og videre i oppgaven er partiell Eta-kvadrat ( $\eta^2$ ). Med unntak av skårer på skalaen sinne, rapporterte jenter utsatt for seksuelle overgrep signifikant flere symptomer enn guttene (Tabell 4). Dette funnet må imidlertid tolkes med varsomhet siden antallet gutter i denne gruppen var lav ( $n=4$ ). Blant de utsatt for vold var det ikke signifikante kjønnsforskjeller i symptomer.

**Tabell 4: Kjønnsforskjeller i TSCC-skårer fremvist innen voldstype**

TSCC <sup>a</sup>	Seksuelle overgrep (N=31) <sup>b</sup>					Annen vold (N=20)				
	Jenter		Gutter		p	Jenter		Gutter		p
	M	(SD)	M	(SD)		M	(SD)	M	(SD)	
ANG	6,85	(5,61)	3,75	(1,50)	0,029*	7,57	(6,75)	5,23	(4,82)	0,437
DEP	6,81	(4,55)	2,50	(1,73)	0,005**	5,86	(4,98)	4,31	(4,07)	0,496
SIN	4,59	(4,96)	4,75	(2,99)	0,932	2,14	(2,04)	4,69	(5,33)	0,144
PTS	10,70	(6,04)	3,75	(2,99)	0,007**	10,43	(8,24)	7,62	(5,08)	0,433
DIS	8,37	(5,26)	4,50	(2,38)	0,037*	5,29	(4,50)	7,38	(4,74)	0,346

Note. <sup>a</sup>TSCC=Trauma Symptom Checklist for Children, ANG=Angst, DEP=depresjon, SIN=sinne, PTS=posttraumatisk stress, DIS=dissosiasjon. <sup>b</sup>Antall gutter på SO ( $n=4$ ). \* =  $p < 0,05$  \*\*= $p < 0,01$

Korrelasjonsanalyser med TSCC-skårene viste ikke noen sammenheng med alder. Enveis ANOVA viste heller ikke signifikante forskjeller på TSCC-skårer utfra relasjon til overgriper eller foreldres fødeland. Forskjeller i barnas bo- og familiestruktur viste ved ANOVA-analyse en signifikant forskjell for depresjon ( $F(2, 48) = 4,10; p = 0,023; \eta^2 = 0,146$ ), som ved nærmere Post Hoc-analyser (LSD) av gruppeforskjellene viste at forskjellen hovedsakelig lå hos de som bodde *utenfor hjemmet* ( $n=5$ ) sammenliknet med de som hadde skilte foreldre ( $M=5,77; SD=2,03; p=0,007$ ) og de som *bor med begge* foreldrene ( $M=5,40; SD=2,17; p=0,016$ ). Post hoc-analysen viste også signifikante forskjeller på sinne mellom gruppene *utenfor hjemmet* og *skilte* ( $M=4,75; SD=2,17; p=0,033$ ) med høyest skåre for barn som bor eller er plassert utenfor hjemmet.

### 3.1.5 Traumerelatert skam og skyld

Studien viste at en betydelig andel barn strevde med skam og skyld forbundet med at de var utsatt for seksuelle overgrep og/eller annen vold. Tabell 5 viser andelen i prosent som angir skam på de ulike spørsmålene (svaralternativene «ja, litt» og «ja, mye» er slått sammen). Tabell 6 viser tilsvarende fremstilling for skyld forbundet med vold og seksuelle overgrep.

**Tabell 5: Skam forbundet med vold og seksuelle overgrep<sup>a</sup>**

Voldskategori (N=52)	Bekymret for hva andre kan tenke om deg	Prøvd å skjule det	Skammet deg over det	Sett ned på deg selv
	%	%	%	%
<b>Seksuelle overgrep (n=26)</b>	73,1	73,3	76,9	50,0
<b>Seksuelle overgrep på internett (n=6)</b>	83,3	83,3	50,0	16,7
<b>Fysisk mishandling (n=14)</b>	35,7	78,6	50,0	35,7
<b>Psykisk vold/vitne til vold (n=6)</b>	66,7	66,7	33,3	16,7

Note. <sup>a</sup>«Ja, litt» og «Ja, mye» sammenslått

Flere rapporterte også å ha opplevd at andre har trukket seg vekk fra dem, der dette er mest gjeldende for de utsatt for seksuelle overgrep på internett med 33,3 % og for 26,9 % av de

utsatt for seksuelle overgrep, mens 21,4 % av de utsatt for fysisk mishandling rapporterte tilsvarende. Ingen av de som var utsatt for psykisk vold eller er vitne til vold rapporterte dette.

**Tabell 6: Skyld forbundet med vold og seksuelle overgrep<sup>a</sup>**

Voldskategori (N=52)	Bebreidet deg selv	Skulle ha forhindret det	Skulle ha gjort noe annerledes	Gjorde noe galt	Hatt skyld- følelse
	%	%	%	%	%
<b>Seksuelle overgrep (n=26)</b>	76,9	73,1	69,2	61,5	53,8
<b>Seksuelle overgrep på internett (n=6)</b>	33,3	50,0	50,0	50,0	50,0
<b>Fysisk mishandling (n=14)</b>	35,7	57,1	42,9	64,3	42,9
<b>Psykisk vold/vitne til vold (n=6)</b>	16,7	50,0	33,3	0,0	16,7

Note.<sup>a</sup>«Ja, litt» og «Ja, mye» sammenslått

I tillegg rapporterte flere å ha opplevd at andre har klandret dem for noe av det som skjedde. Dette var særlig gjeldende for de utsatt for seksuelle overgrep med 46,2 % og 33,3 % for de utsatt for seksuelle overgrep på internett, mens 28,6 % av de utsatt for fysisk mishandling også rapporterte dette. Ingen av de utsatt for psykisk vold eller som var vitne til vold rapporterte imidlertid dette.

Deltakerne utsatt for seksuelle overgrep rapporterte gjennomgående høyere traumerelatert skam og skyld enn de utsatt for annen vold, fremvist i tabell 7 ved summert gjennomsnittsverdi (0-2) og forskjeller mellom gruppene.

**Tabell 7: Rapportert skam og skyld for gruppene seksuelle overgrep og annen vold**

Seksuelle overgrep (N=32)		Annen vold (N=20)		95 % CI	T-tester	
SGATS	M	SD	M	SD	CI	P
<b>Skyld</b>	0,900	0,554	0,480	0,375	0,161 – 0,679	0,002**
<b>Skam</b>	0,945	0,538	0,700	0,599	- 0,088 – 0,578	0,144

Note. SGATS=Shame and Guilt After Trauma Scale (ikke i det hele tatt=0, ja, litt =1 og Ja, mye=2).

\* = p < 0,05 \*\*=p < 0,01

## Analyser av bakgrunnsvariabler og rapportert traumerelatert skam og skyld

Variablene som viste signifikante forskjeller mellom eksponeringsgruppene *seksuelle overgrep* og *annen vold*, vist i Tabell 1, ble videre sammenliknet mot SGATS for å vurdere om forskjellene fra utvalget også fulgte utfallsvariablene på skam og skyld. Enveisanalyse ANOVA, for henholdsvis skam og skyld viste ikke signifikante forskjeller utfra verken relasjon til overgriper, foreldres fødeland, familiestruktur eller antall voldstyper i anmeldelse. Det var imidlertid signifikante kjønnsforskjeller for både skam ( $F(1, 50) = 3,23; p=0,002; \eta^2=0,173$ ) og skyld ( $F(1, 50) = 3,87; p<0,001; \eta^2=0,230$ ). Det var ingen aldersmessig sammenheng, korrelasjon, med verken grad av skam eller skyld.

Tabell 8 viser hvordan kjønnsforskjeller i opplevd skam og skyld fordeler seg innenfor totalutvalget og også innenfor seksuelle overgrep og annen vold.

**Tabell 8: Rapportert skam og skyld fremvist med kjønnsforskjeller innenfor voldstype<sup>b</sup>**

	Skam					Skyld				
	Jenter		Gutter		<i>p</i>	Jenter		Gutter		<i>p</i>
	M	(SD)	M	(SD)		M	(SD)	M	(SD)	
<b>SGATS<sup>a</sup></b>										
<b>Samlet</b>										
(N=52)	1,014	(0,585)	0,515	(0,359)	0,002**	0,914	(0,514)	0,377	(0,360)	<0,001**
<b>SO</b>										
(N=32)	1,018	(0,527)	0,438	(0,315)	0,022*	0,993	(0,515)	0,250	(0,379)	0,019*
<b>Vold</b>										
(N=20)	1,000	(0,829)	0,539	(0,380)	0,203	0,600	(0,400)	0,415	(0,360)	0,330

Note. <sup>a</sup> Skam og skyld målt ved SGATS (Shame and Guilt After Trauma Scale), og fremvist ved summert gjennomsnittsverdi (0-2; ikke i det hele tatt=0, ja, litt =1 og Ja, mye=2). <sup>b</sup> fremvist ved kjønnsforskjeller innenfor hovedkategori av eksponering. SO=seksuelle overgrep, Vold=annen vold. Testet ved uavhengige t-tester med oppgitte p-verdi.

\* =  $p < 0,05$  \*\*= $p < 0,01$

## 3.2 Traumesymptomer i utvalget sammenliknet med normativt utvalg

Traumesymptomer målt ved TSCC, viste i denne studien med unntak av skårer på skalaen sinne, at barn utsatt for seksuelle overgrep eller annen vold hadde signifikant flere symptomer målt mot det svenske normeringsutvalget (Tabell 9) som er gjeldende for den norske manualen (Hogrefe & Melinder, 2012; D. Nilsson et al., 2008). Utvalget utsatt for seksuelle overgrep skilte seg tilsvarende fra normativt utvalg (Tabell 10), mens de utsatt for annen vold hadde noe lavere symptomskårer og skilte seg signifikant fra normutvalget på færre symptomskalaer (Tabell 11).

**Tabell 9: TSCC-skårer fra studiens utvalg sammenliknet med normativt utvalg**

TSCC <sup>a</sup>	Samlet klinisk utvalg (N=51)		Normativt utvalg <sup>b</sup>		T-tester
	M	(SD)	M	(SD)	<i>p</i>
ANG	6,29	(5,36)	4,07	(3,31)	< 0,001**
DEP	5,71	(4,46)	4,02	(3,82)	0,011*
SIN	4,29	(4,62)	4,04	(5,41)	0,709
PTS	9,33	(6,19)	5,05	(4,02)	< 0,001**
DIS	7,39	(4,94)	4,33	(5,77)	< 0,001**

*Note.* <sup>a</sup>TSCC=Trauma Symptom Checklist for Children, ANG=Angst, DEP=depresjon, SIN=sinne, PTS=posttraumatisk stress, DIS=dissosiasjon.

<sup>b</sup>Normativt utvalg (N=728) er hentet fra den svenske studien (D. Nilsson et al., 2008)

\* =  $p < 0,05$  \*\* =  $p < 0,001$

**Tabell 10: TSCC-skårer ved seksuelle overgrep sammenliknet med normativt utvalg**

TSCC <sup>a</sup>	Seksuelle overgrep (N=31)		Normativt utvalg <sup>b</sup>		T-tester
	M	(SD)	M	(SD)	<i>p</i>
ANG	6,45	(5,35)	4,07	(3,31)	0,020*
DEP	6,26	(4,52)	4,02	(3,82)	0,011*
SIN	4,61	(4,71)	4,04	(5,41)	0,514
PTS	9,81	(6,18)	5,05	(4,02)	< 0,001**
DIS	7,87	(5,13)	4,33	(5,77)	< 0,001**

*Note.* <sup>a</sup>TSCC=Trauma Symptom Checklist for Children, ANG=Angst, DEP=depresjon, SIN=sinne, PTS=posttraumatisk stress, DIS=dissosiasjon.

<sup>b</sup>Normativt utvalg (N=728) er hentet fra den svenske studien (D. Nilsson et al., 2008)

\* =  $p < 0,05$  \*\* =  $p < 0,001$

**Tabell 11: TSCC-skårer ved annen vold sammenliknet med normativt utvalg**

	Annen vold (N=20)		Normativt utvalg <sup>b</sup>		T-tester
SKALA <sup>a</sup>	M	(SD)	M	(SD)	<i>p</i>
ANG	6,05	(5,51)	4,07	(3,31)	0,126
DEP	4,85	(4,34)	4,02	(3,82)	0,408
SIN	3,80	(4,56)	4,04	(5,41)	0,820
PTS	8,60	(6,29)	5,05	(4,02)	0,021*
DIS	6,65	(4,65)	4,33	(5,77)	0,040*

Note. <sup>a</sup>TSCC=Trauma Symptom Checklist for Children, ANG=Angst, DEP=depresjon, SIN=sinne, PTS=posttraumatisk stress, DIS=dissosiasjon.

