

Kapittel 15

Helse hos barn som kommer til Statens Barnehus

MIA CATHRINE MYHRE, FRODE SYRINGEN OG ELSE-MARIE AUGUSTI

SAMMENDRAG Denne studien kartla helse og traumesymptomer hos 75 barn og unge som hadde opplevd vold og seksuelle overgrep og kom til oppfølging ved Statens Barnehus Oslo. Vi fant at mange hadde fysiske og psykiske symptomer og dessuten andre traumeerfaringer i tillegg til den aktuelle politisaken. En systematisk kartlegging kan gi grunnlag for videre oppfølging i barnehuset, råd og anbefalinger til foreldre og hjelpeapparatet rundt barna, og for mer presise henvisninger til rett hjelpeinstans.

NØKKEWORD vold | seksuelle overgrep | barn og ungdom | helse | posttraumatiske stressreaksjoner

ABSTRACT This study assessed health and trauma symptoms in 75 children and adolescents who have experienced violence and/or sexual abuse, and admitted such experiences in police interviews. Physical and sexual abuse experiences were associated with somatic and mental health symptoms. Experiences of other potential traumatic events in addition to the current case were common. A systematic assessment of abused children can provide a valuable foundation for future follow-up.

KEYWORDS violence | sexual abuse | children and adolescents | health | post-traumatic stress reactions

INNLEDNING

Vi har fått robust kunnskap om at mange barn som utsettes for vold, er i risiko for å utvikle både somatiske, emosjonelle, adferdsmessige og sosiale problemer i tillegg til psykiske lidelser. Psykiske helseplager hos volds- og overgrep utsatte barn

og unge som særlig fremheves, er: posttraumatiske stressreaksjoner, angst, suicidalitet og depresjon (Annerbäck, Sahlqvist, Svedin, Wingren & Gustafsson, 2012; Gilbert et al., 2009; Kilpatrick et al., 2003; Norman et al., 2012; Trickett, Noll & Putnam, 2011). Teicher og Samson (2013) anslår en mer enn dobbelt risiko for så godt som alle psykiske lidelser hos volds- eller overgrepssatte, og at slike erfaringer er med på å forklare 54 prosent av tilfellene av depresjon i befolkningen og 67 prosent av selvmordsforsøkene. Det har i en rekke studier blant voksne de senere årene også blitt 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; Gilbert et al., 2009; Tomasdottir et al., 2015). Studier på ungdom peker i samme retning, og det er blant annet funnet høyere forekomst av plager som hodepine, søvnvansker, svimmelhet, magesmerter, ryggsmertor og dårlig appetitt i studier fra Sverige (Annerbäck et al., 2012; Jernbro, Svensson, Tindberg & Janson, 2012).

Forskning på konsekvenser av ulik voldseksposering har vist at mange er utsatt for ulike typer av vold både samtidig og på forskjellig tidspunkter i oppveksten, og videre at dette synes å gi en kumulativ effekt av stress som utgjør en særlig risiko for utvikling av helseplager (Aho, Proczkowska-Björklund & Svedin, 2016; Annerbäck et al., 2012; Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007a; Ford, Elhai, Connor & Frueh, 2010; Kessler et al., 2010; Turner, Finkelhor & Ormrod, 2010). Flere har videre undersøkt mønstre av voldsutsatthet og sammenhenger med vansker. Det er funnet størst vansker for dem som er utsatt for seksuelle og emosjonelle overgrep i barndommen, og særlig i sammenheng med andre negative barndomserfaringer (Debowska, Willmott, Boduszek & Jones, 2017; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009; Ford et al., 2010; Messman-Moore & Bhuptani, 2017; (Hodges et al., 2013). Vi vet videre at konsekvensene kan forverres av at barnet eller ungdommen opplever vold og overgrep over tid, i nære relasjoner, og i forbindelse med sin omsorgssituasjon (Alisic et al., 2014; Annerbäck et al., 2012; Kendall-Tackett, 2002).