<sup>b</sup>Normativt utvalg (N=728) er hentet fra den svenske studien (D. Nilsson et al., 2008)

\* =  $p < 0,05$  \*\* =  $p < 0,001$

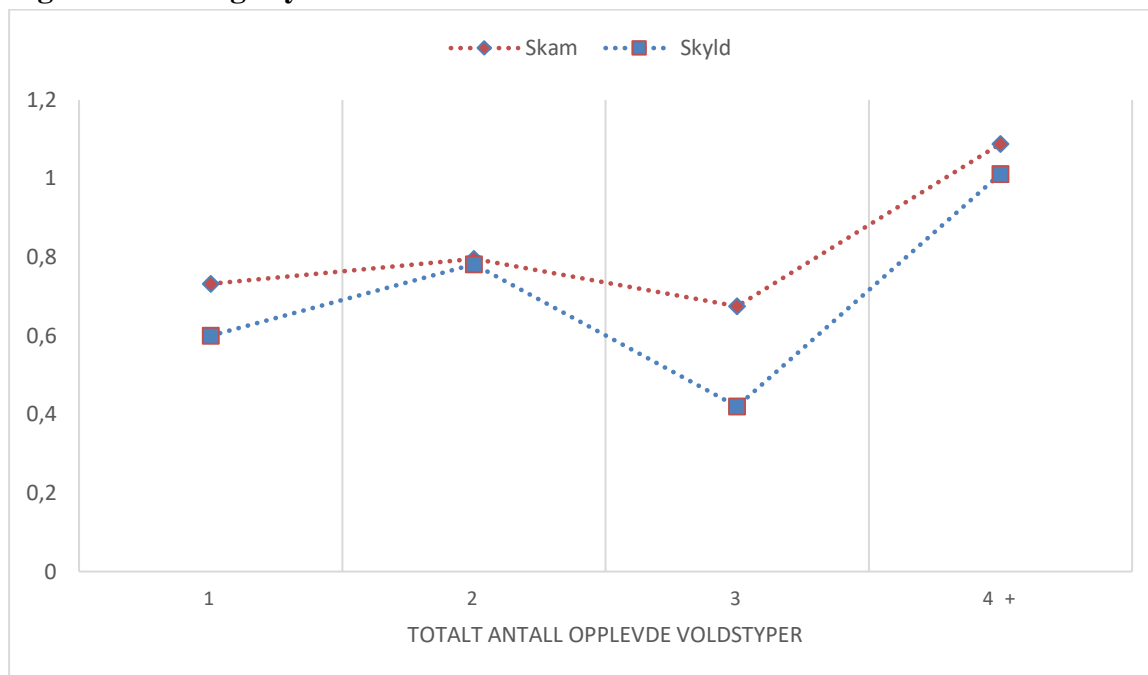
### 3.3 Forholdet mellom traumesymptomer og voldseksponering ved enkeltfaktorer og omfang

Selv om hovedgruppene *seksuelle overgrep* og *annen vold* ikke viste forskjeller i symptomer på TSCC, så er dette sammenslåtte kategorier som inneholder noe ulike voldstyper med ulike symptomer, hvor imidlertid flere har et lavt antall og vanskelig kan analyseres nærmere, jfr. Figur 6. Enkelte kategorier hadde imidlertid et større antall og var nærliggende å undersøke nærmere. Sammenliknet mot de øvrige voldskategoriene samlet ( $n=25$ ), viste enkeltkategorien av de utsatt for seksuelle overgrep ( $n=26$ ; uten de utsatt på internett) gjennomsnittlig høyere skårer på de kliniske skalaene til TSCC, med signifikant høyere symptomer på posttraumatisk stress ( $F(1, 49) = 4,50$ ;  $p = 0,039$ ;  $\eta^2 = 0,084$ ).

Enkeltfaktorer tilknyttet type og alvorlighet av voldseksponering syntes også å vise forskjeller i traumesymptomer målt ved TSCC. Det er viktig å merke seg at for flere av disse enkeltfaktorene var gruppene små, og resultatene må tolkes med varsomhet. Enveis ANOVA-analyse viste at de som har fått fysiske skader ved seksuelle overgrep ( $n=5$ ) skåret signifikant høyere på depresjon ( $F(1, 21) = 5,18$ ;  $p = 0,033$ ;  $\eta^2 = 0,198$ ) sammenliknet med de øvrige utsatt for seksuelle overgrep ( $n=23$ ). Tilsvarende syntes skader ved fysisk mishandling og type vold som brennmerker, å gi høyere skårer på TSCC, men hvor lavt antall i gruppene ikke gjorde det mulig å analysere dette nærmere.

Det ble gjort analyser for å undersøke forskjeller i henholdsvis traumesymptomer på TSCC og rapportert skam og skyld ved SGATS utfra omfang av opplevde voldstyper, med utgangspunkt i variabler og gruppering som fremvist i Tabell 2. Enveis ANOVA viste verken forskjeller i traumesymptomer eller grad av skam og skyld når det gjaldt antall voldstyper fra anmeldelse eller ved skille på om anmeldelsen omhandlet enkelthendelse eller gjentatte hendelser. Ved analyse av forskjeller rapportert utfra totalt antall tidligere traumeerfaringer på KATE-B, var det ikke signifikante forskjeller utenom på depresjon ( $F(2, 48) = 3,27$ ;  $p=0,047$ ;  $\eta^2=0,120$ ). Nærmere post hoc-analyser (LSD) viste at gruppeforskjellen lå mellom de utsatt for 4 eller flere tidligere traumeerfaringer og de uten tidligere traumeerfaringer ( $M=5,04$ ;  $SD=2,12$ ;  $p=0,022$ ). Analyse utfra totalt antall kumulative traumer (KT) viste en sammenheng mellom rapportert skyld og skam og voldens omfang (se Tabell 12).

**Figur 8: Skam og skyld fremvist ut fra totalt antall kumulative traumer**



Som det fremkommer i Tabell 12, og fremvist visuelt i Figur 8 for skam og skyld, er det i denne studien altså ingen lineær sammenheng mellom omfang av voldseksponering og grad av traumesymptomer, skam og skyld. Det er imidlertid signifikant større grad av depresjon, sinne, posttraumatisk stress og skyld hos de i utvalget som fra anmeldelse og tidligere erfaringer er utsatt for fire voldstyper eller flere til forskjell fra de som er utsatt for én.

**Tabell 12: Rapporterte traumesymptomer (TSCC) og skam og skyld (SGATS) utfra totalt antall kumulative traumer**

	<b>Totalt antall kumulative traumer (KT)</b>								<b>post hoc (p)</b>						
	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>4 +</b>		<b>F(3/47)</b>		<b>Eta<sup>2</sup></b>	<b>Antall kumulative traumer (KT)<sup>a</sup></b>			
	<b>M</b>	<b>(SD)</b>	<b>M</b>	<b>(SD)</b>	<b>M</b>	<b>(SD)</b>	<b>M</b>	<b>(SD)</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>η<sup>2</sup></b>	<b>1<sup>a</sup></b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 +</b>
<b>TSCC</b>															
ANG	4,93	(3,45)	7,18	(4,19)	3,70	(2,54)	8,50	(7,60)	2,24	0,096	0,125	-	0,285	0,569	0,065
DEP	4,14	(3,39)	5,55	(3,96)	4,00	(3,97)	8,25	(5,03)	3,17	0,033*	0,168	-	0,411	0,935	0,010*
SIN	2,57	(1,99)	2,18	(1,72)	3,40	(3,20)	7,81	(6,32)	6,02	0,001**	0,278	-	0,812	0,624	0,001**
PTS	7,86	(5,11)	7,36	(2,69)	7,40	(5,02)	13,19	(7,87)	3,48	0,023*	0,182	-	0,833	0,849	0,015*
DIS	6,36	(4,14)	6,91	(4,13)	5,80	(3,16)	9,63	(6,39)	1,76	0,169	0,101	-	0,778	0,782	0,071
<b>SGATS</b>															
Skam	0,73	(0,68)	0,80	(0,33)	0,68	(0,62)	1,08	(0,54)	1,42	0,203	0,091	-	0,782	0,808	0,101
Skyld	0,60	(0,57)	0,78	(0,41)	0,42	(0,55)	0,99	(0,45)	3,08	0,023*	0,179	-	0,239	0,387	0,039*

*Note.* <sup>a</sup> Antall rapporterte kumulative traumer (KT), der 1 KT her er brukt som referanseverdi. η<sup>2</sup>=Partiell Eta-kvadrat fremvist.

TSCC= Trauma Symptom Checklist for Children, ANG=Angst, DEP=depresjon, SIN=sinne, PTS=posttraumatisk stress, DIS=dissosiasjon, SGATS=Shame and Guilt After Trauma Scale

\* = p < .05 \*\* = p < .01



### 3.4 Sammenhenger mellom voldseksponering, traumesymptomer, skam og skyld

For å vurdere nærmere sammenhenger mellom voldseksponering, skam, skyld og traumesymptomer, ble det gjort en korrelasjonsanalyse utfra totalt antall kumulative traumer som mål for omfang av voldseksponering, skam og skyld fra SGATS og traumesymptomer ved fem kliniske skalaer fra TSCC (Tabell 13).

#### 3.4.1 Korrelasjon mellom voldseksponering, skam, skyld og traumesymptomer

**Tabell 13: Korrelasjon mellom voldseksponering (KT), skam, skyld og traumesymptomer**

	KT	Skam	Skyld	ANG	DEP	SIN	PTS
KT	1	-	-	-	-	-	-
Skam	0,271	1	-	-	-	-	-
Skyld	0,317*	0,663***	1	-	-	-	-
TSCC	-	-	-	-	-	-	-
- ANG	0,162	0,366**	0,324*	1	-	-	-
- DEP	0,306*	0,677***	0,581***	0,522***	1	-	-
- SIN	0,438**	0,397**	0,404**	0,249	0,472***	1	-
- PTS	0,293*	0,529***	0,439**	0,583***	0,586***	0,385**	1
- DIS	0,182	0,484***	0,526***	0,578***	0,679***	0,444**	0,626***

*Note.* KT=Samlet antall kumulative traumer, TSCC= Trauma Symptom Checklist for Children, SGATS=Shame and Guilt After Trauma Scale, ANG=Angst, DEP=Depresjon, SIN=Sinne, PTS=Posttraumatisk stress, DIS=Dissosiasjon. Korrelasjoner med Spearmans rho koeffisient. \* =  $p < 0,05$  \*\* =  $p < 0,01$  \*\*\*= $p < 0,001$

Analysen viste signifikante medium positive sammenhenger mellom voldseksponering (målt ved antall kumulative traumer) og henholdsvis skyld, depresjon og sinne, og liten til medium positiv sammenheng med posttraumatisk stress. Skam og skyld viste begge signifikante, medium til store sammenhenger mellom hverandre og alle de kliniske skalaene på TSCC. Sammenhengene mellom de kliniske skalaene på TSCC var alle signifikante og medium til store, med unntak av sammenhengen mellom sinne og angst som viste seg liten og ikke signifikant.

### **3.4.2 Regresjonsanalyse av TSCC-skårer og sammenhenger med kjønn, voldseksponering, skam og skyld**

For å undersøke nærmere de viste sammenhengene, ble det gjort multiple regresjoner for de signifikante sammenhengene vist mellom omfang av eksponering og utfallsvariablene fra TSCC; depresjon, sinne og PTS (Tabell 14). Regresjonene viste hvordan beskrevne kjønnsforskjeller for depresjon og PTS ikke lengre var signifikante etter justering for kumulative traumer, skyld og skam. For sinne var det imidlertid motsatt der kjønnsforskjellene ble styrket med en negativ effekt etter justering, hvor man så at for guttene som hadde opplevd fire eller flere kumulative traumer så hadde det en negativ sammenheng og var assosiert med betydelig mer rapportert sinne og skam. Sammenhengene med omfang av ulike typer traumer, kumulative traumer, viste gjennomgående at de utsatt for fire eller flere voldserfaringer hadde høyere traumesymptomer, men denne sammenhengen ble svekket med introduksjon av skyld og skam i regresjonen, der særlig skam syntes å virke inn. Ved regresjon der skyld ble tatt inn alene uten skam i modell 3, viste skyld å være signifikante for depresjon ( $\beta=3,53$ ;  $p=0,006$ ) og sinne ( $\beta=2,69$ ;  $p=0,037$ ), men ikke for PTS ( $\beta=3,06$ ;  $p=0,087$ ), mens ingen av de var lengre signifikante etter at skam ble introdusert.

**Tabell 14: Regresjonsanalyse av TSCC-skårer og assosiasjoner med kjønn, voldsomfang (KT), skam og skyld**

	Depresjon			Sinne			Posttraumatisk stress		
	$\beta$	CI	p	$\beta$	CI	p	$\beta$	CI	p
<b><u>Modell 1</u></b>									
Kjønn <sup>1</sup>	2,74	0,163 – 5,31	0,001**	-0,62	-3,40 – 2,16	0,657	3,94	0,385 – 7,50	<0,001**
<b><u>Modell 2</u></b>									
Kjønn	2,40	-0,02 – 4,90	0,052	-1,24	-3,68 – 1,21	0,314	3,33	-0,04 – 6,69	0,052
<b>KT<sup>2</sup></b>									
2 - 3	1,02	-1,82 – 3,86	0,475	0,01	-2,80 – 2,83	0,992	-0,01	-3,88 – 3,88	>0,999
4 +	4,02	1,03 – 7,01	0,009**	5,29	2,32 – 8,25	<0,001**	5,21	1,13 – 9,30	0,014*
<b><u>Modell 3</u></b>									
Kjønn	0,78	-2,32 – 2,47	0,623	-2,79	-5,49 - -0,09	0,043*	1,12	-2,48 – 4,71	0,534
<b>KT<sup>2</sup></b>									
2 - 3	0,64	-1,77 – 3,06	0,594	-0,23	-2,96 – 2,49	0,863	-0,35	-3,97 – 3,28	0,848
4 +	2,32	-0,36 – 5,00	0,087	4,15	1,13 – 7,17	0,008**	3,64	-0,38 – 7,66	0,075
<b>Skyld</b>	1,35	-1,27 – 3,97	0,304	1,35	-1,27 – 3,97	0,304	0,60	-3,33 – 4,53	0,761
<b>Skam</b>	3,63	1,35 – 5,91	0,002**	3,63	1,35 – 5,91	0,002**	4,10	0,98 – 7,53	0,020*

Note. TSCC= Trauma Symptom Checklist for Children. <sup>1</sup> Viser for jenter, der gutter her brukes som referanseverdi.