Disse funnene fra kliniske og epidemiologiske undersøkelser understøttes av et større antall studier som har dokumentert biologiske funn som kan settes i sammenheng med symptomer og vansker hos barn utsatt for mishandling og omsorgssvikt. Det er vist at utviklingen av hjernen påvirkes, og at det kan oppstå endringer i organsystemene og den nevrokjemiske balansen som regulerer kognisjon, emosjoner, humør, personlighet og adferd, i tillegg til fysiologiske prosesser i kroppen (Cicchetti, 2013; Teicher & Samson, 2013, 2016). Det er også påvist at vold, overgrep eller omsorgssvikt kan settes i sammenheng med en dårligere kognitiv utvikling hos barn. Flere studier har vist dårligere eksekutive funksjoner, som inklude-

rer arbeidsminnekapasitet, impulskontroll, evnen til å planlegge og evnen til å opprettholde eller skifte oppmerksomhetsfokus, hos barn utsatt for vold og omsorgssvikt sammenlignet med barn uten slike oppveksterfaringer (Bernier, Carlson & Whipple, 2010; Spann et al., 2012). Dette er ferdigheter som også sees i sammenheng med barns evne til læring, sosial interaksjon, emosjons- og adferdsregulering (Diamond, 2013).

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 en diagnose, men kan være mer uspesifikke og mangfoldige. Mange kan i større grad oppleve vansker med læring og skole, vansker med relasjoner og adferdsvansker som selvskading, rusmisbruk, seksuell risikoadferd og annen risiko- og selvdestruktiv adferd (Annerbäck et al., 2012; Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Breslau et al., 2014; Jaffee, 2017; Jonkman, Verlinden, Bolle, Boer & Lindauer, 2013; Moffitt, 2013; Norman et al., 2012; Trickett et al., 2011). I tillegg har forskning vist at voldseksposering i barndommen viser en sammenheng med økt risiko for å oppleve andre overgrep senere i livet (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007b; Ford et al., 2010; Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015).

Med bakgrunn i den kunnskapen som foreligger om negative langtidskonsekvenser for helse etter vold og overgrep, ønsker vi her å studere helseplager hos barn på det tidspunktet det blir kjent at barnet har vært utsatt for vold. Vi vil her beskrive både psykisk og fysisk helse hos barn og unge som kommer til oppfølging ved Statens Barnehus Oslo (SBO), etter at de har vært til tilrettelagt avhør i forbindelse med avdekking og politietterforskning av vold og seksuelle overgrep. Symptomer og plager vil sees i relasjon til hvilke behov for helsehjelp barnet kan ha, og barnehusets rolle som tilrettelegger og hjelper.

METODE

Dette var en klinisk observasjonsstudie der deltakerne var barn og ungdom i alderen 10–18 år som kom til oppfølging ved SBO i perioden 01.10.16–30.11.18 i etterkant av at de hadde vært der til tilrettelagt avhør. Andre inklusjonskriterier var at de hadde status som fornærmet i saken og bekreftet vold i avhør. Innsamling av opplysninger inngikk som en del av kartleggingen som gjøres i en frivillig vurderingssamtale ved barnehuset, og ble innhentet av den ansatte ved barnehuset som fulgte opp barnet.

UTVALG

Det ble i perioden 01.10.2016–30.11.2018 gjennomført i alt 2231 avhør ved SBO. Av disse var 550 barn i vår målgruppe. Av disse kom 148 av barna tilbake til oppfølgingssamtale ved SBO og var aktuelle for prosjektet. Vi fikk samtykke til deltakelse i prosjektet for 75 barn. Det var ingen signifikant forskjell i alder, kjønn, landbakgrunn, type sak (utsatt for seksuelle overgrep versus annen vold) eller relasjon til overgriper mellom inkluderte og ikke-inkluderte.

VARIABLER

Informasjon om den aktuelle politisaken og hva barna hadde opplevd av volds- og overgrepserfaringer, ble registrert i et eget skjema av de ansatte ved barnehuset, basert på de opplysningene som var registrert i saken av politiet. Barnets forklaring ble kategorisert og registrert som: seksuelt overgrep, seksuelt overgrep over nett (internett), fysisk mishandling, psykisk vold, vitne til vold i hjemmet og generell omsorgssvikt/neglekt. 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).

I tillegg til voldserfaringer tilknyttet det anmeldte forholdet ble andre tidligere traumeerfaringer kartlagt med KATE-B: Kartlegging av andre traumeerfaringer – Barn (NKVTS, 2015). KATE er basert på spørsmålene i *The Traumatic Events Screening Inventory for Children* (TESI-C; Ribbe, 1996). Skjemaet inneholder 15 spørsmål om potensielt traumatiske hendelser med svaralternativene «nei», «ja» eller «pass» (dersom respondenten ikke ønsker å svare på spørsmålet).