<sup>2</sup> KT (kumulative traumer; totalt rapporterte antall opplevde interpersonlige voldstyper) der 1 er referanseverdi, sammenslått og gruppert med kategorier for 2–3 og for 4 eller flere.

\* = p < 0,05 \*\* = p < 0,01

## 4 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke traumesymptomer, sammenhenger mellom voldseksposering og rapporterte traumesymptomer, og videre sammenhenger mellom traumesymptomer og traumerelatert skam og skyld, hos barn og unge som kommer tilbake for oppfølging ved SBO i etterkant av å ha vært til tilrettelagt avhør som fornærmet i etterforskning av vold og overgrepssaker. Hovedfunnene i studien vil i det følgende bli oppsummert og diskutert nærmere.

### 4.1 Rapporterte traumesymptomer hos barna

Denne studien bekrefter tidligere funn om at barn og unge utsatt for vold og overgrep rapporterer flere psykiske vansker enn barn uten slike erfaringer i oppveksten, her vist ved sammenlikning med et normalutvalg. Der det ikke var signifikant forskjell når man sammenliknet de som hadde opplevd seksuelle overgrep med de som hadde opplevd fysisk og psykisk vold, så var det imidlertid signifikante kjønnsforskjeller innenfor gruppen som er utsatt for seksuelle overgrep, der jentene rapporterer høyere symptomer på alle de kliniske skalaene. Omfang av traumerelatert skam og skyld, som vil bli diskutert nærmere senere, synes å være av sentral betydning her.

Utvalget i denne studien viste gjennomsnittlig lavere skårer på TSCC enn det svenske kliniske utvalget i normeringsstudien (D. Nilsson et al., 2008). Dette er utvalg som er sammenlignbare på enkelte områder, for eksempel ved at de begge er kliniske utvalg med unge som har bekreftet å være voldsutsatt, hvor de har kommet for oppfølging og hvor TSCC er fylt ut før påbegynt behandling. Utvalgene er imidlertid forskjellig med hensyn til kjønnsfordeling, der andelen jenter var høyere i det svenske utvalget, og ut fra type voldseksposering. Den svenske studien rekrutterte sitt kliniske utvalg blant pasienter innen en spesialisert barne- og ungdomspsykiatrisk traumepoliklinikk, der alle hadde vært utsatt for seksuelle overgrep med eller uten fysisk vold i tillegg. Dette skiller seg noe fra vårt utvalg som er mer heterogent med hensyn til voldseksposering. Gitt funn i vår studie der jentene skårer gjennomgående høyere på TSCC, og særlig blant de utsatt for seksuelle overgrep, peker dette på mulige bidrag til forskjeller mellom utvalgene i symptomtrykk. Videre forklares nok mye utfra denne studiens selekterte utvalg. Oppfølging ved barnehuset skal som hovedregel ikke overta for behandling i spesialisthelsetjenesten (Barne- og ungdomspsykiatrien; BUP), men være et tilbud til de som ønsker det og som ikke har annet tilbud. Det betyr at man ved barnehuset i hovedsak gir oppfølging til en «mellom-gruppe» når det kommer til symptomtrykk. En andel barn eller deres

foresatte opplever ikke noe behov for eller ønsker ikke oppfølging og velger det vekk, mens en del med særlig symptomtrykk allerede kan være i behandling ved BUP eller bli akutthenvist med eller uten bistand fra barnehuset. Denne sistnevnte gruppen med et særlig høyt symptomtrykk er dermed i mindre grad i oppfølging ved barnehuset, og dermed ikke like aktuell for denne studien. Dette kan forklare noe av forskjellene mellom funn fra denne og liknende studier i Sverige.

Til tross for studiens nevnte avgrensning i utvalg, der mange av de med høyest symptomtrykk ikke kommer tilbake for oppfølging ved barnehuset, viser studien at mange av deltakerne rapporterer et betydelig symptomtrykk. Om man slår sammen de forhøyede skårene på sub-klinisk og klinisk område, ser vi at så mange som 60 % av de voldsutsatte og 42 % av de utsatt for seksuelle overgrep rapporterer forhøyede skårer på PTS-skalaen. For skalaen dissosiasjon rapporterer tilsvarende 45 % av de voldsutsatte og i underkant av 40 % av de utsatt for seksuelle overgrep forhøyede skårer, mens det for skalaene angst og depresjon er mer likt med om lag 30 % forhøyede skårer. For skalaen sinne er det gjennomgående lavere skårer med om lag 10 % for de utsatt for annen vold og høyest med om lag 20 % for de utsatt for seksuelle overgrep. Med unntak av nevnte skala for sinne, viser de utsatt for annen vold en større andel av forhøyede skårer enn de utsatt for seksuelle overgrep på alle kliniske skalaer. Forskjellen er imidlertid liten for de fleste, men illustrerer at det i vår studie ikke synes å være slik som mange tidligere studier har vist og hevdet, at det nødvendigvis er større symptomtrykk forbundet med å være utsatt for seksuelle overgrep.

Barna som bodde utenfor hjemmet viste å ha signifikant høyere symptomer på depresjon og sinne sammenliknet med de barna som bodde med en eller begge av foreldrene sine, og synes å være i en særlig vanskelig situasjon. Det gjaldt imidlertid en liten gruppe (n=5) slik at funnene må tolkes med varsomhet.

## **4.2 Forholdet mellom voldseksponering og traumesymptomer hos barna**

Der man ikke fant forskjeller i traumesymptomer rapportert ved TSCC mellom gruppene utsatt for seksuelle overgrep og annen vold, var det imidlertid forskjell utfra omfang av voldseksponering, nærmere målt ved totalt antall rapporterte tidligere interpersonlige traumeerfaringer inkludert det anmeldte forholdet. Dette samsvarer til begrepet som av flere er avgrenset til og omtalt som *kumulative traumer* (Cloitre et al., 2009; Follette et al., 1996; Hodges et al., 2013). Vi fant at forskjellene ved rapportert TSCC var tydeligere der man så på omfang av

kumulative traumer (KT), til forskjell fra omfang ut fra totalt antall tidligere traumeerfaringer som også inneholder naturskapt hendelser, tap og ulykker som ikke er intensjonelt rettet. Der Nilsson, Gustafsson og Svedin (2012b) i en studie undersøkte en normativ gruppe svenske ungdommer og viste at også omfang av ikke-interpersonlige traumer hadde en klar sammenheng med traumesymptomer rapportert ved TSCC, så fant vi ikke dette i samme grad i vår avgrensede studie. For skårer på sinne viste også totalt antall erfaringer ved KATE en signifikant forskjell ut fra omfang, men sammenhengene var sterkere også for sinne lik som for de andre kliniske skårene når man undersøkte med den ovennevnte variabelen av kumulative traumer. Vår studie er imidlertid basert på et klinisk og langt mindre utvalg som bidrar til at vi ikke så enkelt fanger mindre effektstørrelser. Utvalget er representert ved mange interpersonlige traumeerfaringer da en forutsetning for deltakelse i studien er at de har vært til avhør for å forklare seg om minst én opplevd og bekreftet anmeldt voldshendelse.

I vår studie viste imidlertid ikke sammenhengen seg som lineær. Flere av de med én registrert voldstype rapporterte uttalte og høye symptomer. Videre var det mer sprikende rapportering for de med to og tre registrerte tidligere voldstyper. De som hadde vært utsatt for fire eller flere tidligere voldstyper, kumulative traumer, rapporterte imidlertid signifikant høyere traumesymptomer enn de med én voldserfaring. Som tidligere vist består utvalget av mange utsatt for en nylig og alvorlig voldstype som bakgrunn for avhør, noe som sannsynlig bidrar til at det blir høye rapporterte symptomskårer også for de utsatt for totalt én voldstype. Utvalget bidrar til at dette forsøksvise omfangsmålet blir en vanskelig variabel for analyser, der man ikke får en referanseverdi på null, ettersom inklusjonskriterium er eksponering for minst én voldstype som også blir minste mulig antall voldstyper for utvalget.

D. Nilsson et al. (2010) undersøkte sammenheng mellom omfang av selvrappporterte tidligere traumeerfaringer og traumesymptomer rapportert ved TSCC hos en normativ gruppe ungdommer, og fant også at interpersonlige hendelser og videre kumulative traumeerfaringer (antallet) var særlig relatert til høyere symptomer. I en undersøkelse av sammenhengen mellom fysisk vold fra foreldre og psykisk helse blant tenårings elever i Sveige, fant Annerbäck et al. (2012) en kumulativ effekt der risikoen for psykiske lidelser som angst og depresjon ble funnet å være hele ni ganger forhøyet hos dem som hadde opplevd fire eller flere typer belastende oppvekstforhold. Om enn ikke med en like tydelig lineær sammenheng som noen av de andre studiene oppsummerer, så samsvarer imidlertid funnene i vår studie med eksisterende kunnskap fra flere studier de senere årene som vektlegger at kumulativ eksponering synes å være en viktig prediktor for rapporterte traumesymptomer (Cloitre et al., 2009; Finkelhor et al., 2007a; Follette

et al., 1996; Green et al., 2000; Gustafsson et al., 2009; Hodges et al., 2013; D. Nilsson et al., 2010; Turner et al., 2010).

Der gruppene *seksuelle overgrep* og *annen vold* ikke viste signifikante forskjeller i symptomer på traumesymptomer ved TSCC, så kan dette også omhandle at vi med bakgrunn i lavt antall deltakere gjorde et forsøk på rimelige sammenslåtte kategorier. Disse sammenslåtte kategoriene inneholder imidlertid noe ulike typer og med dels ulike profiler, der enkelte eksponeringskategorier innen hovedkategoriene i noen grad synes å utlikne hverandre. Et større antall deltakere i studien totalt, ville gitt økt statistisk styrke og grunnlag for nærmere analyser mellom eksponeringsgruppene, som mulig kunne vist flere forskjeller og sammenhenger enn hva vi kan si noe om ut fra vårt avgrensede utvalg. Enkeltkategorien med de utsatt for seksuelle overgrep viste imidlertid, til forskjell fra de øvrige i utvalget, gjennomsnittlig høyere skårer på de kliniske skalaene til TSCC og med signifikant høyere symptomer på PTS. De som var utsatt for seksuelle overgrep og fått skade var en liten gruppe i denne studien, men de viste høyere symptomer på depresjon og dissosiasjon, noe som er forenlig med tidligere funn om at skade etter vold er særlig assosiert med sterke symptomer (Naomi Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Kilpatrick et al., 1989; Resnick et al., 1993). De som var utsatt for seksuelle overgrep på nett (n=6) viste eksempelvis også langt lavere skårer enn de øvrige utsatt for seksuelle overgrep på flere av de kliniske skalaene som ofte er forbundet med fryktresponser som angst, posttraumatisk stress og dissosiasjon, mens de på skalaene depresjon og sinne i mindre grad skilte seg fra de som var utsatt for andre seksuelle overgrep.

Fordelingen i utvalget bidro muligens også til enkelte andre mer uventede funn, som at det i forhold til traumesymptomer ikke var forskjell mellom gruppene som fra anmeldelse var utsatt for enkeltstående eller gjentatte hendelser, eller at det ikke var noen forskjell for antall voldstyper fra anmeldelsen. En mulig forklaring her er at det i utvalget vårt var relativt mange flere utsatt for enkeltstående hendelse innen gruppen seksuelle overgrep, til forskjell fra de utsatt for annen vold, der det videre kan være en høy andel av de seksuelle overgrepene i utvalget som var av alvorlig karakter. Disse aspektene kan bidra til å utlikne og dekke over forskjeller mellom gruppene som kunne vært nærmere analysert med et større utvalg.

Andelen som har opplevd fire eller flere kumulative traumer (KT) var samtidig omtrent dobbel så stor innen gruppen utsatt for seksuelle overgrep og gjaldt for om lag 40 % til forskjell fra 20 % av de utsatt for annen vold. De som var utsatt for seksuelle overgrep syntes i større grad å fordele seg i hver ende av skalaen av antall kumulative traumer, med en overrepresentasjon både innen de med én KT samt i gruppen for de som var utsatt for fire eller flere traumer. Målgruppen

for barnehuset er som tidligere vist styrt av hvilke typer forhold som kommer til tilrettelagt avhør. Seleksjonen medfører at det blant annet er mange alvorlige enkeltstående seksuelle overgrep utenfor familien, som voldtekt, som kommer til barnehuset og er representert i utvalget. Tilsvarende er det innenfor fysisk mishandling slik at de fleste som kommer omhandler vold i familien, forhold som gjerne kan generere flere registrerte voldstyper fra anmeldelse og avhør. Alvorlighet i beskrevet vold innen familien kan variere og omhandle kroppskrenkelser, mens de voldstypene som kommer til tilrettelagt avhør gjeldende vold utenfor familien er avgrenset til de alvorligste typene vold, de som omhandler kroppsskade og gjelder gjerne en enkeltstående hendelse. Denne type enkeltstående hendelser som er beskrevet over vil gjerne oppleves skremmende og kunne gi fryktbaserte symptomer, eksempel vist ved TSCC-skårer på angst, PTS og dissosiasjon.

Det er ellers verdt å merke seg at sinne i vår studie syntes å være særlig forbundet med kjønn og kumulative traumer, der gutter utsatt for flere tidligere typer voldshendelser i større grad rapporterte vansker med sinne. Dette kan støttes i funn fra tidligere studier som fokuserer på sammenheng med konstitusjon/temperament og læring, gjennom negativ sosial læring, maladaptive reguleringsstrategier og svakt utviklet egenregulering, ofte omtalt som kompleks traumatisering eller utviklingstraumer (Cloitre et al., 2009; Cook et al., 2005; D'andrea et al., 2012; Goldbeck & Jensen, 2017; Teicher & Samson, 2016).

### **4.3 Om rapportert skam og skyld i utvalget**

Studien viste samlet at en betydelig andel barn og unge strevde med traumerelatert skam og skyld forbundet med at de var utsatt for seksuelle overgrep og annen vold. Grad av henholdsvis rapportert skam og skyld oppgitt i prosent for de ulike voldskategoriene, må som øvrige fremstillinger tolkes med varsomhet gitt at det var flere kategorier med lavt antall, men kan illustrere tendenser. De sosiale aspektene av skam som omhandler omgivelsenes vurdering syntes mer fremtredende enn de internaliserende vurderingene, der de oppga å være bekymret for hva andre tenkte om dem og at de hadde prøvd å skjule det som skjedde. Dette syntes særlig å omhandle de utsatt for ulike typer seksuelle overgrep, men var også gjeldende for de andre gruppene. For rapportert skyld syntes bildet mer variert, der de utsatt for seksuelle overgrep imidlertid syntes å rapportere noe høyere grad av skyld.

De som var utsatt for seksuelle overgrep rapporterte til forskjell fra de øvrige gruppene gjennomgående signifikant høyere grad av både skam og skyld. Det var imidlertid tydelig



kjønnsforskjeller, og etter justering for disse forskjellene fremstod det ikke lengre tydelige forskjeller mellom seksuelle overgrep og annen vold, men det må her anmerkes at gruppen gutter utsatt for seksuelle overgrep var liten og må derfor tolkes med varsomhet. Det syntes imidlertid som at både skam og skyld ble rapportert gjennomgående høyere for jenter enn gutter i hele utvalget, og at særlig rapportert skam var tett knyttet til jenter utsatt for seksuelle overgrep.

Alder viste imidlertid ikke å ha sammenheng med grad av skam eller skyld. Måleinstrumentet SGATS er ikke tidligere benyttet på en så ung målgruppe, der de yngste tidligere har vært 16- og 17-åringer (Myhre et al., 2015). Med bakgrunn i at både skam og skyld ble rapportert for hele vårt utvalg (10 -16 år) uten at alder viste noen sammenheng med grad av rapportert skam og skyld, kan det indikere at SGATS også er et relevant måleinstrument for denne yngre målgruppen.

Ettersom alder ikke syntes å ha noen sammenheng med grad av rapportert skam og skyld i vår studie, synes det også relevant å sammenlikne funn med tidligere nevnte undersøkelser som er gjennomført med utvalg av eldre respondenter. Sammenlignet med deltakere fra nevnte tverrsnittsundersøkelse, en nasjonal intervjuundersøkelse (N=2062) blant norske 16- og 17-åringer (Myhre et al., 2015) hvor SGATS ble brukt ovenfor de som hadde vært voldsutsatt, rapporterte deltakerne i denne studien sammenlignbare tall for grad av traumerelatert skam og skyld. H. F. Aakvaag et al. (2016) undersøkte skam og skyld med bruk av SGATS i en prevalensstudie av voldseksponering i den voksne norske befolkning. Dersom vi sammenligner deres funn med vår studie, viste guttene i vårt utvalg å rapportere gjennomgående lavere grad av både skam og skyld, mens jentene syntes å rapportere sammenlignbar grad av skyld for de ulike typene vold. For seksuelle overgrep har ikke vi med bakgrunn i lavt antall deltakere skilt mellom gruppene, men det kan synes som om også disse er sammenlignbare. H. F. Aakvaag et al. (2016) gir samtidig en indikasjon på at det kan være forskjeller i vårt utvalg også ut fra hvilken type seksuelt overgrep det var snakk om, der voldtekt pekte seg ut med høyere grad av skam og skyld i deres studie. Jentene i vårt utvalg syntes imidlertid sammenliknet med prevalensstudien å skåre noe høyere på skam i saker som omhandlet fysisk mishandling og annen vold.

## 4.4 Tids- og utviklingsdimensjon

Der man etter hvert har mange studier av voksne hvor man retrospektivt har undersøkt og pekt på sammenhenger mellom vold og andre negative erfaringer i barndom og senere psykiske vansker (Anda et al., 2006; Briere, Kaltman, & Green, 2008; Chapman et al., 2004; Dovran et al., 2016; Edwards et al., 2003; Kessler et al., 2010; Norman et al., 2012; Resnick et al., 1993), har det vært færre studier som undersøker aktuelle traumesymptomer hos barn og unge i etterkant av voldseksponering og videre sammenhenger med omfang av voldserfaringer. Flere studier i USA har imidlertid de senere år undersøkt sammenhengene hos ungdom utfra omfang innen en bredde av negative erfaringer, omtalt som polyviktisering, (Finkelhor et al., 2007a; Ford et al., 2010; Turner et al., 2010), og mer avgrenset til interpersonlige traumeerfaringer, omtalt som kumulative traumer (Cloitre et al., 2009; Hodges et al., 2013). I Sverige er det gjort tilsvarende studier (Aho et al., 2016; Gustafsson et al., 2009; D. Nilsson et al., 2010; D. K. Nilsson et al., 2012b). Denne studien undersøkte situasjonen kort tid etter at barna hadde vært til tilrettelagt avhør. Hvorvidt volden de var utsatt for hadde skjedd nylig forut for avhør, pågått over tid eller om det var avsluttet tilbake i tid varierte trolig i utvalget. Man vet særlig fra studier rundt avdekking av seksuelle overgrep at det kan ta lang tid før utsatte forteller og overgrep avdekkes (Tine K. Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt, & Tjersland, 2005; Lemaigre, Taylor, & Gittoes, 2017; Schaeffer, Leventhal, & Asnes, 2011; Steine et al., 2016). Slik sett kan vi ikke automatisk gå ut fra at funnene i denne studien viste hvordan barn og unge nødvendigvis hadde det rett etter at de var utsatt for vold. Det ble fra oktober 2015 innført tydeligere frister for gjennomføring av avhør (1-3 uker), og Politidirektoratet oppgir at de i 2017 gjennomførte 52 % av avhørene innenfor frist, og hvor registrert gjennomsnittlig ventetid for desember 2017 var på 20,9 dager med median på 18 dager (Politidirektoratet, 2018). På denne bakgrunn kan vi si at avhørstidspunktet i hovedsak syntes å være knyttet nært i tid med avdekkingstidspunktet, og at funnene i større grad kan sies å gi et bilde av hvordan barna hadde det etter avdekkingstidspunktet. Det kan være en situasjon der mye hadde skjedd på kort tid, samtidig som situasjonene kan arte seg svært ulikt. Det kan omhandle at barna har opplevd mye stress og kaos med mange problemstillinger å forholde seg til, der flere måtte tenke på fortsatt uavklarte konsekvenser for egen og families del, til barn som i større grad var preget av lettelse over å ha blitt hørt og tatt på alvor, og opplevde at situasjonen var sikret og avklart (Tine K. Jensen et al., 2005; Øverlien, 2012).

For enkeltstående hendelser utenfor familien vil forholdene trolig oftere bli raskt kjent for helsevesen og politi tilknyttet hendelsen og medføre at de i større grad kommer til avhør og

oppfølging ved barnehuset kort tid etter hendelsen. For forhold innen familien varierer dette trolig mer, der hendelsene i flere tilfeller kan ha skjedd for noe lenger tid tilbake eller gjerne også over tid (Lemaigre et al., 2017; Øverlien, 2012). Dette gir trolig ulike symptombilder, der vi for flere av enkelthendelsene kan møte barn med mer akutte stressymptomer, mens det for flere av de som har levd med overgrep eller vold innen familien over tid har andre vansker. En del av de med økt stressrespons etter nylig skremmende hendelse kan ha mer forbigående symptomer, mens flere av de med langsgående voldserfaringer kan pådra seg et mer sammensatt symptombilde slik flere har vist til (Cloitre et al., 2009; Hodges et al., 2013).

Det kan være noen av disse momentene rundt tidsdimensjon som bidrar til at omfang av kumulative traumer i større grad enn antall voldstyper i anmeldelse viser sammenheng med aktuelle traumesymptomer. De kumulative effektene av voldseksponering blir vanskelig å måle tett på hendelsene, mens de mer akutte, og noen ganger mer forbigående symptomene, er lettere å måle rett i etterkant. Samtidig har flere vist til at symptomer hos barn utsatt for kumulative traumer også synes å komme relativt raskt i tillegg til eller i motsetning til symptomutvikling over tid (Briere et al., 2008; Cloitre et al., 2009; Hodges et al., 2013). Hodges et al. (2013) viser samtidig til at det er sannsynlig at kompleksitet og omfang av mishandling i barndom har sammenheng med og kan bidra til at kompleksitet i vansker også kan øke med tid og utvikling inn i voksenlivet. Pratchett og Yehuda (2011) viste at det synes mulig at permanent sensitivisering av hypotalamus-hypofysen-adrenalin-aksen (HPA-aksen) og atferdsmessige vansker er en konsekvens av mishandling i barndommen, og at disse kombinert med effekten av re-traumatisering kan opprettholde, videreføre og forsterke vanskene til denne gruppen utover i voksenlivet. De er videre, på samme vis som Kessler et al. (2010) opptatt av at utfallet trolig påvirkes av flere faktorer som sosial støtte, omgivelsenes betingelser for støtte og utvikling og behandlingstiltak for å nevne noe.

Tilsvarende som ovennevnt kan også tidsdimensjonen spille inn ovenfor rapportert skam og skyld. Der vi fant at de mer sosiale sidene av skam synes mer rapportert enn internaliserte, kan dette blant annet være på grunn av tiden siden overgrepet. Det kan omhandle aktuell usikkerhet ovenfor omverdenens respons, der andre ikke har vært kjent med hva som har skjedd, til at deltakerne allerede har fått oppleve reaksjoner i omgivelsene sine. Sosial støtte er trukket frem som sentralt forebyggende ovenfor vansker i etterkant av traumer, der fravær av eller negativ sosial støtte er funnet som risiko (Aakvaag, 2016; Arnberg et al., 2012). Barrierer til sosial støtte er videre utforsket og anført som medvirkende komponent ovenfor psykisk helse (S. Thoresen, Jensen, Wentzel-Larsen, & Dyb, 2014). Hvorvidt sosial støtte oppfattes å være til stede og om

den opprettholdes eller endrer seg etter at den akutte fasen er over kan videre spille inn, og har blant overlevende og etterlatte etter Utøya blitt beskrevet som en utfordring (Stene, Wentzel-Larsen, & Dyb, 2016). Tilsvarende kan de mer internaliserte sidene av skam være mer avhengig av tid og de erfaringene man gjør seg i samspill med omverdenen, der man rett etter avhør har hatt mindre tid til å reflektere og eventuelt utvikle internaliserte negative antakelser om seg selv. Mange barn kan ha opplevd akutfasen med avhør også som positiv, der barna blir tatt på alvor og lyttet til av politiet, forklart at det ikke er deres skyld og fått plassert ansvaret. Kanskje er noen av disse momentene også med på å redusere skam og skyld innledningsvis, og bidra til at tidligere kumulative traumer på samme måte som for traumesymptomer, i denne studien synes å ha tettere sammenheng med skam og skyld enn antall voldstyper fra anmeldelse.

## **4.5 Sammenhenger mellom voldseksponering, traumesymptomer og rapportert skam og skyld**

Undersøkelser av sammenhengene mellom traumesymptomer, voldsomfang og rapportert skam og skyld, viste at voldsomfang og rapportert skam og skyld hver for seg var assosiert med traumesymptomene depresjon, sinne og posttraumatisk stress. Regresjonsanalyser viste at skam svarte for en større andel av variansen av traumesymptomer enn voldseksponering målt ved antall typer, med unntak av for sinne der antall voldstyper var signifikant og utgjorde den største andelen. Variabelen for voldsomfang var med utgangspunktet i det selekterte utvalget som beskrevet noe vanskelig å bruke i analyser her, slik at effektstørrelser bør tolkes med varsomhet.

Det er videre viktig å understreke at vi ved vårt studiedesign og analyser ikke kan konkludere i forhold til årsakssammenheng. For eksempel om det er kjønn eller skam som bidro til forskjeller i traumesymptomer, eller om det er at jenter utsettes for hendelser som er mer skambelagte slik som seksuelle overgrep. Man kan imidlertid oppsummere at det i denne studien synes å være en nær tilknytning mellom kjønn (jenter), det å være utsatt for seksuelle overgrep og skam, og at dette har sammenheng med traumesymptomer. For denne studien synes det i stor grad å være slik at der man finner skam, så finner man også traumesymptomer.

## 4.6 Et selektert og eksponert utvalg

Det synes viktig å diskutere utvalget i studien nærmere. Utvalget var noe lite, og videre skjevt med hensyn til fordeling av kjønn og type voldseksponering, der jenter og de utsatt for seksuelle overgrep var overrepresentert.