Som mål på traumesymptomer ble måleinstrumentet Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996; til norsk ved Hogrefe & Melinder, 2012) benyttet. TSCC er et selvrapporderingsinstrument 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, i tillegg til to validitetskalaer som antyder respondentens responsstil (undersvar og oversvar). Gjeldende standardisering og normering ble gjennomført på en populasjon i Linköping, Sverige (Nilsson, Wadsby & Svedin, 2008). Reliabilitet (intern konsistens) for TSCC i denne studien viste Cronbach's 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 (Nilsson et al., 2008) og ved beregninger i denne studien.

Fysiske helseplager ble målt med the Children's Somatic Symptoms Inventory (CSSI-8) screening instrument. Dette er en forkortet versjon av the Children's Somatization Inventory (CSI-24) (Walker, Beck, Garber & Lambert). Deltakerne ble bedt om å oppgi hvor mye de hadde vært plaget av åtte forskjellige somatiske symptomer den siste måneden på en skala fra 0 (ikke plaget) til 3 (veldig mye plaget). Cronbach's alpha var 0,74.

Kjønn og alder ble registrert. Etnisitet ble målt ved spørsmål om foreldres fødeland og kategorisert ut fra om foreldre er født innen eller utenfor Norden, fordelt på tre 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 tre slik: *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 familien* (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). Aktuelle hjelpetiltak ble målt ved spørsmål om oppfølging i dag av følgende tjenester: fastlege, skolehelsetjeneste, PPT, BUP, barnevern eller annet.

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) eller multivariat variansanalyse med kovariater (MANCOVA). Sammenligning 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.

RESULTATER

Totalt deltok 75 barn og unge, fordelt på 52 jenter og 23 gutter, og gjennomsnittsalderen var 13,2 år. De anmeldte og registrerte forholdene er fordelt på kategoriene seksuelt overgrep N = 32 (42,7 %), seksuelt overgrep over internett N = 8 (10,7 %), fysisk mishandling 23 (30,7 %) og vitne til vold N = 12 (16,0 %). Ingen forhold omhandlet psykisk vold alene eller 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. Mange var utsatt for flere typer vold i tillegg til hovedkategori. Dette gjaldt særlig for gruppen utsatt for fysisk mishandling, der psykisk vold og/eller vitne til vold var mest gjennomgående tilleggsbelastning og forekom i 87,0 % av sakene, og ved vitne til vold der det i halvparten av sakene var registrert psykologisk vold i tillegg. For videre analyser vil voldskategoriene bli slått sammen til to hovedkategorier; seksuelle overgrep (N = 40) og annen vold (N = 35).

Tabell 15.1 gir en oversikt over utvalget totalt og forskjeller mellom eksponeringsgruppene *seksuelle overgrep* og *annen vold*. Det var signifikant flere jenter enn gutter som deltok i studien, hovedsakelig på grunn av at det var flere jenter enn gutter som kom til avhør og oppfølging etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. Det var ingen signifikant aldersforskjell mellom hovedgruppene. Det er signifikant flere voldshendelser innenfor familien i annen vold-kategorien da det hovedsakelig er denne type voldssaker som kommer til barnehuset. Det var en liten overvekt av enkelthendelser i kategorien seksuelle overgrep, mens det for annen vold i hovedsak dreide seg om flere hendelser, gjerne over flere år. Det var også signifikante forskjeller mellom hovedgruppene i utvalget når det gjelder *foreldres fødeland*, der det å ha foreldre som var født utenfor Norden, var mest vanlig i gruppen annen vold, og når det gjelder *bo- og familiestruktur* der det å ha skilte foreldre også var mest vanlig i gruppen annen vold. Med hensyn til kontakt med hjelpeinstanser var det ikke signifikante forskjeller mellom hovedgruppene, foruten at barn i gruppen annen vold oftere har vært i kontakt med barnevernet.