Forutsetningene for kontakt og oppfølging i barnehus er tydelig innrettet og reguleres av straffeloven og nærmere straffeprosesslovens §§ 239 flg., som avgrensner målgruppen gjennom hvilke anmeldte voldstyper som skal følges opp med tilrettelagte avhør av fornærmede i barnehus. Barn og unge kommer først til barnehus der det foreligger en anmeldelse og påtalemyndigheten har besluttet å gjennomføre et avhør ved barnehuset etter straffeprosesslovens regler. Der alle fornærmede under 16 år i anmeldte forhold gjeldende seksuelle overgrep skal til tilrettelagte avhør i barnehus, omhandler de utsatt for fysisk eller psykisk vold i tilrettelagte avhør i hovedsak vold innad familien.

Oppfølging i barnehus avklares i etterkant av avhør, som i hovedsak omhandler oppfølging til barn og familier der barn har bekreftet å være utsatt for en type vold. I denne studien er også et inklusjonskriterium at barn har omtalt og bekreftet i avhør å være utsatt for en type vold, slik at alle deltakerne i denne studien er eksponert for minst én type voldserfaring.

Som omtalt ved begrepsavklaringer er ikke psykisk vold og omsorgssvikt like tydelig definerte voldstyper i straffeloven, der dette reflekteres i studiens utvalg. Omsorgssvikt var ikke aktuell omtalt kategori for noen av deltakerne i denne studien. Mens seks barn var registrert som utsatt for psykisk vold eller var vitne til vold uten annen vold, var majoriteten av de utsatt for fysisk mishandling også utsatt for psykisk vold og/eller vært vitne til vold, i 12 av 18 tilfeller.

Etnisitet målt ved foreldres landbakgrunn fordelte seg signifikant ulikt for utvalget, der barn med nordiske foreldre var overrepresentert ved seksuelle overgrep, mens gruppen utsatt for annen vold var overrepresentert med foreldre født utenfor Norden om man ser samlet på gruppene med henholdsvis én eller begge foreldre født utenfor Norden. Det er verdt å merke seg at den største enkeltgruppen i utvalget innen annen vold var barna som har en forelder født innenfor og en utenfor Norden. Kategorien *annen vold* blir i vår studie en særlig selektert gruppe da de barna som avhøres om *annen vold* i hovedsak omhandler etterforskning av mishandling i nære relasjoner. Dette ser man eksempelvis som ulikheter i utvalget for annen vold når det omhandler relasjon til overgriper. Der man i oversikten over bo- og familiestruktur ser at kun 2 av de som

var utsatt for *annen vold* bor med begge foreldre, henger trolig dette også tett sammen med at dette utvalget i hovedsak var avgrenset til de utsatt for vold i familien.

Frafallsanalysen viser at de som har vært tilbake for oppfølging uten å bli inkludert i studien er overrepresentert av de utsatt for vold i familien. Gruppen utsatt for annen vold var også overrepresentert blant de som var til avhør uten å komme tilbake for oppfølging ved SBO. Gruppen utsatt for annen vold var altså andelsmessig underrepresentert både når det gjaldt å komme tilbake til oppfølging ved SBO etter avhør, og videre ved deltakelse i studien av de som kom tilbake. Det er trolig flere årsaker til dette. En sentral faktor omhandler samtykke og samarbeid fra foresatte. Dette gjelder formelt samtykke, men i tillegg er det behov for en mer aktiv voksenstøtte og samarbeid for god oppfølging av barn og unge (Alisic, Boeije, Jongmans, & Kleber, 2012). I tiden rett etter tilrettelagt avhør vil det ofte være en pågående etterforskning og kontakt med flere deler av tiltaksapparatet, der kontakt med barneverntjenesten for flertallet av denne gruppen naturlig tar mye fokus. Noen barn blir også flyttet ut av hjemmet i forbindelse med det anmeldte forholdet, enten i forkant eller rett i etterkant av tilrettelagt avhør, der geografiske avstander kan vanskeliggjøre oppfølging. I en del tilfeller er det i samarbeid med barneverntjenesten og familien avtalt parallell oppfølging ved barnehus som en del av tiltakene rundt familien.

Dette kan samlet indikere at barn som er utsatt for vold i familien synes å være i en særlig kompleks og for noen uavklart omsorgssituasjon, og at dette er en gruppe barn som i særlig grad faller utenfor både studien og oppfølgingstilbud ved barnehuset for øvrig.

## **4.7 Metodiske styrker og begrensninger**

### **4.7.1 Karakteristika ved utvalget**

Som diskutert er det grunn til å adressere at utvalget i denne studien er lite, selektert og tydelig eksponert. Utvalget har et lavere antall deltakere som er utsatt for vold i familien. Dette er som vist knyttet til at denne gruppen i signifikant mindre grad kommer tilbake til oppfølging ved barnehuset, sammenlignet med de utsatt for seksuelle overgrep. Dette er karakteristika ved utvalget som gir utfordringer og begrensninger omkring hvilke analyser som kan gjøres, og videre hvilke konklusjoner som kan trekkes. Flere funn må tolkes med varsomhet. For å sikre unngåelse av type I-feil, hvor vi feilaktig forkaster null-hypotesen og konkluderer med forskjeller eller sammenhenger som ikke er tilfellet, risikerer vi samtidig å begå type II-feil der faktiske forskjeller eller sammenhenger i utvalget blir forkastet på grunn av at flere små grupper gir analysene liten styrke og høyner p-verdiene.

### **4.7.2 Studiedesign**

Funnene ved denne studien kan vanskelig generaliseres da dette er en liten klinisk observasjonsstudie, men det gir likevel økt kunnskap om hvilke vansker og oppfølgingsbehov de barna som kommer tilbake til oppfølging ved SBO kan ha, og kan være viktig retningsgivende for å treffe gode oppfølgingsiltak for denne gruppen.

En kjent problemstilling for retrospektive studier er det som omtales som «recall bias», en fare for at man med tiden husker og fortolker hendelser annerledes og hvor enkelte erfaringer eller aspekter blir særlig fokusert og slik sett kan medføre en systematisk skjevhet i utfall som konsekvens (Hassan, 2006; Kilpatrick et al., 2003). En stor styrke med denne studien er i så måte at den kartlegger barn og unges situasjon og vansker i nåtid og tettere på opplevde traumehendelser, og ikke mange år senere der mye annet kan ha kommet til og er med å påvirke utfall. Det skal likevel anerkjennes at det også i denne studien er mulighet for en viss bias, men mest sannsynlig mindre enn i andre studier på voksne. På den annen side er det trolig andre vansker som fremtrer over tid som man ikke fanger opp i denne studien (Pratchett & Yehuda, 2011).

### 4.7.3 Måleinstrumenter

Det er i studien hovedsakelig brukt tidligere utprøvde kartleggingsverktøy. TSCC er normert og har to separate validitetsmål, tidligere beregnet god reliabilitet ved test-retest og indre konsistens, der det også i denne studien ble beregnet god reliabilitet ved indre konsistens. Ved nærmere undersøkelse av utvalget ved validitetsskalaene i TSCC, viste én av deltakerne en responsstil med undersvar. Det ble gjort nærmere analyser med denne deltakeren ekskludert, uten merkbar påvirkning i analysene, og deltakeren ble på bakgrunn av dette beholdt inkludert i utvalget. Tre av deltakerne viste en tendens til oversvar, der disse ble beholdt inkludert i tråd med anbefalingene fra manualen da de var høyeksponert og manualen angir at barn i en klinisk populasjon har en tendens til å angi høye verdier på grunn av høy symptombelastning (Hogrefe & Melinder, 2012).

KATE-B er utprøvd i både klinisk og studie-sammenheng, og SGATS er utprøvd i tidligere studier. Beregnet reliabilitet ved Cronbach alpha-verdier vurderes også tilfredsstillende for SGATS med bakgrunn i et så vidt begrenset utvalg. At voldserfaringer ble registrert av ansatte ved barnehuset på en standardisert sjekkliste vurderes i hovedsak å være en styrke, der man hadde anledning til å oppklare uklarheter fra registreringene i etterkant og holde nede andelen feil og manglende registrering.

Mange har anbefalt selvrapporing basert på handlingsspesifikke spørsmål som beste metode for innhenting av mest mulig fri og korrekt informasjon ved sensitive tema som vold og seksuelle overgrep (Kilpatrick et al., 2003; Krebs, 2014; Resnick et al., 1993). Krebs (2014) viser til hvordan ansikt-til-ansikt intervju har vist lavere villighet til å avdekke og rapportere sensitiv informasjon. Vår studie benytter en kombinert metode, der noe kartlegges direkte med barna i en ellers naturlig oppfølgingssituasjon, og hvor noe av utfordringene som anmerket over kan være til stede. Voldserfaringene registreres imidlertid av hensyn til barnet og straffesaken av ansatte ved barnehuset. Anbefalingene om handlingsspesifikke spørsmål er også relevant for å unngå ulike fortolkninger fra de ansatte som registrerer. Som vist i vedlagt registreringsskjema så benyttes det også i denne studien i hovedsak handlingsspesifikke svaralternativer.

Det å få kunnskap direkte fra en utsatt og sårbar gruppe barn og unge som vi sjelden når direkte ved forskning, er samlet en av de største styrkene ved studien.



## 4.8 Kliniske implikasjoner og videre forskning

Funnene i denne studien gir grunn til å understreke viktigheten av å være bevisst og adressere traumerelatert skam og skyld i oppfølging og behandling ved barnehus, og i klinisk praksis for øvrig der man møter traumeutsatte barn og unge. Kartlegging av aktuell traumerelatert skam og skyld, synes relevant å gjøre sammen med kartlegging av tidligere traumeerfaringer og traumesymptomer, der sentrale aspekter ved traumeerfaringer og vansker er internaliserende og ofte oversett fra omverdenen, og hvor skam og skyld bidrar til ytterligere fortielse. Erfaringer fra studien tilsier at en systematisk kartlegging av symptomer og reaksjoner hos traumeutsatte barn gir en nyttig forståelse av hvilke utfordringer barna har. Det er viktig både som vurderingsgrunnlag for videre oppfølging i barnehus, råd og anbefalinger til de viktige rundt barna, og for mer presise henvisninger til rett instans. Systematikk i kartlegging rundt traumerelaterte vansker bidrar dermed til å sikre et mer tilpasset tilbud.

Som vist reflekterer utvalget i studien i stor grad hvilke barn som kommer tilbake til oppfølging ved SBO. Et mindretall barn og unge får oppfølging ved SBO, der barn utsatt for mishandling i nære relasjoner utgjør en lavere andel enn de utsatt for seksuelle overgrep. Dette er barn som ofte er særlige sårbare med en vanskelig og uavklart omsorg- og livssituasjon i tillegg til voldserfaringer. Et sentralt spørsmål er om denne gruppen barn får ivaretatt behovet for støtte rundt sin livssituasjon og psykiske helse gjennom barneverntjeneste og andre steder, eller om dette en gruppe som i mindre grad får en oppfølging de kunne hatt behov for? Flere bydeler i Oslo har bygget ut ulike tilbud til voldsutsatte barn, både individuelle og gruppebaserte, men om tilbudene er tilstrekkelige er mer uavklart. En kartlegging av behandlingstilbud til vold- og overgrepsutsatte viser at det er flere som gir denne gruppen behandling, der spesialisthelsetjenesten, ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP) er sentral, men hvor det også pekes på utfordringer med tilstrekkelig tilbud for gruppen (Holt, Nilsen, Moen, & Askeland, 2016). I en nylig utgitt rapport fra Barneombudet adresserer voldsutsatte barn og unge selv at de burde fått hjelp tidligere (Barneombudet, 2018). Det synes relevant med fortsatt fokus og forskning på tilbudet som gis til denne gruppen, der en videre satsning for å sikre tilstrekkelig oppfølging for denne sårbare gruppen barn og unge er viktig dersom det viser seg å være et udekket behov.

## 5 Konklusjon

Denne studien undersøkte situasjonen kort tid etter at barna har vært til tilrettelagt avhør. Hvorvidt volden de var utsatt for hadde skjedd nylig forut for avhør, pågått over tid eller om det var avsluttet tilbake i tid varierte i utvalget, men vi kan imidlertid anta at funnene reflekterte hvordan barna hadde det tett i tid etter at volden var avdekket.

Studien bekrefter tidligere funn om at barn og unge utsatt for vold og overgrep rapporterer flere psykiske vansker enn barn uten slike erfaringer i oppveksten. Det var ikke signifikant forskjell når man sammenliknet barn og unge som hadde opplevd seksuelle overgrep med de som hadde opplevd fysisk og psykisk vold. Karakteristika ved utvalget kan ha medvirket til at faktiske forskjeller i utvalget ikke er fremkommet. Det var imidlertid signifikante kjønnsforskjeller innenfor gruppen som er utsatt for seksuelle overgrep, der jentene rapporterte høyere symptomer på alle de kliniske skalaene.

Studien viste samlet at en betydelig andel strever med traumerelatert skam og skyld forbundet med at de er utsatt for seksuelle overgrep og annen vold.

Der man ikke fant forskjeller i traumesymptomer rapportert ved TSCC mellom gruppene utsatt for seksuelle overgrep og annen vold, fant man imidlertid en positiv sammenheng mellom rapporterte traumesymptomer og omfang av tidligere voldseksponering, nærmere målt ved totalt antall rapporterte tidligere interpersonlige traumeerfaringer inkludert det anmeldte forholdet. Dette samsvarer til begrepet som av flere er avgrenset til og omtalt som *kumulative traumer*. Sammenhengen var ikke lineær, med noe sprikende rapportering for de som hadde opplevd to og tre voldstyper tidligere, men med en klar forskjell for de som hadde vært utsatt for fire eller flere tidligere voldstyper, som hadde signifikant høyere traumesymptomer enn de med én voldserfaring.

Nærmere undersøkelser av sammenhengene mellom traumesymptomer, voldsomfang og rapportert skam og skyld, viste at voldsomfang og rapportert skam og skyld hver for seg og sammen var assosiert med traumesymptomene depresjon, sinne og PTS. Regresjonsanalyser viste at skam svarer for en større andel av variansen av traumesymptomer enn voldseksponering målt ved antall typer, med unntak av for sinne der antall voldstyper var signifikant og utgjorde den største andelen. Variabelen for voldsomfang var med utgangspunktet i det selekterte utvalget som beskrevet noe vanskelig å bruke i analyser, slik at effektstørrelser bør tolkes med varsomhet.

I denne studien synes det å være en nær sammenheng mellom kjønn (jenter), det å være utsatt for seksuelle overgrep og skam, og at dette har sammenheng med traumesymptomer. For denne studien synes det i stor grad å være slik at dersom man finner skam, så finner man også traumesymptomer.

Kun et mindretall av barna i denne studiens målgruppe syntes å komme tilbake til SBO for oppfølging, der andelen var lavest for de utsatt for mishandling i nære relasjoner. Dette er barn som ofte er særlige sårbare med en vanskelig og uavklart omsorg- og livssituasjon i tillegg til voldserfaringer. Et sentralt spørsmål er om denne gruppen barn får ivaretatt behovet for støtte rundt sin livssituasjon og psykiske helse hos barneverntjeneste og andre steder, eller om det er en gruppe som i mindre grad får den oppfølgingen de har behov for?

# Litteraturliste

- Aakvaag, H. F. (2016). *Violence, revictimization and trauma-related shame and guilt. An investigation of event characteristics and mental health correlates among violenceexposed men and women from the general population and among young survivors of a terrorist attack.* (p.hd), University of Oslo, Oslo.
- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Roysamb, E., & Olf, M. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *J Affect Disord*, *204*, 16-23. doi:10.1016/j.jad.2016.06.004
- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., & Øverlien, C. (2016). Vold og overgrep mot barn og unge - definisjoner og typologisering. In C. Øverlien, M.-I. Hauge, & J.-H. Schultz (Eds.), *Barn, vold og traumer : Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aho, N., Proczkowska-Björklund, M., & Svedin, C. G. (2016). Victimization, polyvictimization , and health in Swedish adolescents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, *7*, 89-99. doi:10.2147/AHMT.S109587
- Alisic, E., Boeije, H. R., Jongmans, M. J., & Kleber, R. J. (2012). Supporting Children After Single- Incident Trauma. *Clinical Pediatrics*, *51*(3), 274-282. doi:10.1177/0009922811423309
- Alisic, E., Jongmans, M. J., van Wesel, F., & Kleber, R. J. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *31*(5), 736-747. doi:10.1016/j.cpr.2011.03.001
- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *204*, 335. doi:10.1192/bjp.bp.113.131227
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (Fifth edition. ed.): American Psychiatric Publishing.
- Anda, R., Felitti, V., Bremner, J., Walker, J., Whitfield, C., Perry, B., . . . Giles, W. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*(3), 174-186. doi:10.1007/s00406-005-0624-4
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., Kirk, M., & Strauss, M. E. (2000). Predicting PTSD Symptoms in Victims of Violent Crime: The Role of Shame, Anger, and Childhood Abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(1), 69-73. doi:10.1037/0021-843X.109.1.69
- Annerbäck, E. M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G., & Gustafsson, P. A. (2012). Child Physical Abuse and Concurrence of Other Types of Child Abuse in Sweden--Associations with Health and Risk Behaviors. *Child Abuse & Neglect*, *36*, 585-588), p.585-595. doi:10.1016/j.chiabu.2012.05.006
- Arnberg, F. K., Hultman, C. M., Michel, P. O., & Lundin, T. (2012). Social Support Moderates Posttraumatic Stress and General Distress After Disaster. *Journal of Traumatic Stress*, *25*(6), 721-727. doi:10.1002/jts.21758
- Bakketeig, E., Berg, M., Myklebust, T., & Stefansen, K. (2012). *Barnehusevalueringen 2012. Delrapport 1: Barnehusmodellens implikasjoner for politiets arbeid med fokus på dommeravhør og rettsmedisinsk undersøkelse*. Retrieved from Oslo: [https://www.regjeringen.no/contentassets/58bdb19885394a5eb28f21279dfb41ea/barnehus\\_d elrapport1.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/58bdb19885394a5eb28f21279dfb41ea/barnehus_d elrapport1.pdf)
- Barneombudet. (2018). «Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes»: Barneombudets rapport om barn og unge utsatt for vold og overgrep - 2018. Retrieved from Oslo: [http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/03/Barn\\_og\\_unge\\_vold\\_og\\_overgrep.pdf](http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/03/Barn_og_unge_vold_og_overgrep.pdf)
- Belsky, J. (1980). Child Maltreatment: An Ecological Integration. *American Psychologist*, *35*(4), 320-335. doi:10.1037//0003-066X.35.4.320

- Bernier, A., Carlson, S. M., & Whipple, N. (2010). From External Regulation to Self-Regulation: Early Parenting Precursors of Young Children's Executive Functioning. *Child Development, 81*(1), 326-339. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1995). Psychosocial Sequelae of Violent Victimization in a National Youth Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(5), 726-736. doi:10.1037//0022-006X.63.5.726
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Archives of General Psychiatry, 48*(3), 216-222. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810270028003
- Breslau, N., Koenen, K. C., Luo, Z., Agnew-Blais, J., Swanson, S., Houts, R. M., . . . Moffitt, T. E. (2014). Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychological Medicine, 44*(9), 1937-1945. doi:10.1017/S0033291713002651
- Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D., & Kendall, P. C. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748
- Briere, J. (1996). Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC), Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 223-226. doi:10.1002/jts.20317
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*(7), 513-531. doi:10.1037/0003-066X.32.7.513
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. . Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology, 22*(6), 723-742. doi:10.1037/0012-1649.22.6.723
- Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social Science & Medicine, 69*(7), 1032-1039. doi:10.1016/j.socscimed.2009.07.032
- Butcher, F., Kretschmar, J. M., Lin, Y., Flannery, D. J., & Singer, M. I. (2014). Analysis of the Validity Scales in the Trauma Symptom Checklist for Children. *Research on Social Work Practice, 24*(6), 695-704. doi:10.1177/1049731513516803
- Butcher, F., Kretschmar, J. M., Singer, M. I., & Flannery, D. J. (2015). Confirmatory Factor Analysis of the Trauma Symptom Checklist for Children in an At-Risk Sample of Youth. *Journal of the Society for Social Work and Research, 6*(2), 251-268. doi:10.1086/681545
- Cater, A. K., Andershed, A.-K., & Andershed, H. (2014). Youth victimization in Sweden: prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse & Neglect, 38*(8), 1290. doi:10.1016/j.chiabu.2014.03.002
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders, 82*(2), 217-225. doi:10.1016/j.jad.2003.12.013
- Cicchetti, D. (2013). Annual Research Review: Resilient Functioning in Maltreated Children--Past, Present, and Future Perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(4), 402-422. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 399-408. doi:10.1002/jts.20444
- Cook, A. B., Spinazzola, J., Ford, J. D., Lanktree, C. B., Blaustein, M. E., Cloitre, M., . . . Van Der Kolk, B. A. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390-398.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine, 31*(7), 1237-1247. doi:10.1017/S0033291701004287

- Crouch, J. L., Smith, D. W., Ezzell, C. E., & Saunders, B. E. (1999). Measuring Reactions to Sexual Trauma among Children: Comparing the Children's Impact of Traumatic Events Scale and the Trauma Symptom Checklist for Children. *Child Maltreatment, 4*(3), 255-263. doi:10.1177/1077559599004003006
- Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M., & Van Ijzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. In *Dev. Psychopathol.* (Vol. 22, pp. 87-108).
- D'andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & Van Der Kolk, B. A. (2012). Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(2), 187-200. doi:10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- Debowska, A., Willmott, D., Boduszek, D., & Jones, A. D. (2017). What do we know about child abuse and neglect patterns of co-occurrence? A systematic review of profiling studies and recommendations for future research. *Child Abuse & Neglect, 70*, 100-111. doi:10.1016/j.chiabu.2017.06.014
- Dos Santos, N. E., Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2016). Er det så ille å bli spurt om traumer? Barns opplevelser av traumekartlegging i BUP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 53*(7), 536-545.
- Dovran, A., Winje, D., Øverland, S., Arefjord, K., Hansen, A., & Waage, L. (2016). Childhood maltreatment and adult mental health. *Nordic journal of psychiatry [elektronisk ressurs], 70*, 140-145.
- Dyb, G., & Stensland, S. Ø. (2016). Helseplager som følge av traumatiske hendelser og utvikling av posttraumatiske stressreaksjoner. In C. Øverlien, M.-I. Hauge, & J.-H. Schultz (Eds.), *Barn, vold og traumer : møter med unge i utsatte livssituasjoner* (pp. 45-62). Oslo: Universitetsforlaget.
- Edwards, V., Holden, G., Felitti, V., & Anda, R. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1453-1460. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1453
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0
- Elhai, J. D., Gray, M. J., Kashdan, T. B., & Franklin, C. L. (2005). Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: A survey of traumatic stress professionals. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 541-545. doi:10.1002/jts.20062
- Feiring, C., Taska, L., & Chen, K. (2002). Trying to Understand Why Horrible Things Happen: Attribution, Shame, and Symptom Development Following Sexual Abuse. *Child Maltreatment, 7*(1), 25-39. doi:10.1177/1077559502007001003
- Felitti, V. J. M. D., Facc, Anda, R. F. M. D., Ms, Nordenberg, D. M. D., Williamson, D. F. M. S., . . . Mph. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007a). Poly-Victimization: A Neglected Component in Child Victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 7-26. doi:10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007b). Re-Victimization Patterns in a National Longitudinal Sample of Children and Youth. *Child Abuse & Neglect, 31*(5), 479-502. doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.012
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime Assessment of Poly-Victimization in a National Sample of Children and Youth. *Child Abuse & Neglect, 33*(7), 403-411. doi:10.1016/j.chiabu.2008.09.012
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., & Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress, 9*(1), 25-35. doi:10.1002/jts.2490090104
- Ford, J. D., Connor, D. F., & Hawke, J. (2009). Complex trauma among psychiatrically impaired children: a cross-sectional, chart-review study. *The Journal of clinical psychiatry, 70*(8), 1155. doi:10.4088/JCP.08m04783

- Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F., & Frueh, B. C. (2010). Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 46*(6), 545-552. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.11.212
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology, 70*(2), 113-147. doi:10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 7*(3), 174-189. doi:10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U
- 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*(9657), 68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Goldbeck, L., & Jensen, T. K. (2017). The Diagnostic Spectrum of Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents. In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents* (pp. 3-28). Cham: Springer International Publishing.
- Grauerholz, L. (2000). An Ecological Approach to Understanding Sexual Revictimization: Linking Personal, Interpersonal, and Sociocultural Factors and Processes. *Child Maltreatment, 5*(1), 5-17. doi:10.1177/1077559500005001002
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., & Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 271-286. doi:10.1023/A:1007758711939
- Gustafsson, P., Nilsson, D., & Svedin, C. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(5), 274-283. doi:10.1007/s00787-008-0728-2
- Hassan, E. (2006). Recall bias can be a threat to retrospective and prospective research designs. *The Internet Journal of Epidemiology*.
- Forskrift om barn mellom 12 og 16 år sin rett til selv å samtykke til deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning, (2017).
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391. doi:10.1007/BF00977235
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, N.Y.: BasicBooks.
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect, 37*(11), 891-898. doi:10.1016/j.chiabu.2013.04.001
- Hogrefe, & Melinder, A. (2012). TSCC: Trauma Symptom Checklist for Children. Manual Supplement. Norsk versjon. In H. P. AB (Ed.). Stockholm: Hogrefe Psykologiförlaget AB.
- Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L. H., & Askeland, I. R. (2016). *Behandlingsstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep : en nasjonal kartleggingsundersøkelse* (978-82-8122-103-1). Retrieved from Oslo: [https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/06/Rapport\\_6\\_2016\\_Nett.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/06/Rapport_6_2016_Nett.pdf)
- Holthe, M. E. G., Hauge, M.-I., & Myhre, M. C. (2016). *Seksuelle overgrep mot barn og unge med innvandrerbakgrunn : en undersøkelse av forekomst og erfaringer i hjelpeinstansene* (978-82-8122-090-4). Retrieved from Oslo: [https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/10/Rapport\\_NKVTS\\_1\\_2016\\_nettpdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/10/Rapport_NKVTS_1_2016_nettpdf)
- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 190*, 47-55. doi:10.1016/j.jad.2015.09.006
- Jaffee, S. R. (2017). Child Maltreatment and Risk for Psychopathology in Childhood and Adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology, 13*, 525-551. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005