I tillegg til registrering av voldserfaringer fra anmeldelse og avhør ble andre potensielt traumatiske erfaringer som ulykker, naturkatastrofer og skremmende hendelser i forbindelse med behandling på sykehus eller hos lege og annen type vold kartlagt. For utvalget samlet oppga et flertall flere slike erfaringer (84,0 %), og de som var utsatt for annen type vold, hadde opplevd noe flere potensielt traumatiske hendelser enn dem utsatt for seksuelle overgrep, men denne forskjellen var ikke signifikant (tabell 15.1).

TABELL 15.1 Oversikt over utvalget med forskjeller mellom eksponeringsgruppene

Type	Totalt (N = 75)	Seksuelle overgrep (N = 40)	Annen vold (N = 35)	P-verdi
Kjønn				0,001**
Jenter	52	36	16	
Gutter	23	4	19	
Alder				0,549
M	13,17	13,75	12,51	
SD	(1,82)	(1,71)	(1,74)	
Relasjon til overgriper				<0,001**
Innenfor familie	44	12	32	
Utenfor familie	31	28	3	
Fødeland foreldre				<0,001**
Begge nordiske	33	26	7	
En fra Norden	19	7	12	
Ingen fra Norden	23	7	16	
Bo- og familiestruktur				<0,001**
Bor med begge foreldre	21	19	2	
Skilte foreldre	46	17	29	
Bor utenfor hjemmet	8	4	4	
Antall voldstyper i anmeldte forhold (1–6)				<0,001**
Én voldstype	43	34	9	
1 i tillegg	20	4	16	
2+ i tillegg	12	2	10	
Type anmeldt forhold				<0,001**
Enkelthendelse	22	19	3	
Gjentatte hendelser	40	14	26	
Tidligere traumeerfaringer (0-15)^a				0,136
0	12	4	8	
1–3	46	24	22	
4+	17	12	5	

a = Totalt antall rapporterte tidligere traumeerfaringer fra KATE utenom type vold i anmeldt forhold.

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

TRAUMESYMTOMER I UTVALGET SAMMENLIGNET MED NORMATIVT UTVALG

Traumesymptomer representert ved de kliniske skalaene – angst, depresjon, sinne, posttraumatisk stress og dissosiasjon målt med TSCC – viste i denne studien med unntak av skårer på skalaen sinne at barn som kom til oppfølging ved barnehuset, hadde signifikant flere symptomer målt mot det svenske normeringsutvalget (tabell 15.2) som er gjeldende for den norske manualen (Hogrefe & Melinder, 2012; Nilsson et al., 2008). De deltakerne som var blitt utsatt for seksuelle overgrep, skilte seg tilsvarende fra normativt utvalg (tabell 15.3), mens de som var utsatt for annen vold, hadde noe lavere symptomskårer og skilte seg signifikant fra normutvalget på færre symptomskalaer (tabell 15.4).

TABELL 15.2 Traumesymptomer (TSCC-skårer) for studiens utvalg sammenlignet med normativt utvalg

TSCC ^a	Samlet klinisk utvalg (N = 74)		Normativt utvalg ^b		t-tester
	M	(SD)	M	(SD)	p
ANG	6,36	(5,13)	4,07	(3,31)	< 0,001**
DEP	5,77	(4,64)	4,02	(3,82)	0,002*
SIN	4,04	(4,15)	4,04	(5,41)	1
PTS	9,43	(6,01)	5,05	(4,02)	< 0,001**
DIS	7,21	(5,16)	4,33	(5,77)	< 0,001**

Note. ^a TSCC = Trauma Symptom Checklist for Children, ANG = Angst, DEP = depresjon, SIN = sinne, PTS = posttraumatisk stress, DIS = dissosiasjon. ^b Normativt utvalg (N = 728) er hentet fra den svenske valideringsstudien for TSCC (Nilsson et al., 2008). * = p < 0,05 ** = p < 0,001.

TABELL 15.3 Traumesymptomer (TSCC-skårer) ved seksuelle overgrep sammenlignet med normativt utvalg

TSCC ^a	Seksuelle overgrep (N = 39) ^b		Normativt utvalg ^c		t-tester
	M	(SD)	M	(SD)	p
ANG	7,15	(5,46)	4,07	(3,31)	< 0,001**
DEP	7,05	(4,95)	4,02	(3,82)	< 0,001**
SIN	4,72	(4,37)	4,04	(5,41)	0,355
PTS	10,59	(6,04)	5,05	(4,02)	< 0,001**
DIS	8,53	(5,66)	4,33	(5,77)	0,001**

Note. ^a TSCC = Trauma Symptom Checklist for Children, ANG = Angst, DEP = depresjon, SIN = sinne, PTS = posttraumatisk stress, DIS = dissosiasjon. ^b Dissosiasjonsskalaen er basert på $n = 38$. ^c Normativt utvalg (N = 728) er hentet fra den svenske valideringsstudien for TSCC (Nilsson et al., 2008). * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,001$

TABELL 15.4 Traumesymptomer (TSCC-skårer) ved annen vold sammenlignet med normativt utvalg

TSCC ^a	Annen vold (N = 35)		Normativt utvalg ^b		t-tester
	M	(SD)	M	(SD)	p
ANG	5,49	(4,65)	4,07	(3,31)	0,083
DEP	4,34	(3,87)	4,02	(3,82)	0,589
SIN	3,29	(3,82)	4,04	(5,41)	0,273
PTS	8,14	(5,78)	5,05	(4,02)	0,003*
DIS	5,86	(4,21)	4,33	(5,77)	0,046*

Note. ^a TSCC = Trauma Symptom Checklist for Children, ANG = Angst, DEP = depresjon, SIN = sinne, PTS = posttraumatisk stress, DIS = dissosiasjon. ^b Normativt utvalg (N = 728) er hentet fra den svenske valideringsstudien for TSCC (Nilsson et al., 2008). * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,001$

HELSEPLAGER OG TRAUMESYMTOMER

Bakgrunnsvariabler presentert i tabell 15.1, og som viste signifikante forskjeller mellom eksponeringsgruppene *seksuelle overgrep* og *annen vold*, ble først sammenlignet med subskalaer på TSCC for å vurdere om forskjellene mellom utvalgene også ga utslag på symptomskalaene. Enveis ANOVA viste signifikante

kjønnsforskjeller på de kliniske skalaene depresjon ($F(1, 72) = 9,40; p = 0,003; \eta^2 = 0,115$) og posttraumatisk stress ($F(1, 72) = 10,19; p = 0,002; \eta^2 = 0,124$). Jenter hadde signifikant høyere symptomtrykk enn gutter på disse skalaene. TSCC-skårene korrelerte ikke med alder, unntatt for depresjon, $r = 0,249, p = 0,033$, der eldre barn viste flere symptomer på depresjon. Enveis ANOVA viste ikke signifikante forskjeller på TSCC-skårer ut fra relasjon til overgriper eller for-eldres fødeland.

Tabell 15.5 viser skårene for traumesymptomer (TSCC) på de kliniske skalaene angst, depresjon, sinne, posttraumatisk stress og dissosiasjon, somatiske symptomer (CSSI-8) og søvnvansker innenfor de to hovedkategoriene seksuelle overgrep og annen vold. Gruppen utsatt for seksuelle overgrep rapporterte signifikant høyere skårer for angst og depresjon ved enkel sammenligning av gjennomsnittsverdier, men når forskjeller på TSCC mellom hovedkategoriene ble undersøkt med multivariat variansanalyse (MANCOVA), kontrollert for kjønn og alder, var det ikke lenger signifikante forskjeller i symptomtrykk på TSCC mellom gruppen barn som hadde opplevd annen vold, og barn som hadde opplevd seksuelle overgrep.

TABELL 15.5 Traumesymptomer (TSCC-skårer), somatiske symptomer (CSSI-8) og søvnvansker gruppert for seksuelle overgrep og annen vold

	Seksuelle overgrep (N = 39)		Annen vold (N = 35)		t-tester
	M	(SD)	M	(SD)	p
TSCC^a					
ANG	7,15	(5,46)	5,49	(4,65)	0,164
DEP	7,05	(4,95)	4,34	(3,87)	0,011*
SIN	4,72	(4,37)	3,29	(3,82)	0,140
PTS	10,59	(6,04)	8,14	(5,78)	0,080
DIS	8,53	(5,66)	5,86	(4,21)	0,031*
CSSI-8	5,49	(3,24)	3,40	(3,29)	0,007*
Søvnvansker	1,23	(0,17)	0,83	(1,20)	0,135

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

Mange barn rapporterte om ett eller flere somatiske symptomer (92 %), der 20 % rapporterte om ett symptom, 28 % rapporterte om to eller tre symptomer og 52 % rapporterte om fire eller flere symptomer. Av de åtte symptomene som inngår i

CSSI-instrumentet, var det ikke ett symptom eller symptombilde som pekte seg ut. Det var en tendens til at jenter rapporterte noe flere symptomer enn gutter, men det var kun en signifikant kjønnsforskjell når det gjaldt hodepine. Det var en tendens til noe økte somatiske symptomer med økende alder ($r = 0,313$, $p = 0,006$). Med hensyn til type sak skåret de som var utsatt for seksuelle overgrep, signifikant høyere enn dem som var utsatt for annen type vold (tabell 15.5). Størst forskjell var det for hodepine (gjennomsnitt 1,13 (SD 0,85) vs. 0,66 (SD 0,77), $p = 0,015$). Noe av denne forskjellen kan være betinget av at det var flere jenter i gruppen utsatt for seksuelle overgrep. I tillegg rapporterte over halvparten av deltakerne om søvnvansker (54,7 %), og en tredjedel var ganske mye eller mye plaget. Det var ikke signifikant forskjell mellom eksponeringsgruppene eller mellom jenter og gutter for søvnvansker.

DISKUSJON

Hensikten med studien var å undersøke helse hos barn som kommer til oppfølging ved SBO. Psykiske traumesymptomer og somatiske symptomer ble undersøkt i sammenheng med voldseksponering og bakgrunnsfaktorer. Med bakgrunn i de symptomene og plagene som ble funnet vil vi si noe om ungdommenes antatte behov for helsehjelp og barnehusets rolle.

Studien bekrefter som ventet at barn og unge utsatt for vold og overgrep rapporterer flere fysiske og psykiske vansker enn barn uten slike erfaringer i oppveksten. Ungdommene rapporterte sammenlignet med normeringsutvalget signifikant flere symptomer på angst, depresjon, posttraumatisk stress og dissosiasjon, men ikke på sinne, og flere rapporterte symptomer i klinisk og subklinisk område. Vi så ingen sammenheng mellom alder og traumesymptomer annet enn for depresjon, der høyere alder var forbundet med høyere skårer. Jenter skåret noe høyere enn gutter på TSCC. Det var flest jenter blant dem som var utsatt for seksuelle overgrep. Hvorvidt dette helt forklarer den økte symptombyrden blant dem som var utsatt for seksuelle overgrep eller om type overgrep også har betydning, hadde studien ikke statistisk styrke til å avklare. Vi fant som forventet gjennomsnittlig lavere skårer på TSCC enn det svenske kliniske utvalget i normeringsstudien (Nilsson et al., 2008) som 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. Oppfølging ved barnehuset skal som hovedregel ikke overta for behandling i spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern for barne- og unge, BUP), men være et tilbud til dem som ønsker det, og som ikke har annet tilbud. Det betyr at man ved barnehuset i

hovedsak gir oppfølging til en «mellom-gruppe» når gjelder symptomtrykk, der de med særlig høyt symptomtrykk allerede kan være i behandling ved BUP eller bli akutthenvist med eller uten bistand fra barnehuset, og at de uten vansker i mindre grad ønsker oppfølging fra barnehuset.

Vår studie viste at mange også har kroppslige symptomer. Fysiske symptomer er noe rådgivere ved barnehuset tidligere i liten grad har spurt om, og kun et fåtall av barna hadde vært til medisinsk undersøkelse. At mange også har denne typen plager, tilsier at også dette bør følges opp, og at de ansatte ved barnehuset bør vurdere å henvise til lege dersom bedring av psykiske symptomer ikke gir bedring i de kroppslige uttrykkene. Større prioritering av medisinske undersøkelser, slik det er foreslått i de nye faglige rådene for medisinsk undersøkelse ved barnehusene (Helsedirektoratet, 2019), vil gi mulighet til å fange opp kroppslige plager og udekkede fysiske helsebehov.

Vi fant også at mange hadde opplevd andre belastende livshendelser i tillegg til de voldserfaringene som den aktuelle politisaken omhandlet, og at også den aktuelle situasjonen kan være mer kompleks, ved at det i tillegg til de straffbare forholdene som etterforskes, foreligger omsorgssvikt og psykisk vold som ikke nødvendigvis kommer godt frem i politisaken. Dette er i tråd med annen forskning som viser at mange er utsatt for ulike typer av vold både samtidig og på forskjellig tidspunkt i oppveksten, og at mange opplever andre traumatiske hendelser i tillegg til vold, noe som også blir nærmere beskrevet i kapittel 6, «Ungdoms utsatthet for flere typer av alvorlige hendelser». Denne polyviktimiseringen har vist å gi en kumulativ effekt av stress som utgjør en særlig risiko for utvikling av helseplager. En fullstendig vurdering av barnets voldserfaringer og andre traumatiske hendelser er derfor en viktig del av utredningen ved barnehuset, som både kan være med på å legge premissene for barnevernets arbeid og være viktig for å vurdere barnets hjelpebehov fremover.

STYRKER OG SVAKHETER

Forutsetningene i denne studien er ulik de fleste andre kliniske studier da første betingelse er at barnet har vært til tilrettelagt avhør. Utvalget blir dermed avhengig av hvilke saker som blir anmeldt, og av politiets arbeid og prioriteringer og dessuten lovverket, og ikke av barnets symptomer eller situasjon for øvrig. Dette gjør at saker som omhandler fysisk og seksuell vold, i større grad enn psykisk vold og omsorgssvikt som ikke er like tydelig definert i straffeloven, kommer til barnehuset, noe som reflekteres i studiens utvalg. Videre er det en seleksjon i hvem som kommer for oppfølging på barnehuset, ved at de som allerede har et etablert

behandlingstilbud, i mindre grad kommer tilbake dit. Denne spesielle seleksjonen gjør at funnene blir mindre generaliserbare, men samtidig gir studien nyttig informasjon om en gruppe sårbare barn som det tidligere har vært vanskelig å nå i forskning.

En viktig begrensning ved denne studien er størrelsen på utvalget som gjør at en kun kan gjennomføre sammenligninger mellom hovedgrupper. En annen begrensning er mangel på kontrollgruppe eller normdata for fysisk helse, noe som gjør at vi kun kan beskrive slike plager hos barna uten å analysere om dette er forskjellig fra ungdomspopulasjonen for øvrig. Det er også vanskelig å analysere kumulative effekter da det er en tendens til at de enkelthendelsene som inkluderes, er alvorlige (for eksempel voldtekt, mens vold i hjemmet kan ha foregått over lang tid og romme mange forskjellige krenkelsers som enkeltvis kan betraktes som mindre alvorlige).

En styrke med denne studien er at de aktuelle voldserfaringene er kjent fra tilrettelagt avhør som har funnet sted relativt kort tid før inklusjon i studien, og så nært opptil at hendelsene har blitt kjent for utenforstående som mulig. Dette minimerer recall-bias og gjør at det foreligger så god kjennskap som mulig til aktuell sak. Kriteriet om at barnet har fortalt om vold i avhør, gjør også at vi her med stor sikkerhet kan si at vi studerer barn og ungdom med voldserfaringer. En annen styrke er den grundige kartleggingen med validerte instrumenter, og at denne gjennomføres av erfarne ansatte ved barnehuset som kan fange opp de unges reaksjoner og svare på spørsmål.

Forskning som involverer barn som er i en sårbar livssituasjon, krever nøye etisk overveielse. Nedre aldersgrense for deltakelse i studien var satt til ti år fordi vi anså det som viktig å få frem også yngre barns erfaringer, samtidig som barna måtte forstå hva det innebar å delta, og at dette var frivillig. Det at erfarne fagpersoner ved barnehuset sto for datainnsamlingen, var med på å ivareta deltakerne. De ansatte kunne benytte informasjonen fra kartleggingen i sine kliniske vurderinger slik at denne også kom barn direkte til nytte, og de hadde informasjon om voldserfaringer i den aktuelle saken fra tilrettelagt avhør og registrerte denne uten at barna selv ble nærmere spurt. Dersom det under vurderingssamtalen kom frem opplysninger som utløser opplysningsplikt til barnevernet eller avvergeplikt, ble dette håndtert av de ansatte ved barnehuset i tråd med deres rutiner. Samlet rapporterte deltakerne det som ganske lite opprørende å rapportere om traumeerfaringer, noe som tyder på at datainnsamlingen ikke var for belastende.

KONKLUSJON

Erfaringene fra studien tilsier at en systematisk kartlegging av symptomer og reaksjoner hos traumeutsatte barn gir en nyttig forståelse av hvilke utfordringer barna har. I tillegg understreker funnene fra studien hvor viktig det er å få god oversikt over barnets voldserfaringer og andre potensielle traumatiske hendelser barnet kan ha vært utsatt for. Begge deler er viktig som vurderingsgrunnlag for videre oppfølging i barnehus, råd og anbefalinger til foreldre og hjelpeapparatet rundt barna, og for mer presise henvisninger til rett instans. Studien bekrefter at en grundig og systematisk kartlegging er mulig innenfor barnehusenes rammer, og bidrar til å sikre bedre tilpasset oppfølging for utsatte barn og unge.

Funn av betydelige traumesymptomer, men lavere enn i en spesialisert klinikk, tilsier at barnehuset gir et tilbud til en gruppe som ellers kanskje ikke hadde fått hjelp eller hadde måttet vente på et tilbud i psykisk helsevern for barn og unge. Til forskjell fra spesialisthelsetjenesten er hjelpen også situasjonsbestemt og ikke avhengig av symptomer eller diagnoser. Barnehuset har dermed mulighet til å følge barnet i en kritisk fase og evaluere videre behov med hensyn til både helsehjelp og omsorgssituasjon. Kun et mindretall av barna i denne studiens målgruppe kom imidlertid tilbake til SBO for oppfølging, der andelen var lavest for dem som var utsatt for mishandling i nære relasjoner. Dette er barn som ofte er særlige sårbare med en vanskelig og uavklart omsorgs- 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 barneverntjenesten og andre steder, eller om det er en gruppe som i mindre grad får den oppfølgingen de har behov for.

Studien tyder overordnet på at barnehuset fyller et behov i omsorgskjeden for utsatte barn, og at de ansatte har en viktig koordinerende rolle, nærmere beskrevet i kapittel 10, «Mellomromsarbeid: om barnehusrådgiveres arbeidspraksiser» i denne antologien. Fremveksten av barnehusene, og den nye rollen som rådgiverne der har, er også med på å vise at arbeid med vold i nære relasjoner er et felt i bevegelse, der nye tjenester og behandlingsforløp har blitt og blir etablert.

LITTERATURLISTE

- Aho, N., Proczkowska-Björklund, M., & Svedin, C. G. (2016). Victimization, polyvictimization, and health in Swedish adolescents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 89–99. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S109587>
- 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. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.006>
- 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.63.5.726>
- 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. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002651>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02608.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. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.014>
- 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](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453)
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F. (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. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.212>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal faglige råd om medisinske undersøkelser i Statens barnehus*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nasjonale-faglige-rad-ved-medisinske-undersokelser-i-statens-barnehus>.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001>
- Hogrefe & Melinder, A. (2012). TSCC: Trauma Symptom Checklist for Children. Manual Supplement. Norsk versjon. Stockholm: Hogrefe Psykologiförlaget AB.
- Jaffee, S. R. (2017). Child Maltreatment and Risk for Psychopathology in Childhood and Adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 525–551. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02518.x>
- 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. <https://doi.org/10.1002/jts.21792>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00343-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00343-5)
- 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. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., Best, C. L., ... Vandenberg, 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.692>
- 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. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12193>

- 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. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000801>
- Myhre, M., Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer* (ISSN 0809-9103).
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.09.009>
- NKVTS. (2015). KATE-Barn: Kartlegging av andre traumeerfaringer. In. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- 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. <https://doi.org/10.1080/09297049.2011.595400>
- 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- 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). *PLoS ONE* 10(6). <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000174>
- Turner, H. A., Finkelhor, D. & Ormrod, R. (2010). Poly-Victimization in a National Sample of Children and Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323–330. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012>
- Walker, L. S., Beck, J. E., Garber, J. & Lambert, W. (2009). Children's Somatization Inventory: psychometric properties of the revised form (CSI-24). *J Pediatr Psychol*, 34(4), 430–440. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn093>