- Jensen, T. K. (2012). Intervjuer med barn og unge i spesielt vanskelige livssituasjoner. Kan vi snakke med barn om alt? In I. F. (Red.) (Ed.), *Metoder og perspektiver i barne- og ungdomsforskning* (pp. s. 95-120). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting Possible Sexual Abuse: A Qualitative Study on Children's Perspectives and the Context for Disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1395-1413. doi:10.1016/j.chiabu.2005.07.004
- Jernbro, C., Svensson, B., Tindberg, Y., & Janson, S. (2012). Multiple psychosomatic symptoms can indicate child physical abuse – results from a study of Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica*, 101(3), 324-329. doi:10.1111/j.1651-2227.2011.02518.x
- Johansson, S. (2011). *Rätt, makt och institutionell förändring : en kritisk analys av myndigheters samverkan i barnahus*. (35), Lunds universitet, Lund. Retrieved from <https://lucris.lub.lu.se/ws/files/3440437/1856760.pdf>
- Johansson, S. (2012). Diffusion and Governance of 'Barnahus' in the Nordic Countries: Report from an On-going Project. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 13, 69-84. doi:10.1080/14043858.2012.739323
- Johansson, S., Stefansen, K., Bakketeig, E., & Kaldal, A. (2017a). *Collaborating Against Child Abuse: Exploring the Nordic Barnahus Model*: Palgrave Macmillan.
- Johansson, S., Stefansen, K., Bakketeig, E., & Kaldal, A. (2017b). Implementing the Nordic Barnahus Model : Characteristics and Local Adaptions. In S. Johansson, K. Stefansen, E. Bakketeig, & A. Kaldal (Eds.), *Collaborating Against Child Abuse: Exploring the Nordic Barnahus Model* (pp. 1-31).
- Jonkman, C. S., Verlinden, E., Bolle, E. A., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2013). Traumatic Stress Symptomatology After Child Maltreatment and Single Traumatic Events: Different Profiles. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 225-232. doi:10.1002/jts.21792
- Justis- og politidepartementet. (2005). *Ot.prp. nr. 113 (2004–2005), Om lov om oppheving av løsgjengerloven og om endringer i straffeloven mv. (eget straffebud mot vold i nære relasjoner mv.)*. Oslo: Det Kongelige Justis- og Politidepartement.
- Justis- og politidepartementet. (2006). *Barnahus, Rapport om etablering av et pilotprosjekt med ny avhørsmodeell for barn som har vært utsatt for overgrep m.m.* Oslo: Det Kongelige Justis- og Politidepartementet.
- Justis- og politidepartementet. (2008). *Ot.prp. nr. 22 (2008-2009)*. Oslo: Det Kongelige Justis- og Politidpartement.
- Justiskomiteen. (2005). *Innst. S. nr. 123 (2004-2005): Innstilling til Stortinget fra justiskomiteen. Dokument nr. 8:86 (2003-2004)*. Oslo: Stortinget.
- Kaldal, A., Diesen, C., Beijs, J., & Diesen, E. F. (2010). *Barnahusutredningen : 2010*. Retrieved from Stockholm: [http://bsfi.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/Barnahusutredningen\\_2010.kaldal.pdf](http://bsfi.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/Barnahusutredningen_2010.kaldal.pdf)
- Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26(6), 715-729. doi:10.1016/S0145-2134(02)00343-5
- Kennedy, S., Tripodi, S., & Pettus-Davis, C. (2013). The Relationship Between Childhood Abuse and Psychosis for Women Prisoners: Assessing the Importance of Frequency and Type of Victimization. *Psychiatric Quarterly*, 84(4), 439-453. doi:10.1007/s11126-013-9258-2
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., . . . Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 197(5), 378. doi:10.1192/bjp.bp.110.080499
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., Best, C. L., . . . Vandenbos, G. R. (2003). Violence and Risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and Comorbidity: Results From the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692-700. doi:10.1037/0022-006X.71.4.692



- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Amick-McMullan, A., Best, C. L., Veronen, L. J., & Resnick, H. S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*(2), 199-214. doi:10.1016/S0005-7894(89)80069-3
- Kjellgren, C., Svedin, C. G., & Nilsson, D. (2013). Child Physical Abuse—Experiences of Combined Treatment for Children and their Parents: A Pilot Study. *Child Care in Practice, 19*(3), 275-290. doi:10.1080/13575279.2013.785934
- Krebs, C. (2014). Measuring Sexual Victimization: On What Fronts is the Jury Still Out and Do We Need it to Come In? *Trauma, violence & abuse, 15*(3), 170. doi:10.1177/1524838014521028
- Krug, E. G., eds. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kubany, E., & Watson, S. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *The Psychological Record, 53*(1), 51-90.
- Kubany, E. S., & Manke, F. P. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*(1), 27-61. doi:10.1016/S1077-7229(05)80004-5
- La Bash, H., Papa, A., & Gold, S. N. (2014). Shame and PTSD Symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(2), 159-166. doi:10.1037/a0032637
- Lambert, H. K., Meza, R., Martin, P., Fearey, E., & McLaughlin, K. A. (2017). Childhood Trauma as a Public Health Issue. In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents* (pp. 49-66). Cham: Springer International Publishing.
- Landberg, Å., & Svedin, C. G. (2013). *Inuti ett barnahus. En kvalitetsgranskning av 23 svenska verksamheter*. Retrieved from Stockholm: [https://resourcecentre.savethechildren.net/node/7566/pdf/inuti\\_ett\\_barnahus\\_final\\_6.pdf](https://resourcecentre.savethechildren.net/node/7566/pdf/inuti_ett_barnahus_final_6.pdf)
- Lanktree, C. B., Gilbert, A. M., Briere, J., Taylor, N., Chen, K., Maida, C. A., & Saltzman, W. R. (2008). Multi-Informant Assessment of Maltreated Children: Convergent and Discriminant Validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse & Neglect, 32*(6), 621-625. doi:10.1016/j.chiabu.2007.10.003
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology, 74*(4), 451-466. doi:10.1348/000711201161109
- Leeb, R., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Retrieved from Atlanta, Georgia (USA): [https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm\\_surveillance-a.pdf](https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm_surveillance-a.pdf)
- Lemaigre, C., Taylor, E. P., & Gittoes, C. (2017). Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse & Neglect, 70*, 39-52. doi:10.1016/j.chiabu.2017.05.009
- Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N., & Runyan, D. (2016). Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. *Child Abuse & Neglect, 51*, 31-40. doi:10.1016/j.chiabu.2015.11.016
- Lindert, J., Ehrenstein, O., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weiskopf, M. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 59*(2), 359-372. doi:10.1007/s00038-013-0519-5
- Lobo, B., Brunnet, A., Ecker, K., Schaefer, L., Artech, A., & Kristensen, C. (2015). Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) in a Sample of Brazilian Children: Preliminary Results. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 8*(2), 117-125. doi:10.1007/s40653-015-0044-1
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 647-657. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003
- Martinez, W., Polo, A. J., & Zelic, K. J. (2014). Symptom Variation on the Trauma Symptom Checklist for Children: A Within-Scale Meta-Analytic Review. *Journal of Traumatic Stress, 27*(6), 655-663. doi:10.1002/jts.21967

- Martinsen, J. T. (2017). *Barns erfaringer med Statens barnehus - en kvalitativ studie*. (master), Nord Universitet, Bodø.
- Matulis, S., Loos, L., Langguth, N., Schreiber, F., Gutermann, J., Gawrilow, C., & Steil, R. (2015). Reliability, factor structure, and validity of the German version of the Trauma Symptom Checklist for Children in a sample of adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27966. doi:10.3402/ejpt.v6.27966
- Messman-Moore, T. L., & Bhuptani, P. H. (2017). A Review of the Long-Term Impact of Child Maltreatment on Posttraumatic Stress Disorder and Its Comorbidities: An Emotion Dysregulation Perspective. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 24, 154-169. doi:10.1111/cpsp.12193
- Mitchell, R., Brennan, K., Curran, D., Hanna, D., & Dyer, K. F. W. (2017). A Meta-Analysis of the Association Between Appraisals of Trauma and Posttraumatic Stress in Children and Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 88-93. doi:10.1002/jts.22157
- Moffitt, T. E. (2013). Childhood exposure to violence and lifelong health: Clinical intervention science and stress-biology research join forces. *Development and Psychopathology*, 25(4pt2), 1619-1634. doi:10.1017/S0954579413000801
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge : En selvrapporeringstudie blant avgangselever i videregående skole*. Retrieved from Oslo: [http://www.nova.no/asset/3059/1/3059\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/3059/1/3059_1.pdf)
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge Omfang og utviklingstrekk 2007–2015* (ISSN 1893-9503 ). Retrieved from Oslo: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Vold-og-overgrep-mot-barn-og-unge>
- Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer* (ISSN 0809-9103). Retrieved from [https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/vold\\_voldtekt\\_i\\_oppveksten1.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/vold_voldtekt_i_oppveksten1.pdf)
- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and pride : affect, sex, and the birth of the self*. New York: Norton.
- Nelson, J., Klumpp, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. In *Br. J. Psychiatry* (Vol. 210, pp. 96-104).
- Nilsson, D., Gustafsson, P. E., & Svedin, C. G. (2010). Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of post-traumatic stress and dissociation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2010, Vol.64(1), p.19-26, 64(1), 19-26. doi:10.3109/08039480903264846
- Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, C. G. (2008). The Psychometric Properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) in a Sample of Swedish Children. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 627-636. doi:10.1016/j.chiabu.2007.09.009
- Nilsson, D. K., Gustafsson, P. E., & Svedin, C. G. (2012a). Lifetime polytraumatization in adolescence and being a victim of bullying. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(11), 954. doi:10.1097/NMD.0b013e3182718aa1
- Nilsson, D. K., Gustafsson, P. E., & Svedin, C. G. (2012b). Polytraumatization and Trauma Symptoms in Adolescent Boys and Girls: Interpersonal and Noninterpersonal Events and Moderating Effects of Adverse Family Circumstances. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(13), 2645-2664. doi:10.1177/0886260512436386
- NKVTS. (2015). KATE-Barn: Kartlegging av andre traumeerfaringer. In Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress a/s, NKVTS.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T., & Tomlinson, M. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 9(11), e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., Weiss, D. S., & Cooper, H. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73. doi:10.1037/0033-2909.129.1.52
- Pettersen, A. J. (2016). *En ordre om å redde barna. En kvalitativ studie av strategisk ledelse i statens barnehus*. (Master i verdibasert ledelse master degree), VID vitenskaplige høgskole, Oslo.

- Politidirektoratet. (2016). *Felles retningslinjer for Statens barnehus* Oslo: Politidirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet.
- Politidirektoratet. (2018). *Tilrettelagte avhør Desember 2017: Statistikknotat 30.01.2018* Retrieved from Oslo: <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/tilrettelagte-avhor/tilrettelagte-avhor-desember-2017.pdf>
- Pratchett, L. C., & Yehuda, R. (2011). Foundations of posttraumatic stress disorder: Does early life trauma lead to adult posttraumatic stress disorder? *Dev Psychopathol*, *23*(2), 477-491. doi:10.1017/S0954579411000186
- Pugh, L. R., Taylor, P. J., & Berry, K. (2015). The role of guilt in the development of post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *182*, 138-150. doi:10.1016/j.jad.2015.04.026
- Putnam, K. T., Harris, W. W., & Putnam, F. W. (2013). Synergistic Childhood Adversities and Complex Adult Psychopathology. *Journal of Traumatic Stress*, *26*(4), 435-442. doi:10.1002/jts.21833
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, *46*(11), 1542-1554. doi:10.1016/S0006-3223(99)00262-0
- Raknes, S., Dyregrov, K., Pallesen, S., Hoffart, A., Stormyren, S., & Haugland, B. S. M. (2017). A pilot study of a low-threshold, low-intensity cognitive behavioral intervention for traumatized adolescents. *Scandinavian Psychologist*, *4*(8). doi:<https://doi.org/10.15714/scandpsychol.4.e8>
- Rasmusson, B. (2008). "Det är ju inget dagis precis..." *Barns och föräldrars upplevelser av kontakter med barnhus*. Retrieved from Lund, Sverige: <http://portal.research.lu.se/ws/files/4092953/1363853.pdf>
- Rasmusson, B. (2011). Children's Advocacy Centers (Barnahus) in Sweden. *The official Journal of the International Society for Child Indicators*, *4*(2), 301-321. doi:10.1007/s12187-010-9094-y
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., Best, C. L., & Beutler, L. E. (1993). Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(6), 984-991. doi:10.1037/0022-006X.61.6.984
- Ruiz, E. (2016). Trauma symptoms in a diverse population of sexually abused children. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, *8*(6), 680.
- Sadowski, C. M., & Friedrich, W. N. (2000). Psychometric Properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) with Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *Child Maltreatment*, *5*(4), 364-372. doi:10.1177/1077559500005004008
- Schaeffer, P., Leventhal, J. M., & Asnes, A. G. (2011). Children's Disclosures of Sexual Abuse: Learning from Direct Inquiry. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, *35*(5), 343-352. doi:10.1016/j.chiabu.2011.01.014
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, *28*, 770-782. doi:10.1002/da.20736
- Spann, M. N., Mayes, L. C., Kalmar, J. H., Guiney, J., Womer, F. Y., Pittman, B., . . . Blumberg, H. P. (2012). Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. *Child Neuropsychology*, *18*(2), 182-189. doi:10.1080/09297049.2011.595400
- Stefansen, K., Gundersen, T., & Bakketeig, E. (2012). *Barnehusevalueringen 2012. Delrapport 2, En undersøkelse blant barn og pårørende, jurister og politifolk, samt ledere og ansatte*. Retrieved from Oslo: [http://www.nova.no/asset/5915/1/5915\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/5915/1/5915_1.pdf)
- Steine, I. M., Winje, D., Nordhus, I. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep ; prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *53*(11), 889-899.
- Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2016). Healthcare needs, experiences and satisfaction after terrorism: A longitudinal study of survivors from the Utøya attack. *Frontiers in Psychology*, *7*, <xocs:firstpage xmlns:xocs="" />. doi:10.3389/fpsyg.2016.01809
- Stensland, S. Ø., Zwart, J.-A., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2017). The headache of terror: A matched cohort study of adolescents from the Utøya and the HUNT Study. *Neurology*, *90*(2). doi:10.1212/WNL.0000000000004805

- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & Ijzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review, 24*(1), 37-50. doi:10.1002/car.2353
- Stotz, S., J., Elbert, T., Müller, V., & Schauer, M. (2015). The relationship between trauma, shame, and guilt: findings from a community-based study of refugee minors in Germany. *European Journal of Psychotraumatology, 6*, 1-10. doi:10.3402/ejpt.v6.25863
- Straffeloven. Lov om straff (straffeloven) av 20. mai 2005 nr. 28, (2017).
- Strøm, I. F., Aakvaag, H. F., Birkeland, M. S., Felix, E., & Thoresen, S. (2018). The mediating role of shame in the relationship between childhood bullying victimization and adult psychosocial adjustment. *European Journal of Psychotraumatology, 9*(1), 1418570. doi:10.1080/20008198.2017.1418570
- Strøm, I. F., Hjemdal, O. K., Myhre, M. C., Wentzel-Larsen, T., & Thoresen, S. (2017). The Social Context of Violence: A Study of Repeated Victimization in Adolescents and Young Adults. *Journal of Interpersonal Violence, 088626051769686*. doi:10.1177/0886260517696867
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. *American Journal of Psychiatry, 170*(10), 1114-1133. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070957
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(3), 241-266. doi:10.1111/jcpp.12507
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment. *American Journal of Psychiatry, 163*(6), 993-1000. doi:10.1176/ajp.2006.163.6.993
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*(1), 10. doi:10.1176/ajp.148.1.10
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge : En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (Rapport nr 1/2014). Retrieved from Oslo: [https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold\\_og\\_voldtekt\\_i\\_norge.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf)
- Thoresen, S., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2014). Social support barriers and mental health in terrorist attack survivors. *J Affect Disord, 156*, 187-193. doi:10.1016/j.jad.2013.12.014
- Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F., & Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European Journal of Psychotraumatology, 6*, 26259. doi:10.3402/ejpt.v6.26259
- Thulin, J., & Kjellgren, C. (2017). Treatment in Barnahus: Implementing Combined Treatment for Children and Parents in Physical Abuse Cases. In S. Johansson, K. Stefansen, E. Bakketeig, & A. Kaldal (Eds.), *Collaborating Against Child Abuse: Exploring the Nordic Barnahus Model* (pp. 75-94).
- Tolin, D. F., Foa, E. B., & Cooper, H. (2006). Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. *Psychological Bulletin, 132*(6), 959-992. doi:10.1037/0033-2909.132.6.959
- Tomasdottir, M. O., Sigurdsson, J. A., Petursson, H., Kirkengen, A. L., Krokstad, S., McEwen, B., . . . Getz, L. (2015). Self Reported Childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load. A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study.(Report). *10*(6). doi:10.1371/journal.pone.0130591
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol, 23*(2), 453-476. doi:10.1017/S0954579411000174
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 10*(6). doi:10.1016/j.cpr.2011.12.001

- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-Victimization in a National Sample of Children and Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323-330.  
doi:10.1016/j.amepre.2009.11.012
- Turner, H. A., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2017). Effects of Poly-Victimization on Adolescent Social Support, Self-Concept, and Psychological Distress. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(5), 755-780. doi:10.1177/0886260515586376
- UN, G. A. (1989). *Convention on the Rights of the Child, 20 November 1989*. United Nations Retrieved from <http://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html>.
- Wherry, J. N., & Dunlop, C. E. (2018). TSCC and TSCYC Screening Forms in a Clinical Sample: Reliability, Validity, and Creating Local Clinical Norms. *Child Maltreatment*, 23(1), 74-84.  
doi:10.1177/1077559517725207
- WHO. (2011). *ICD-10 : den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* Oslo: Helsedirektoratet - WHO.
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet : barns strategier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Åström, K., & Rejmer, A. (2008). "Det blir nog bättre för barnen": Slutrapport i utvärderingen av nationell försöksverksamhet med barnahus 2006-2007. Retrieved from Lund, Sverige:  
<http://childcentre.info/archive/reports/sweden/dbaFile15767.pdf>

# Vedlegg

1. KATE-Barn: Kartlegging av andre traumeerfaringer
2. Skyld og skam (SGATS)
3. Barnets voldserfaringer

# KATE-Barn: Kartlegging av andre traumeerfaringer (NKVTS 2015)

For å kunne hjelpe deg best mulig, er det hjelpsomt for oss å vite litt om hva du har opplevd. Nedenfor finner du spørsmål om ulike hendelser som barn og ungdom kan oppleve. Dersom noe av dette har skjedd med deg, og du følte deg redd, forvirret eller hjelpeløs så kryss av for JA. Om det er et spørsmål du ikke vil svare på, kan du krysse av for "PASS".

**Til Terapeut: Spørsmål som omhandler den aktuelle saken utelates.**

	NEI	JA	PASS
1 Har du noen gang opplevd en alvorlig ulykke? For eksempel en bilulykke.			
2 Har du noen gang opplevd en naturkatastrofe? For eksempel en kraftig storm, flom eller et lynnedslag.			
3 Har du noen gang opplevd terror eller krig?			
4 Har du noen gang hatt veldig skremmende opplevelser hos lege, tannlege eller på sykehus?			
5 Har noen mennesker som du har vært glad i blitt hardt skadet, alvorlig syk eller dødd plutselig?			
6 Har du noen gang opplevd alvorlig mobbing eller trusler? Gjelder også på internett og mobil.			
7 Har du noen ganger blitt bortført eller kidnappet, eller har noen forsøkt å tvinge deg inn i en bil?			
8 Har du noen gang blitt slått, angrepet, overfalt, ranet, skadet eller blitt truet av noen <i>utenfor</i> familien?			
9 Har du noen gang sett andre <i>utenfor</i> familien blitt slått, slåss eller angripe hverandre?			
10 Har du noen gang sett noen <i>i familien din</i> bli slått, slåss eller angripe hverandre?			
11 Har du blitt slått, sparket, dyttet, lugget eller lignende eller truet med dette av noen <i>i familien din</i> ?			
12 Har noen tatt bilder av dine private kroppsdelene (tiss, rumpe, pupper)?			
13 Har noen tatt på dine private kroppsdelene, eller har du blitt tvunget til å ta noen andre på deres private kroppsdelene (tiss, rumpe, pupper)?			
14 Har noen voldtatt deg dvs tvunget deg til anal, oral eller vaginal samleie? <u>For mindre barn</u> : Har du noen gang opplevd at noen har tatt tissen sin inntil eller inn i din tiss/rumpe/munn?			
15 Har du opplevd noe annet som har gjort deg redd eller hvor du følte deg forvirret eller hjelpeløs?			

- I så fall hva?

Hvilke(n) av hendelsene over plager deg mest nå? Skriv inn nummer.

16. Synes du det har vært opprørende eller stressende å svare på disse spørsmålene?

1	2	3	4	5	6	7
Ikke			Veldig			

# SKYLD OG SKAM<sup>1</sup>

Sett kryss i kolonnen som beskriver hvor ofte det som står i listen under har vært plagsomt for deg **de siste to ukene:**

	Nei	Ja, litt	Ja, mye	Vet ikke/ pass
1. Har du bekymret deg over hva andre mennesker kan tenke om deg etter det som skjedde?				
2. Har du forsøkt å skjule det som skjedde, eller noe av det?				
3. Har du opplevd at andre har trukket seg vekk fra deg etter det som skjedde?				
4. Har du skammet deg over noe av det som skjedde?				
5. Har du sett ned på deg selv etter det som skjedde?				
6. Har du bebreidet seg selv for noe av det som skjedde? (legge skylden på deg selv)				
7. Har du opplevd at noen andre har klandret deg for noe av det som skjedde?				
8. Har du hatt plagsomme tanker om noe du kunne ha gjort annerledes for å hindre at det skjedde?				
9. Har du hatt plagsomme tanker om at du skulle ha gjort noe annerledes da det skjedde?				
10. Har du følt at du gjorde noe galt?				
11. Har du hatt skyldfølelse for noe av det som skjedde?				

<sup>1</sup> Shame and Guilt After Trauma Scale (SGATS, utviklet ved NKVTS)



## Barnets voldserfaringer

Studie ID:

Registrert av ansatte ved Barnehuset på bakgrunn av saksopplysninger som den ansatte normalt har tilgang til. **Det er kun opplysninger som fremkommer av politianmeldelse, avhør og annen kjent informasjon fra barnevern og politi som skal føres i skjema.**

### Hva slags type politianmeldelse foreligger (sett ett eller flere kryss)

Seksuelt overgrep	
Seksuelt overgrep over nett	
Fysisk mishandling	
Psykisk vold	
Vitne til vold i hjemmet	
Generell omsorgssvikt/neglekt	

### Antall siktede i saken (\_\_\_\_\_ personer)

Kjønn	K	M
	Far/stefar	
Mor/stemor		
Mor eller fars kjæreste		
Søsken over kriminell lavalder		
Søsken under kriminell lavalder		
Annen slektning		
Skoleansatt		
Annen type tillitsforhold		
Kjæreste		
Venn		
Bekjent		
Gjerningspersonens ID kjent, ingen relasjon med barnet fra tidligere		

Ukjent gjerningsperson

## Har barnet har vært til medisinsk undersøkelse i forbindelse med den aktuelle saken tidligere (sett kryss)?

Nei

Hvis nei, spesifiser hvorfor: \_\_\_\_\_

Ja, på Barnehuset

Ja, på en barneavdeling på et sykehus

Ja, på legevakten

Ja, på en annen helseinstitusjon (hvis ja, spesifiser)

## Seksuelle overgrep

Tvunget til samleie ved bruk av fysisk makt eller ved trussel om å skade barnet eller nærstående

Uønsket seksuell kontakt når barnet var bevisstløs eller så beruset at han/hun ikke kunne samtykke eller sette seg til motverge

Involvert i seksuelle handlinger som hun/han var for ung til å forstå eller samtykke til

På annen måte presset til seksuelle handlinger

## Type seksuelle overgrep

Penetrasjon i skjeden

Oralsex

Analsex

Penetrasjon ved bruk av objekt

Beføling av barnets kjønnsorgan

Beføling av overgriperens kjønnsorgan

Tvunget til å posere

- direkte
- bli fotografert
- over internett

Blitt forevist pornografi

Andre seksuelle krenkelser

Hvis andre, spesifiser: \_\_\_\_\_

### Utfyllende opplysninger:

Alle seksuelle overgrep samlet - skjedde dette

- en gang (sett kryss):
- flere ganger (sett kryss):

Ca antall eller tidsperiode:

Ca alder første gang SO skjedde:

Ca alder siste gang SO skjedde:

### Fikk fysiske skader (SO): Ja Nei Hvis ja, sett kryss under.

Blåmerker, sår, rifter i tilknytning til kjønnsorganene

Blåmerker, sår andre steder på kroppen

Brudd eller andre alvorlige skader

Kjønnsykdom

Graviditet

### Fysisk vold

Blitt lugget eller kløpet

Ristet eller dyttet voldsomt

Slått med flat hånd

Slått med knyttet hånd

Slått med gjenstand

Sparket

Banket opp (flere av handlingene over i serie)

Truet med våpen

Kveletak

Blitt påført brennmerker

Annet

Hvis annet, spesifiser:

### Utfyllende opplysninger

Tidsperiode:

Ca alder første gang det skjedde:

Ca alder siste gang det skjedde:

### Fikk fysiske skader: Ja Nei Hvis ja, sett kryss under.

Blåmerker

Sår eller brannskader

Ødelagte tenner

Brudd eller andre alvorlige skader

## Psykisk vold

Ydmyket, gjort narr av, ignorert eller fortalt at han/hun var verdiløs

Utsatt for trusler

- om skade av barnet selv eller noen hun/han var glad i
- om alvorlig sosiale konsekvenser

Annet (hvis ja, spesifiser):

Hvis annet, spesifiser:

### Utfyllende opplysninger

Tidsperiode:

Ca alder første gang det skjedde:

Ca alder siste gang det skjedde:

## Vitne til vold mellom foreldre/foresatte

Krangling og skriking i hjemmet

Fysisk vold mellom foresatte

### Utfyllende opplysninger

Tidsperiode:

Ca alder første gang det skjedde:

Ca alder siste gang det skjedde:

## Omsorgssvikt

Inadekvate fysiske forhold

- ikke nok mat
- feilernæring
- dårlig hygiene

Manglende tilsyn

Manglende oppfølging av barnets helsemessige utfordringer og behov

Manglende stimulering og emosjonell støtte

Måtte være omsorgsperson for egne foreldre eller søsken

Annet

Hvis annet, spesifiser:

### Utfyllende opplysninger

Tidsperiode:

Ca alder første gang det skjedde:

Ca alder siste gang det skjedde: