JanusCentret

CENTER FOR BØRN OG UNGE MELLEM 4 OG 18 ÅR MED SEKSUELT BEKYMRENDE ELLER SEKSUELT KRÆNKENDE ADFÆRD

Statusrapport XIIII
2003-2017

Ansvarshavende:
Direktør Mimi Strange
mst@januscentret.dk

Oplag:
300 stk.

Tryk:
Lasertryk

Grafisk design og tilrettelægning:
Lisbeth Eilenberger
lisei.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Forord	4
1.	Karakteristik af JanusCentrets klienter	7
1.1	Formål og afgrænsning	7
1.2	Klienternes køn, alder og nationalitet	8
1.3	Bopæl og familieforhold	9
1.4	Skole og mobning	10
2.	Omsorgssvigt	12
2.1	Passivt omsorgssvigt	12
2.2	Aktivt omsorgssvigt	13
2.2.1	Fysisk vold	14
2.2.3	Psykisk vold	15
2.2.4	Seksuelle overgreb	16
2.2.5	Underbygget mistanke om aktivt omsorgssvigt	18
2.3	Seksuel grænseløshed	18
3.	Seksuelle adfærdsproblemer og seksuelt bekymrende adfærd	20
3.1	Seksuelt bekymrende og krænkende adfærd	21
3.2	Typer af seksuelt bekymrende adfærd	22
4.	JanusCentrets test- og udredningsresultater	23
4.1	Diagnoser før JanusCentret	23
4.2	Intellektuelt funktionsniveau	24
4.2.1	Sproglig kompetence	25
4.2.2	Evne til perceptuel organisering og ræsonnering	25
4.2.3	Arbejdshukommelse og visiuomotorisk forarbejdningshastighed	26
4.3	Opmærksomhedsmæssige vanskeligheder	26
4.4	Autismespektrumforstyrrelse (ASF)	27
4.5	Personligheds- og følelsesmæssige vanskeligheder	27
4.6	Tegn på adfærdsforstyrrelse	28
4.7	Psykotiske træk	29
5.	Karakteristik af klienternes ofre	30
5.1	Offerets køn og alder	30
5.2	Relation mellem offer og klient samt sted for overgreb	32
5.3	Type krænkelser	33
5.4	Brug af tvang og trusler i forbindelse med overgreb	34
5.5	Disclosure – Kilden til afsløring af overgrebet	35
6.	Forældrebaggrund	37
6.1	Datagrundlag	37
6.2	Statsborgerskab og nationalitet	37
6.3	Civilstatus	37
6.4	Forældrenes beskæftigelse og uddannelsesniveau	38
6.5	Forældrenes psykiske helbredsproblemer	40
6.6	Forældrenes egne anbringelses- og overgrebshistorie	40
7.	Henvendelsesstatistik	42
7.1	Årsag til afslutning	43
7.2	Telefonhenvendelser udenfor målgruppen	43
8.	Kommuneoversigt	44

9.	**Særtema:** Polyviktimiserede klienter	**45**
9.1	Polyviktimisering i teorien	**45**
9.2	Polyviktimisering i JanusCentret	**46**
9.3	Køn, alder og nationalitet	**46**
9.4	Bopæl og familieforhold	**47**
9.5	Omsorgssvigt	**47**
9.6	Traumatisk stress	**48**
9.6.1	Personligheds- og følelsesmæssige vanskeligheder	**48**
9.6.2	Traumeindikatorer	**48**
10.	Klienter med mental retardering	**49**
10.1	Køn, henvisningsårsag, alder og boforhold	**49**
10.2	Psykiatrisk komorbiditet	**49**
10.3	Overgreb og omsorgssvigt	**50**
	Praksiserfaringer fra arbejdet med flygtningebørn	**51**
	Referencer	**55**

Forord

Januscentret har siden sin oprettelse i 2003 undersøgt og behandlet børn og unge mellem 4 og 18 år med seksuelle adfærdsproblemer samt indsamlet og formidlet viden om målgruppen.

Denne rapport er den 15. i rækken af statusrapporter og markerer således JanusCentrets 15 års jubilæum.

Klinik- og videnscenterfunktion har i alle årene været tæt forbundne og dermed muliggjort, at det klinisk-psykologiske arbejde har været vidensbaseret.

Januscentret har siden 2014 været nationalt videnscenter og stået for den landsdækkende videns–indsamling.

Der er sket meget – og meget glædeligt – på området i det forløbne år: Der er nu fire centre i landet til at hjælpe børn med seksuel bekymrende og krænkende adfærd. Århus og Ålborg kommuner har siden ultimo 2013 haft klinikker til målgruppen og i februar 2018 åbnede Januscentret en klinik i Odense (Januscenter Syd), som dækker Region Syddanmark.

Der er således nu virkelig tale om, at der er et landsdækkende tilbud til børn og unge, der er seksuelt grænseoverskridende overfor andre børn.

Dette har kun kunnet iværksættes, fordi der igennem alle årene har været stor velvillighed til at støtte arbejdet økonomisk via satspuljemidler. Siden 2014 har centrene været på Finansloven med bevilling til medfinansiering af drift af klinikker og finansiering af det nationale videnscenter.

Indsamling og formidling af viden om målgruppen er en nødvendig forudsætning for at kunne forebygge seksuelle overgreb mellem børn, opspore uhensigtsmæssig seksuel bekymrende adfærd rettidigt og intervenere så tidligt som muligt. Hertil kommer at yde bedst mulig udredning og behandling på et vidensbaseret grundlag, når der er sket overgreb.

Effektive interventioner skal baseres på forskning og højtspecialiseret klinisk erfaring og viden. Vi skal handle ud fra vi ved og ikke hvad vi tror og synes.

Vi har i tidligere statusrapporter belyst og dokumenteret, at børnene i målgruppen oftest har en lang række vanskeligheder, der kalder på såvel tværsektorielt som tværfagligt samarbejde under devisen: Fælles børn – fælles ansvar.

Det nye, større antal børn og unge, som udgør datagrundlaget i denne rapport (nu knap 5oo klienter), understøtter de fund, vi tidligere har offentliggjort. Samtidig belyser vi nye områder og ny viden, som kan generere bedre interventioner gerne med afsæt i tidlig indsats.

Mange af børnene har en række udfordringer såsom neuropsykiatriske vanskeligheder, svære opvækstvilkår, social eksklusion med videre. Mange har oplevet alvorligt omsorgssvigt af fysisk, psykisk og/eller seksuel karakter. For en stor dels vedkommende er der ligeledes tale om, at de har været udsat for flere forskelligartede risikofaktorer, som tilsammen har en kumulativ indvirken på det enkelte barns trivsel og udvikling.

Samlet skaber dette en udtalt udsathed, som følger barnet ind i ungdoms- og voksenlivet. Dette dokumenterede vi i forrige statusrapport (XIV) for første gang i en registerdataundersøgelse (se del 2, s 42-56) af børn og unge, der tidligere har været i kontakt med Januscentret.

Vi har som i tidligere rapporter dels en gennemgang af det nyeste datamateriale og dels fokus på udvalgte temaer, der kan belyse de undergrupper, der tilsammen udgør den heterogene gruppe børn og unge med seksuelle adfærdsproblemer.

Rapporten falder derfor i år i følgende fire dele:

1. Udvalgte data fra den nyeste dataindsamling med opdateret viden om målgruppen
2. Gruppen af børn og unge med seksuelle adfærdsproblemer, som samtidig er polyviktimiserede
3. Klienter med mental retardering
4. Klienter med flygtningebaggrund

Januscentret har videreudviklet såvel kliniske som forskningsmæssige tiltag siden sidste statusrapport i 2017. Du kan læse om det hele i nærværende rapport.

En særlig tak til de familier (forældre og børn), som har gjort det muligt at videreudvikle vores viden for at hjælpe målgruppen bedst muligt og til psykologerne, som daglig gør deres bedste for at hjælpe de børn og unge, som komme til vores klinikker.

Med venlig hilsen og god læselyst
På Januscentrets vegne

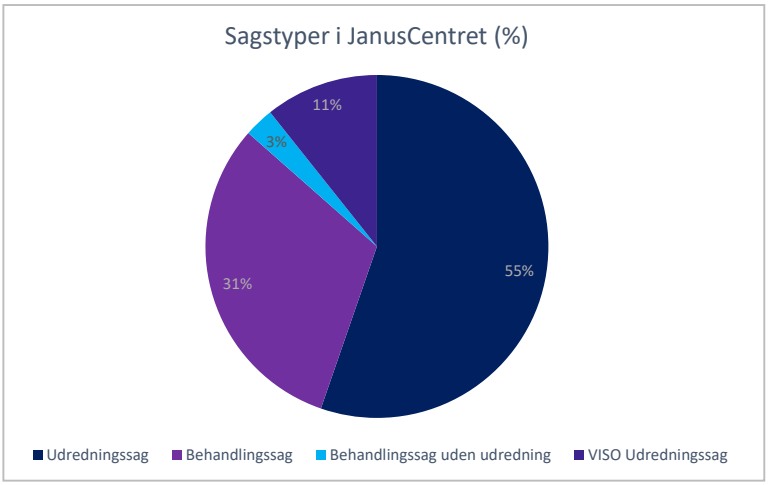
Mimi Strange — *Sarah Bonnemann Egebæk*
Direktør — *Klinisk psykolog og videnskabelig medarbejder*

> *Effektive interventioner skal baseres på forskning og højtspecialiseret klinisk erfaring og viden. Vi skal handle ud fra, hvad vi ved og ikke hvad vi tror og synes.*

1. Karakteristik af JanusCentrets klienter

JanusCentret har i perioden 2003-2017 indsamlet data på i alt 468 børn og unge i alderen 4-18 år, som alle har udvist bekymrende og/eller krænkende seksuel adfærd overfor andre børn og unge. Gruppen betegnes under ét i rapporten som klienter. Centret har desuden så vidt muligt indsamlet oplysninger om ofrene i de sager, hvor klienten har udvist krænkende adfærd. Det samlede antal ofre udgør i indeværende statusrapport i alt 576 børn og unge.

Fordelingen af sager i procent fremgår af figur 1.1. JanusCentret har fortsat flest udredningssager med 259 i alt. Antallet af behandlingssager, hvor centret samtidig forestår udredningen af klientens seksuelle adfærdsproblemer, udgør 146 sager, hvorimod kun 13 behandlingssager er gennemført uden en indledende udredning i løbet af centrets levetid. I 2013 blev JanusCentret godkendt som VISO[1] leverandør, og har siden afsluttet i alt 50 udredningssager i dette regi.



Figur 1.1: *Fordeling af afsluttede sager i JanusCentret i perioden 2003-2017, N = 468*

1.1 Formål og afgrænsning

Formålet med JanusCentrets statusrapport er at beskrive klientgruppen på områder af særlig klinisk og forskningsmæssig interesse. Dette gøres med henblik på at bidrage til den samlede viden om, hvilke karakteristika der kendetegner klientgruppen, deres adfærd samt profilen på deres eventuelle ofre. Rapporten er især tiltænkt professionelle, som arbejder med børn og unge i hverdagen, og dermed kan komme i berøring med sager, hvor der er udvist seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd. Det er centrets fortsatte ambition, at statusrapporterne kan bidrage til at forebygge overgreb fremadrettet netop ved at øge kendskabet til området blandt de relevante faggrupper.

Som i tidligere statusrapporter gennemgås en række overordnede baggrundskarakteristika om klienterne i kombination med nogle mere dybdegående temaer. Sidstnævnte fremgår af forordet, og behandles i særskilte afsnit i rapporten. Datagrundlaget er forøget med 48 sager sammenlignet med sidste statusrapport, som blev udgivet i 2017.

[1] *VISO er den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation på social- og specialundervisningsområdet.*

Der anvendes forskellige kilder ved indsamling af oplysninger om klienterne heriblandt forvaltningens sagsakter, kliniske interviews samt spørgeskemaer udfyldt af klienterne og deres netværk. I enhver given sag kan det i praksis være en stor udfordring at afdække det fulde billede af klienten, hvorfor flere af analyserne i rapporten ikke kan trække på det ovenfor angivne totale antal sager. Det vil løbende blive noteret, hvor mange sager de pågældende analyser baserer sig på. Dette angives i fodnoterne med betegnelsen "N".

Endelig bør det understreges, at sager altid visiteres til JanusCentret via den kommunale socialforvaltning og VISO. Rapportens data udgør dermed ikke en tilfældigt udvalgt og repræsentativ stikprøve, og de statistiske analyser kan således ikke generaliseres til den større, samlede population af børn og unge med seksuelt bekymrende og krænkende adfærd i Danmark. Der er i stedet tale om en klinisk population, hvilket læseren bør være opmærksom på. Kendetegn og baggrundsfaktorer hos centrets klienter må dog formodes at være sammenlignelig med den større gruppe, som de er en del af, hvorfor resultaterne af analyserne fortsat har relevans for dem, som skal arbejde med at forhindre overgreb blandt børn og uge samt udrede og behandle både ofre og den krænkende part i de enkelte sager[2].

1.2 Klienternes køn, alder og nationalitet

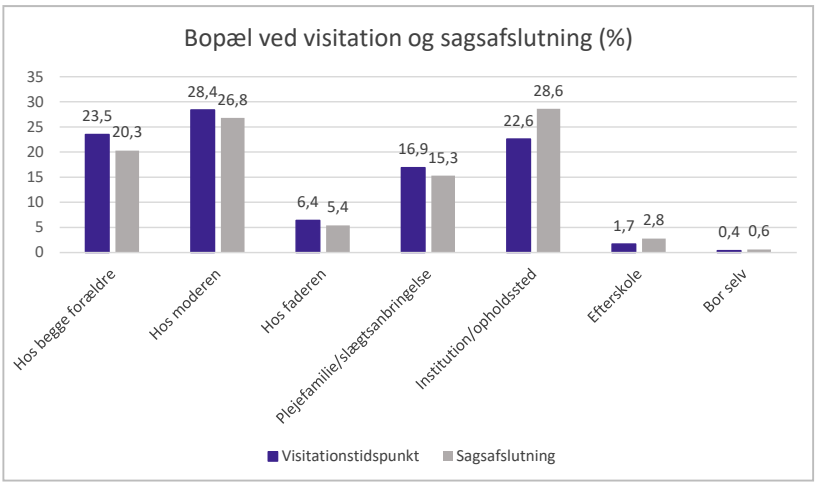
JanusCentret ser fortsat en meget stor andel af drenge i klientgruppen, hvorimod kun et begrænset antal piger har modtaget udredning eller behandling i centrets regi. Således er 87 procent af klienterne drenge, og kun 13 procent piger. Dette stemmer overens med det generelle billede, idet der også internationalt er observeret en klar overvægt af drenge i gruppen af børn og unge med seksuelt bekymrende og krænkende adfærd (Friedrich, 2007).

Klienternes gennemsnitlige alder på tidspunktet for afholdelse af visitationsmødet i centret er 12,2 år[3]. Til sammenligning er gennemsnitsalderen for klienter med krænkende adfærd ca. 11 år på det tidspunkt, hvor de begår deres første seksuelle overgreb[4]. Centret har observeret dette mønster gennem en længere periode, hvilket indikerer, at der fortsat er en vis forsinkelse i forhold til enten at opdage krænkelserne eller til iværksættelsen af en specialiseret indsats rettet mod det krænkende barn.

Dansk etnicitet er den mest hyppigt forekommende i JanusCentrets klientgruppe. Således har næsten 91 procent dansk afstamning, og kun 9 procent har et andet etnisk tilhørsforhold. Sidstnævnte gruppe er kommet til Danmark som flygtninge eller indvandrere fra primært ikke-vestlige lande.

2 Det må formodes, at JanusCentret gennemsnitligt ser flere sager, som er i den grovere ende af spektret indenfor den samlede population af børn og unge i Danmark med den pågældende adfærd. De statistiske analyser i rapporten vil derfor formentlig udvise en mindre overestimering af karakteristika for det gennemsnitlige barn med seksuelle adfærdsproblemer.
3 N = 463
4 N = 377

1.3 Bopæl og familieforhold



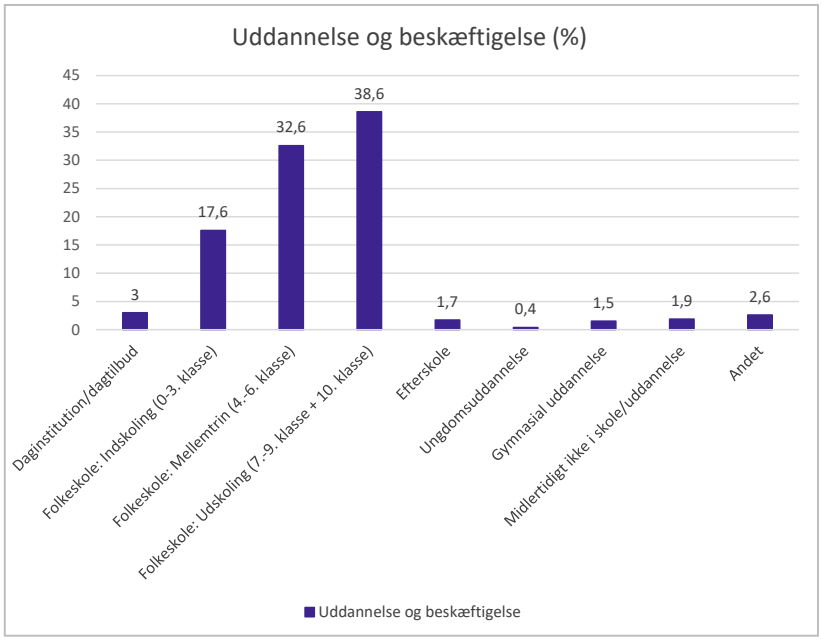
Figur 1.2: *Procentmæssig fordeling af klienternes bopælssituation på visitationstidspunktet og ved sagsafslutning, N=462*

Centrets klienter kommer overvejende fra en brudt familie. Således er næsten 74 procent af klienterne fra hjem, hvor forældrene ikke bor sammen længere. Omkring 40 procent er anbragt uden for hjemmet, typisk på en specialiseret institution eller hos plejeforældre. Som det fremgår af figur 1.2, bor ca. 35 procent af klienterne hos den ene forælder, og kun lidt under en fjerdedel af klienterne bor hos forældre, hvor samlivet er bevaret.

Der ses visse ændringer i klienternes bopælsforhold fra det tidspunkt, hvor visitationsmødet i sagen afholdes og til tidspunktet for sagens afslutning[5]. Seks procent flere klienter bor på en institution eller et opholdssted, når deres forløb er afsluttet i centret[6], og andelen af klienter der bor hos én eller begge forældre falder samtidig signifikant[7]. Der er flere mulige forklaringer på dette mønster. Forældrene til klienterne har ofte store udfordringer med at håndtere og korrigere børnenes problemadfærd samt give dem den fornødne støtte i hverdagen. Her kan en plads i et specialiseret tilbud være en hensigtsmæssig løsning. Derudover afdækkes der gennem udredningsforløb i JanusCentret jævnligt tilfælde af omsorgssvigt, som gør det nødvendigt at kommunen foretager en anbringelse af klienterne udenfor hjemmet med henblik på en virkningsfuld støtte- og behandlingsindsats efter endt udredning. Endelig kan det i forbindelse med sager, hvor klienten har krænket et andet barn, være nødvendigt at anbringe klienten uden for hjemmet for at undgå, at klienten krænker sine søskende eller andre børn og unge, som kommer hos familien.

5 N = 462
6 McNemar test, $p \leq 0.01$
7 McNemar test, $p \leq 0.01$

1.4 Skole og mobning



Figur 1.3: *Procentmæssig fordeling af klienternes uddannelses- og beskæftigelsessituation på visitationstidspunktet, N=267*

I overensstemmelse med klienternes gennemsnitlige alder, som omtalt ovenfor, går langt størstedelen af centrets klienter i folkeskolen på visitationstidspunktet. Dette er tilfældet for 88,8 procent af gruppen med kun mindre andele beskæftiget videre i uddannelsessystemet. Kun tre procent af klienterne er fortsat så små, at de er i enten daginstitution eller dagtilbud, og meget få af klienterne er gamle nok ved deres første besøg i JanusCentret til at være startet på en ungdomsuddannelse[8].

Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (tidligere SFI, nu VIVE) lavede i 2016 på vegne af JanusCentret en opfølgende undersøgelse af, hvordan 330 tidligere klienter i JanusCentret efterfølgende har klaret sig på en række udvalgte områder herunder uddannelse (Lausten, 2016). Af andelen af unge i alderen 15-17 år gik kun 2,7 procent i gymnasiet, og 68,5 procent gik stadig i folkeskolen. Til sammenligning gik 32,2 procent af de ikke-udsatte unge på samme alderstrin i gymnasiet, og 12,2 procent færre gik i folkeskolen. Samtidig var 16,4 procent af de tidligere klienter ikke involveret i nogen form for uddannelse, hvilket gjorde sig gældende for 4,9 procent af de ikke-udsatte unge. Der er således meget der tyder på, at centrets klienter har svært ved at opnå succes i uddannelsessystemet også senere i livet. En vellykket skolegang anses i litteraturen som en vigtig beskyttende faktor mod viktimisering i form af fysisk vold og seksuelle overgreb senere i livet (Oldrup et al., 2016). For så vidt angår opnåelse af højere uddannelse var billedet ikke ændret nævneværdigt for de 18-27-årige tidligere klienter, idet kun 3,3 procent gik i gymnasiet og 6,7 procent var i gang med en videregående uddannelse[9]. Størstedelen af denne gruppe var i stedet enten ikke i gang med en uddannelse (59,3 procent) eller i gang med en erhvervsfaglig uddannelse (19,3 procent).

[8] *N = 267*
[9] *De tilsvarende tal for den ikke-udsatte gruppe var 13,2 procent i gang med en gymnasial uddannelse og 27,4 procent på de videregående uddannelser.*

Der er imidlertid også andre faktorer, som må forventes at påvirke klienternes chancer videre i livet, og som samtidig er vigtige at være opmærksom på i det kliniske arbejde med gruppen. Hertil knytter sig relevant seksualundervisning, der kan skærpe klienternes forudsætninger for at håndtere udfordringer relateret til deres seksuelle sundhed samt tilbyde indsigt i emnerne seksualitet, køn, krop og følelser (Roien, Simovska & Graugaard, 2018). Centrets data viser endvidere, at 58,9 procent går i specialskole eller specialklasse på visitationstidspunktet[10]. Dette er betydeligt højere end andelen i den samlede befolkning, hvor kun fem procent er placeret i et tilbud rettet mod børn og unge med behov for særlig hjælp og støtte (Ministeriet for Børn, Unge og Ligestilling, 2016). Der er desuden tegn på mistrivsel i skolen. Således har den gennemsnitlige klient skiftet skole 1,8 gange inden opstart på forløbet i JanusCentret[11], og 48,5 procent har følt sig mobbet i skolen. Der tegner sig derfor et billede af en gruppe, som oplever betydelige vanskeligheder med at fungere i det sociale miljø i skolen, og som samtidig er fagligt udfordret på et niveau, der nødvendiggør en særlig indsats. En skoletid præget af nederlag, omskiftelighed og social eksklusion vil derfor formentlig også være en vigtig del af forklaringen på, hvorfor en stor del af klienterne efterfølgende falder bagud i uddannelsessystemet.

[10] *N = 448*
[11] *N = 341*

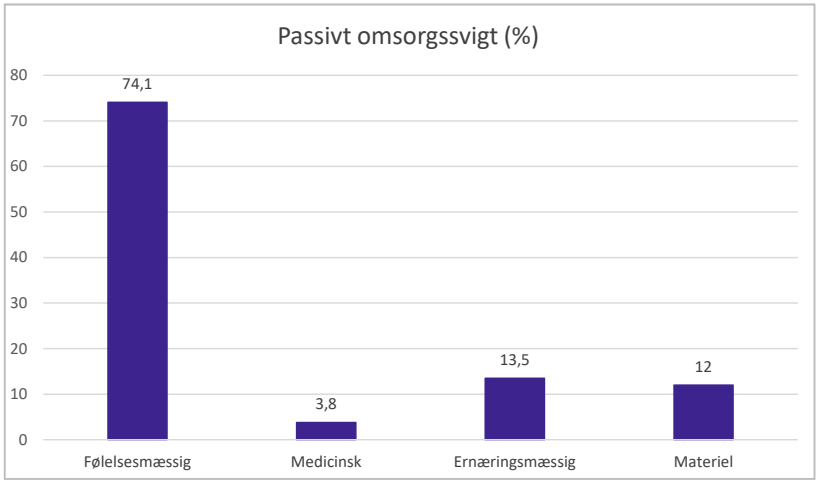
2. Omsorgssvigt

Omsorgssvigt kan defineres som en tilstand, hvor en person, der er afhængig af andre, ikke får den omsorg og hjælp som de har brug for. Svigtet kan ske på flere måder, eksempelvis forældre der ikke formår at stimulere eller trøste deres barn ved behov, eller mere aktive former som udøvelse af fysisk og psykisk vold mod barnet. Konsekvensen ved omsorgssvigt er i litteraturen velbeskrevet og kan eksempelvis være kilde til underudvikling af barnets emotionelle, sociale og kognitive evner, eller at barnet udsættes for direkte eller indirekte fare (Socialstyrelsen, 2018).

2.1 Passivt omsorgssvigt

JanusCentret definerer passivt omsorgssvigt som "at undlade at gøre det, man bør gøre". Svigtet kan være af følelsesmæssig karakter, hvor barnet ikke modtager den fornødne respons i form af tryghed, støtte og forståelse fra dets omsorgspersoner i udfordrende situationer. Svigtet kan også være af mere praktisk karakter, hvor barnet ikke klædes tilstrækkeligt på eller ikke medicineres i nødvendigt omfang.

Omkring 75 procent af centrets klienter har været udsat for passivt omsorgssvigt. De forskellige typer af svigt fordeler sig som det fremgår af figur 2.1.

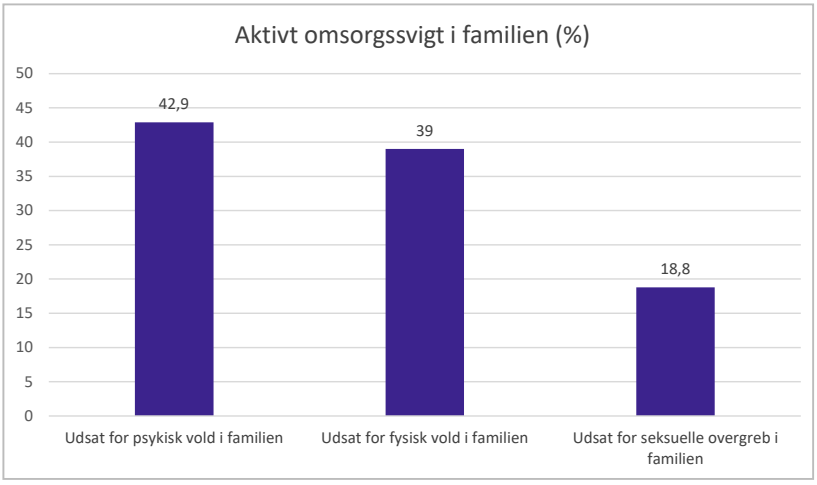


Figur 2.1: *Forekomsten af passivt omsorgssvigt angivet i procent, N = 451*

74,1 procent af klienterne har været udsat for følelsesmæssigt omsorgssvigt. 13,5 procent har oplevet ernæringsmæssigt svigt, og har således jævnligt fået enten for lidt eller forkert kost i løbet af opvæksten. 12 procent har oplevet materielt omsorgssvigt, hvilket dækker over, at barnet eller den unge eksempelvis ikke har fået tilstrækkeligt med tøj i forbindelse med skift i sæsonerne og lignende. Endelig har en mindre andel på 3,8 procent oplevet medicinsk omsorgssorgssvigt, og har dermed fået utilstrækkelig medicin, læge- eller tandlægehjælp i løbet af deres opvækst.
Særligt følelsesmæssigt omsorgssvigt skiller sig ud, idet en meget stor andel af klienterne har oplevet dette. Seksuelt bekymrende og krænkende adfærd forbindes i litteraturen blandt andet med følelsesmæssigt omsorgssvigt, hvor det omsorgssvigtede barn søger tilfredsstillelse af disse behov hos andre udenfor den nære familie, som af forskellige grunde kan være ude af stand til at give den ønskede kontakt. Behovet for den tætte fysiske kontakt, som ofte er en vigtig komponent i den følelsesmæssige omsorg, kan lede til situationer, hvor barnet eller den unge dermed kommer til at overskride andres fysiske grænser i forsøget på at tilfredsstille behovet for nærhed (Friedrich, 2007).

2.2 Aktivt omsorgssvigt

Aktivt omsorgssvigt defineres af JanusCentret som at "gøre noget, man ikke bør gøre". Der er således en aktiv komponent, idet man udsætter barnet eller den unge for en eller flere handlinger, som risikerer at skade barnet fysisk og psykisk. Der foreligger betydelig evidens for skadevirkningen af aktivt omsorgssvigt, som kan medføre en kraftig påvirkning af børn og unges selvbillede og oplevet livskvalitet. Der er navnlig evidens for en sammenhæng mellem oplevelse af fysisk vold og efterfølgende tilknytningsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser samt påvirkning af den kognitive udvikling hos børn, der udsættes for vold. Oplevelsen af psykisk vold har vist sig at have en negativ indvirkning på børns relationelle kompetencer samt i udviklingen af depression og somatiske problemer. Endeligt er seksuelle overgreb forbundet med udviklingen af lavt selvværd og posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), og kan desuden lede til overvejelser om selvmord hos børn og unge (Oldrup et al., 2016). Ikke kun oplevelsen af aktivt omsorgssvigt på egen krop kan resultere i psykiske og fysiske skader, men traumatisering som følge af at være vidne til vold og overgreb kan have tilsvarende, voldsomme konsekvenser (Holt, Buckley, & Whelan, 2008). Der er således en stor mængde evidens til støtte for, at oplevelsen af aktivt omsorgssvigt er et centralt område at belyse, når man arbejder med at forstå børn og unges udvikling af dysfunktionelle og skadelige adfærdsmønstre, som meget ofte vil kunne forbindes til deres egne oplevelser af svigt og overgreb[12].



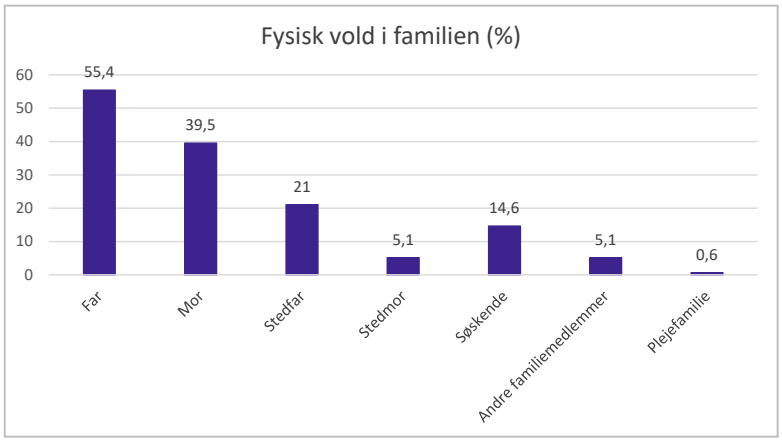
Figur 2.2: *Klienter udsat for aktivt omsorgssvigt i familien angivet i procent*

[12] *Aktivt omsorgssvigt er dog hverken en nødvendig eller tilstrækkelig årsag til, at børn udvikler seksuelle adfærdsproblemer. Der er tale om et meget komplekst område med mange mulige kombinationer af livsoplevelser og individuelle karakteristika, der tilsammen kan resultere i seksuelt bekymrende/krænkende adfærd, heriblandt også neuropsykiatriske vanskeligheder.*

2.2.1 Fysisk vold

En betydelig andel af JanusCentrets klienter har selv været udsat for fysisk vold begået af et familiemedlem. Dette er er tilfældet for 39 procent af gruppen[13]. Dette er noget højere end den samlede befolkning, hvor undersøgelser har estimeret, at omkring 9 procent af de danske børn i 7.klasse har oplevet mindre grov eller grov fysisk vold (Børnerådet, 2016) For klienternes vedkommende er der her tale om et ganske bredt spektrum af oplevelser, hvorfor nogle klienter vil have oplevet enkeltstående episoder, hvor andre har oplevet volden som et grundvilkår gennem meget af deres opvækst.

Ser man nærmere på den undergruppe af klienterne, som oplever intrafamiliær vold, er det ikke overraskende primært forældrene, som står for den aktive omsorgssvigt i denne sammenhæng[14]. Som det fremgår af figur 2.3[15] har 55,4 procent af gruppen oplevet vold fra faderen og 39,5 procent fra moderen. 26,1 procent er blevet udsat for fysisk afstraffelse af deres stedforældre og 14,6 procent af søskende. Der er derfor meget der tyder på, at klienternes omsorgspersoner af forskellige årsager kæmper med at håndtere og korrigere børnene på en hensigtsmæssig måde.



Figur 2.3: *Klienter udsat for fysisk vold i familien angivet i procent, N =157*

En lignende andel på 35,3 procent har desuden været vidne til vold mellem familiemedlemmer[16]. Klienterne har her i overvejende grad været vidne til, at forældrene har været voldelige overfor hinanden, idet 72,1 procent af gruppen har oplevet dette, mens 14,7 procent har set faderen være voldelig overfor et medlem af søskendeflokken, og 11,8 procent har oplevet det tilsvarende med moderen. 21,3 procent har været vidne til vold mellem andre familiemedlemmer, hvilket primært drejer sig om tilfælde af voldelige sammenstød mellem en af forældrene og deres nye kæreste[17].

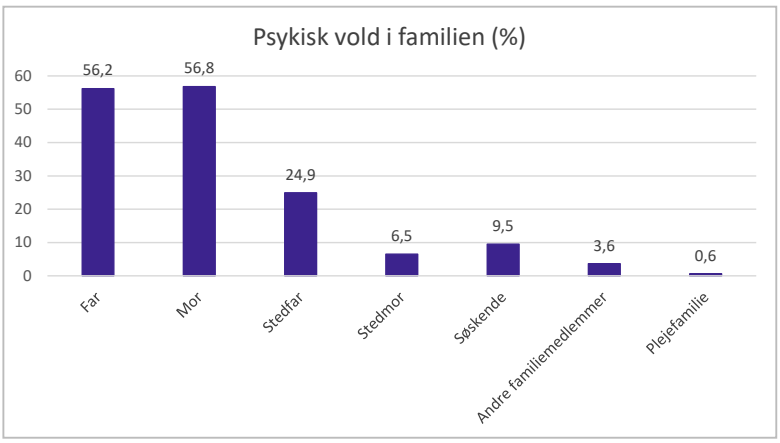
Endelig har centret undersøgt, hvor mange af klienterne der har oplevet vold uden for familien. Dette er tilfældet for knap 10 procent af gruppen, hvoraf 82,5 procent har oplevet volden fra andre børn og unge under 18 år, og i 20 procent af sagerne er volden udøvet af voksne[18]. Det begrænsede antal sager giver grund til forsigtighed i perspektivering af analyserne til den bredere gruppe af børn og unge med seksuelt bekymrende og krænkende adfærd, men den tydelige fordeling af den ekstrafamiliære vold i klienternes tilfælde indikerer, at volden som regel opstår som et resultat af svære relationer til jævnaldrende. Klinisk set er det et kendt fænomen blandt klienterne, at deres sociale kompetencer ofte er begrænsede. Udfordringer i skolen er et ganske tydeligt fænomen for den samlede klientgruppe, givet andelen placeret i specialklasse eller specialskole samt klienternes høje antal selvrapporterede tilfælde af mobning. Oplevelsen af voldelige episoder med andre jævnaldrende er derfor endnu et tegn på de udfordringer, som børn og unge med seksuelt bekymrende og krænkende adfærd ofte lader til at opleve i deres sociale relationer uden for familien.

16 N = 388
17 N = 136
18 N = 40

2.2.3 Psykisk vold

JanusCentret definerer psykisk vold som massiv og gentagen verbal ikke-fysisk vold, bestående af enten trusler, nedsættende bemærkninger, ydmygelser eller råben. Mere isolerede episoder, hvor f.eks. en forælder højlydt korrigerer et barns adfærd og råber ad barnet, vil derfor ikke blive klassificeret som psykisk vold. I de tilfælde, hvor adfærden får karakter af et mønster i familien, vil der dog være tale om en potentielt skadelig interaktion for barnet, som altså her betegnes som psykisk vold.

42,9 procent af det samlede antal klienter har været udsat for psykisk vold i familien, og det er således den type aktivt omsorgssvigt, som flest klienter har oplevet[19]. Ser man ligesom ovenfor nærmere på denne undergruppe, har ca. 57 procent oplevet den psykiske vold fra moderen og 56 procent fra deres far. 31,4 procent har oplevet psykisk voldelige stedforældre, hvoraf stedfaren tegner sig for klart størstedelen med omkring 25 procent. Tallene fremgår ligeledes af figur 2.4. Til forskel for udøvelsen af fysisk vold er der her en lidt mere ligelig fordeling mellem tilfælde, hvor moderen og faderen har været i skadevolderens rolle. Sammenlignet med den fysiske vold, adskiller centrets klienter sig i høj grad fra normalgruppen. Her har danske undersøgelse fundet, at mellem 8-17 procent har været udsat for psykisk vold (Børnerådet, 2016; Oldrup et al., 2016)[20].



Figur 2.4: *Klienter udsat for psykisk vold i familien angivet i procent, N = 226*

En tilsvarende stor andel af klientgruppen har været vidne til psykisk vold i familien, hvilket er tilfældet for 40,8 procent. Heraf er langt den overvejende del opstået mellem forældrene, hvilket 83,2 procent af undergruppen har været vidnet til. Dette understøtter billedet af de svære relationer internt i klienternes familier, som ofte er karakteriseret af opbrud og hyppige konflikter.

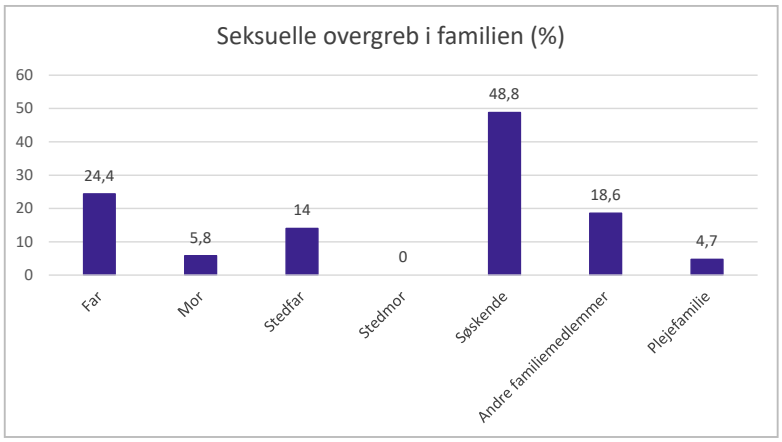
Psykisk vold er som tidligere nævnt forbundet med en øget risiko for relationelle udfordringer, og er derudover blevet teoretisk forbundet til usikkert tilknytningsmønster (Riggs, 2010). Særligt sidstnævnte er blevet koblet med udviklingen af seksuelt bekymrende og krænkende adfærd. Forældre, som har svært ved at forstå og reagere følsomt på barnets grænsesøgende adfærd, risikerer at forstyrre barnets kognitive og emotionelle opfattelse af, hvordan man indgår i en relation. Tilfælde af psykisk vold i familien kan være et eksempel på dette. Svigtet kan både efterlade barnet eller den unge med en problematisk tilgang til andre mennesker, og hvordan man opfylder sine følelsesmæssige behov, samt uopfyldte behov for at blive set og hørt (Friedrich, 2007). Opstår muligheden for en midlertidig opfyldelse af disse behov, vil arven fra den usikre tilknytning til de primære omsorgspersoner her kunne medvirke til, at andres grænser overskrides. Den manglende respekt for egne grænser, som klienterne ofte har oplevet i forbindelse med den psykiske vold, kan her være en medvirkende faktor til, at klienterne ikke respekterer andre børn og unges protester eller ubehag ved en situation, og kan desuden medvirke til, at brug af trusler og manipulation kan forekomme legitimt i klientens øjne.

[19] N = 396
[20] Det bør her nævnes, at Børnerådets definition af psykisk vold formentlig er bredere end JanusCentrets. Både mere aktive og passive varianter inkluderes her under den overordnede definition "ikke-fysiske reaktioner" i forbindelse med en konflikt mellem barnet og den voksne. Børnerådet inkluderer desuden overværelse af fysisk vold mod en anden i familien, hvilket JanusCentret som beskrevet tidligere undersøger separat.

Det er desuden blevet undersøgt, om centrets klienter har oplevet psykisk vold udenfor familien. 13,7 procent har oplevet dette, og i størstedelen af tilfældene, specifikt 89,1 procent, har børn og unge under 18 år været ansvarlige for volden. En andel på 14,5 procent har derimod været udsat for psykisk vold af voksne udenfor familien. Det skal her nævnes, at mobning og psykisk vold betragtes som forskellige fænomener. Mobning er tilfældet, hvor klienten gentagne gange og over længere tid bliver chikaneret, ekskluderet eller udsat for negative handlinger af en eller flere personer (Limber et al., 2006). Mobning kan derfor f.eks. også være fysiske handlinger, som ikke kan karakteriseres som voldelige, men som har en negativ og social ekskluderende funktion typisk blandt jævnaldrende. Særdeles grove tilfælde af mobning vil dog kunne indeholde elementer af psykisk vold, hvorfor de to fænomener ikke er helt adskilte. Som det blev beskrevet ovenfor, føler lidt under halvdelen af den samlede klientgruppe, at de er blevet mobbet i skolen. En mindre andel af klienterne vil derfor have oplevet tilfælde af mobning, som har været så voldsomme, at de samtidig kan beskrives som tilfælde af psykisk vold.

2.2.4 Seksuelle overgreb

At have oplevet seksuelle overgreb selv er ikke en nødvendig betingelse for at et barn udvikler seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd, men der er en klar sammenhæng mellem de to faktorer. Flere undersøgelser har således fundet ganske store andele af seksuelt misbrugte blandt de, der selv udvikler seksuelle adfærdsproblemer efterfølgende (Chaffin et al., 2006; Friedrich, 2007), og også for JanusCentrets klienter er mønsteret tydeligt. 33 procent af klienterne har oplevet bekræftede seksuelle overgreb før opstarten på deres forløb i centret[21] med en næsten ligelig fordeling af overgreb indenfor og udenfor familiens rammer[22]. Ser man på den gruppe, som har oplevet intrafamiliære krænkelser, er 24,4 procent blevet misbrugt af deres far og 5,8 procent af moderen. 14 procent har oplevet krænkelser fra deres stedfar. Den største andel er dog klienter, som er blevet krænket seksuelt af et medlem af søskendeflokken, hvilket er tilfældet for tæt på 49 procent af undergruppen. Herudover har 18,6 procent oplevet krænkelser fra andre familiemedlemmer, og en mindre andel på knap fem procent har oplevet seksuelt misbrug i deres plejefamilie. Opgørelsen kan ses i figur 2.5[23].



Figur 2.5: *Klienter udsat for seksuelle overgreb i familien angivet i procent, N = 88*

[21] *N = 468*
[22] *I familien N = 389, udenfor familien N = 390*
[23] *N = 86*

Den store mængde krænkelser oplevet mellem søskende afspejler formentlig især det forhold, at klienterne er en meget udsat gruppe, hvad angår oplevelsen af andre typer af passivt og aktivt omsorgssvigt. Som nævnt, vil oplevelsen af f.eks. vold, psykisk vold og manglende følelsesmæssig tilgængelighed kunne påvirke børnenes evne til at forstå og indgå i sunde relationer, hvor personlige grænser som udgangspunkt respekteres. Dette vil også være gældende for klienternes søskende. Kombineret med uopfyldte behov for nærhed, tryghed og forståelse er der stor risiko for, at dysfunktionelle relationer mellem søskende kan udvikle sig. Søskende vil alt andet lige generelt være lettere tilgængelige end andre mulige ofre, og den forudgående følelsesmæssige relation kan tillade en nemmere eskalering af grænseoverskridende adfærd. Hvor forældrenes kapacitet til at monitorere og korrigere uhensigtsmæssig adfærd mellem børnene samtidig er svækket grundet eksempelvis misbrug, egne psykiske vanskeligheder eller konflikter forældrene i mellem, vil dette kunne øge risikoen for udvikling af incestuøse forhold blandt børnene.

De seksuelle overgreb, som klienterne har oplevet udenfor familien, finder oftest sted med børn og unge under 18 år i den krænkende rolle. Dette er tilfældet i 80 procent af de registrerede krænkelser, hvorimod 20 procent i gruppen har oplevet krænkelser fra voksne udenfor familien. Her er der typisk tale om perifere bekendtskaber af familien som f.eks. nabo eller forældrenes ven. Der er ligeledes enkelte sager, hvor der er tale om seksuelle krænkelser fra en professionel voksen herunder pædagog eller lærer. I lighed med de andre typer aktivt omsorgssvigt har centret endvidere undersøgt, hvor mange af klienterne der har været vidne til seksuelle overgreb. En andel på 13,2 procent af klienterne har oplevet ét familiemedlem forgribe sig på et andet[24], med de hyppigste krænkelser mellem forældre eller mellem søskende. En tilsvarende andel har oplevet seksuelle krænkelser mellem andre familiemedlemmer, hvilket varierer fra krænkelser begået mod moderen af nye kærester til krænkelser mellem kusiner og halvsøskende[25]. Kun en mindre andel på fem procent af klienterne har været vidne til seksuelle overgreb udenfor familien[26]. Næsten alle overgrebene er her begået mellem andre børn og unge under 18 år.

Oplevelsen af seksuelle krænkelser er kædet sammen med en række forskellige risikofaktorer. Sammenlignet med børn og unge, som ikke har oplevet krænkelser, er markante forringelser af oplevet livskvalitet og trivsel fundet i undersøgelser af krænkede grupper og tilsvarende for børnenes egen vurdering af, hvordan det går i skolen. Risikoen for at opleve seksuelle krænkelser er samtidig forbundet med at være udsat for psykisk og fysisk vold. Således fandt Oldrup et al. (2016) betydelige forskelle mellem grupper af børn og unge, som har oplevet seksuelle krænkelser sammenlignet med ikke-viktimiserede unge, når man ser på andelene, som har oplevet psykisk og fysisk vold. Tilsvarende er det en betydelig risikofaktor at leve i en familie præget af konflikter og manglende evne til at finde løsninger på disse. Unge i denne situation har op til seks gange høj risiko for at opleve at være udsat for seksuelle overgreb, hvilket endnu en gang understreger den potentielle negative betydning af et dysfunktionelt hjem for børnenes relationelle og seksuelle udvikling (Oldrup et al., 2016).

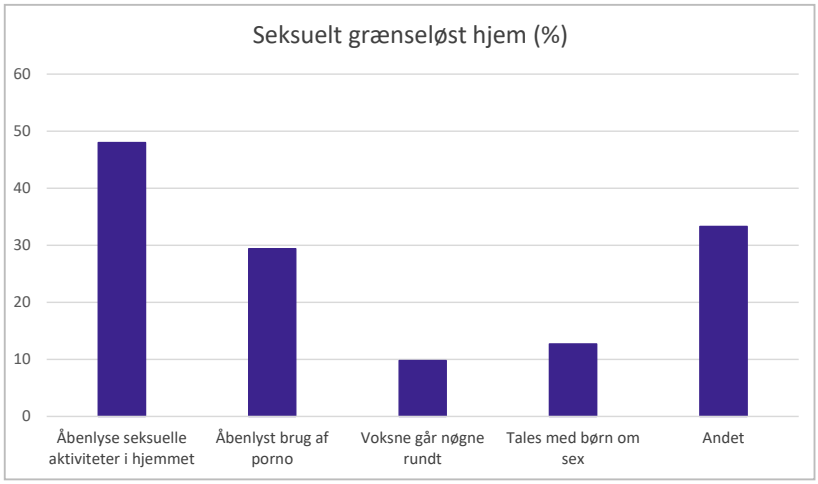
[24] *N = 385*
[25] *N = 50*
[26] *N = 398*

2.2.5 Underbygget mistanke om aktivt omsorgssvigt

Som et led i dataindsamlingen indhenter JanusCentret informationer om klienterne fra forskellige kilder, der samlet kan belyse barnets opvækstvilkår herunder udsættelse for seksuelle overgreb og vold. Det forekommer dog, at der kan være valid mistanke om aktivt omsorgssvigt i klientens opvækst, som ikke bliver endeligt bekræftet i udredningsforløbet. Det kan være i sager, hvor der f.eks. er beskrevet mistanke om overgreb i sagsakter eller ytret bekymring herom af professionelle i forbindelse med netværkssamtaler. For at mindske risikoen for overrapportering indgår mistankevariablen ikke i grundanalyserne, som præsenteret ovenfor. JanusCentret har i 2017 dog haft særlig fokus på det mørketal, der potentielt set forekommer i klientgruppen ved særskilt at registrer underbygget mistanke om overgreb og aktivt omsorgssvigt i klientsager. Ved inddragelse af mistankesager viser analyser, at op til 40 procent af klienterne kan havde været udsat for seksuelle overgreb, 42 procent for fysisk vold og op til 45 procent[27] kan havde været offer for psykisk vold. Samlet underbygger dette beskrivelsen af en svært belastet gruppe børn og unge, der måske endnu i højere grad end tidligere antaget må kæmpe mod ugunstige livsvilkår samt de fysiske og psykiske virkninger af aktivt omsorgssvigt.

2.3 Seksuel grænseløshed

33 procent af JanusCentrets klienter lever i et miljø karakteriseret af en eller flere typer af seksuel grænseløshed[28]. Herved forstås særligt familier hvor eksempelvis de voksnes seksuelle aktiviteter, forbrug af pornografi mv. foregår i det åbne, og barnet dermed ikke værnes mod udfoldelsen af den voksne seksualitet i hjemmet.



Figur 2.6: *Klienter udsat for forskellige former for seksuel grænseløshed i hjemmet angivet i procent, N = 308*

[27] *SN = 468*
[28] *N = 308*

Som det fremgår af figur 2.6, oplever denne gruppe af klienter en flerhed af problematiske udfoldelser af særligt forældrenes seksualitet. 48 procent bliver ikke skærmet fra forældrenes seksuelle aktiviteter og vil eksempelvis jævnligt kunne se eller høre, at forældrene dyrker sex. Knap 30 procent oplever åbenlys brug af pornografi i hjemmet, og 10 procent har forældre, som går nøgne rundt derhjemme. 12,7 procent af gruppen oplever, at forældrene taler med dem om seksuelle emner på en måde, som ikke er hensigtsmæssig som f.eks. ved at kommenterer seksuelt på barnets krop. Endelig har 33 procent oplevet andre typer af seksuel grænseløshed. Sidstnævnte dækker over en meget bred kategori af upassende adfærd overfor klienten eller andre i hjemmet. Det kan eksempelvis være tilfælde, hvor klientens udseende seksualiseres af gæster i hjemmet, eller hvor forældrene fortsat fast bader med eller sover i samme seng som klienterne på trods af, at de er blevet for gamle til det.

Ligesom de primære omsorgspersoner i barnets liv i høj grad er med til at forme dets grundlæggende oplevelse af bl.a. relationer, og hvordan man indgår i dem, vil børnene som resultat af social læring spejle sig i forældrenes adfærd og i vist omfang gengive både handlinger og udtalelser udenfor hjemmet (Bandura, 1977). Det er oplagt, at særligt seksuelt bekymrende adfærd kan stamme fra uhensigtsmæssige interaktioner og oplevelser med forældrene samt ældre søskende, hvor de yngre børn i familien kopierer det sete og hørte, når de eksempelvis befinder sig i skolen eller daginstitutionen. Eksempelvis fortæller klienter om, at de kysser deres forældre med tungen eller at forældrene har vist dem pornografisk materiale. Dette må forventes at påvirke klienternes opfattelse af, hvad der er normativ adfærd, hvilket efterfølgende kan give sig udslag i seksualiseret sprogbrug og adfærd udenfor hjemmet.

3. Seksuelle adfærdsproblemer og seksuelt bekymrende adfærd

Til klassificering af seksuel adfærd blandt børn og unge sondres der indenfor litteraturen mellem tre former for seksuel adfærd:

- Normativ seksuel adfærd
- Bekymrende seksuel adfærd
- Krænkende seksuel adfærd

JanusCentret beskæftiger sig særligt med de to sidste typer, hvor intervention er krævet både af hensyn til barnet og dets omgivelser. Det er vigtigt at være opmærksom på, at også børn udviser seksuelt relateret adfærd, som ikke blot er normativ, men også er en vigtig del af deres udvikling og med stor sandsynlighed en grundpille for deres evne til at indgå i sunde, intime relationer senere i livet. Den infantile seksualitet udfolder sig både i familien og udenfor familien, og børns doktorlege og interesse for både eget og andres køn, forskellene på mænd og kvinder mv. er en vigtig del af deres udforskning af både omverdenen og dem selv (Stevnhøj & Strange, 2016; Zeuthen, 2016).

Seksuelle adfærdsproblemer samler de to sidste kategorier ovenfor. Der er ikke tale om en egentlig medicinsk eller psykologisk udledt diagnose, men derimod adfærd som falder udenfor rammerne af, hvad samfundet vil acceptere eller tillade. Det er således klart, at området i et vist omfang er kulturelt betinget og samtidig er en funktion af, hvad der er normalt for børn og unge at gøre på forskellige stadier i deres udvikling. Et adfærdsmønster observeret hos en 13-årig vil ikke nødvendigvis vække bekymring, men samme mønster kan være et tegn på alvorlig forstyrrelse hos et 7-årigt barn. JanusCentret har udviklet og udgivet Bekymringsbarometeret siden 2010, som tilsigter en overskuelig klassifikation af seksuel adfærd blandt børn og unge på forskellige alderstrin ud fra, om der bør gribes ind eller ej. Bekymringsbarometeret er netop tænkt som et værktøj til personer, som arbejder med børn og unge i dagligdagen og derved ofte vil være nogle af de første til at blive opmærksom på mulig problemadfærd[29].

Seksuelle adfærdsproblemer defineres grundlæggende ud fra to kriterier. For det første involverer adfærden kropsdele, som er relateret til seksuel stimulation (bl.a. genitalier, anus, baller og bryster), og for det andet skal adfærden være udviklingsmæssigt upassende eller potentielt skadeligt for barnet selv eller andre. Det er ikke nødvendigt, at barnet eller den unge har et seksuelt motiv med adfærden, da selv adfærd, som med voksne øjne kan synes stærkt seksualiseret, kan være motiveret af helt andre behov hos barnet, f.eks. nysgerrighed, angst, imitation, opmærksomhedsbehov eller selv-beroligelse (Chaffin et al., 2016). Det er desuden et kendt fænomen, at egne offeroplevelser kan medføre imitation hos børn og unge, som dermed kan udvikle seksuelle adfærdsproblemer på baggrund af oplevede overgreb.

Seksuelle adfærdsproblemer kan variere betydeligt fra sag til sag og fordeler sig over et spektrum af alvor. For nogle børn er adfærden fuldt ud rettet mod dem selv, og kan eksempelvis manifestere sig som tvangspræget onani eller en fascination af at være nøgen i offentligheden. I de mest bekymrende tilfælde ses der fysiske krænkelser med stor alders- og/eller udviklingsmæssige forskel mellem den krænkende part og offeret, avanceret seksuel adfærd, aggression eller brug af tvang og trusler overfor offeret. Brug af overtalelse, modydelser mv. betragtes ligeledes som en skærpende omstændighed.

[29] Barometeret er opdelt i farvekategorier ud fra ideen om et trafiklys, hvor grøn indikerer, at barnet eller den unge udviser normativ og alderssvarende adfærd. Orange indikerer, at barnet eller den unge udviser adfærd, som kræver skærpet opmærksomhed og eventuel indgriben. Rød indikerer, at barnet eller den unge udviser adfærd, der kræver øjeblikkelig indgriben. Bekymringsbarometeret er tilgængeligt via JanusCentrets hjemmeside (www.januscentret.dk) og kan også bestilles på telefon 33690369. Det er desuden oversat til flere sprog, og kan derfor bl.a. fås i en engelsk udgave.

I JanusCentret skelnes der overordnet mellem seksuelt bekymrende adfærd og seksuelt krænkende adfærd. Kategoriseringen af adfærden afhænger samtidig af klientens alder og funktionsniveau, mentale udvikling, seksuelle udviklingsstadie samt adfærdens alvor (se evt. også Bekymringsbarometret, JanusCentret, 2016). Ligeledes vurderes de aldersmæssige og udviklingsmæssige forskelle på de børn, der er involveret i adfærden. Det er JanusCentrets behandlere, der i hver enkelt sag vurderer alvorsgraden og karakteren af adfærden, dog kan det undertiden være udfordrende at vurdere, hvorvidt der er tale om krænkende adfærd eller ej. Centret bruger her det vejledende princip, at der skal være tale om målrettet fysisk krænkelse af et eller flere ofre, altså "hands on", hvis adfærden skal kategoriseres som værende krænkende[30].

3.1 Seksuelt bekymrende og krænkende adfærd

Omkring 28 procent af centrets klienter er alene henvist til udredning eller behandling på baggrund af seksuelt bekymrende adfærd og har således ikke nogen ofre på visitationstidspunktet. Omvendt har 72 procent af klienterne udvist seksuelt krænkende adfærd[31]. Der er visse forskelle de to grupper. Således er gennemsnitsalderen for de klienter, som alene har udvist seksuelt bekymrende adfærd 10,6 år, hvorimod den krænkende gruppe i gennemsnit er ca. 13 år ved visitation i centret[32]. Det er den kliniske vurdering, at de seksuelle adfærdsproblemer ofte starter i den bekymrende ende med risiko for udvikling af krænkende adfærd, hvis der ikke gribes ind.

Denne vurdering underbygges umiddelbart af aldersforskellen mellem de to grupper ved visitation samt af varigheden af den krænkende gruppes SBA, som for 75 procents vedkommende har varet i flere år før opstarten på forløbet i JanusCentret. Gennemsnitsalderen for første krænkelse i gruppen er ca. 11,7 år, og dermed for manges vedkommende omkring tidspunktet for pubertetens begyndelse. Der er således noget der tyder på, at klienter som udviser seksuelt bekymrende adfærd som børn senere er i forøget risiko for at dette eskalerer til krænkende adfærd ofte særligt omkring det tidspunkt, hvor de oplever de fysiske effekter af puberteten. Det er derfor centralt, at de tidlige tegn på forstyrrelser i den seksuelle udvikling hos børn opdages og vurderes af professionelle med henblik på at undgå, at adfærden eskalerer.

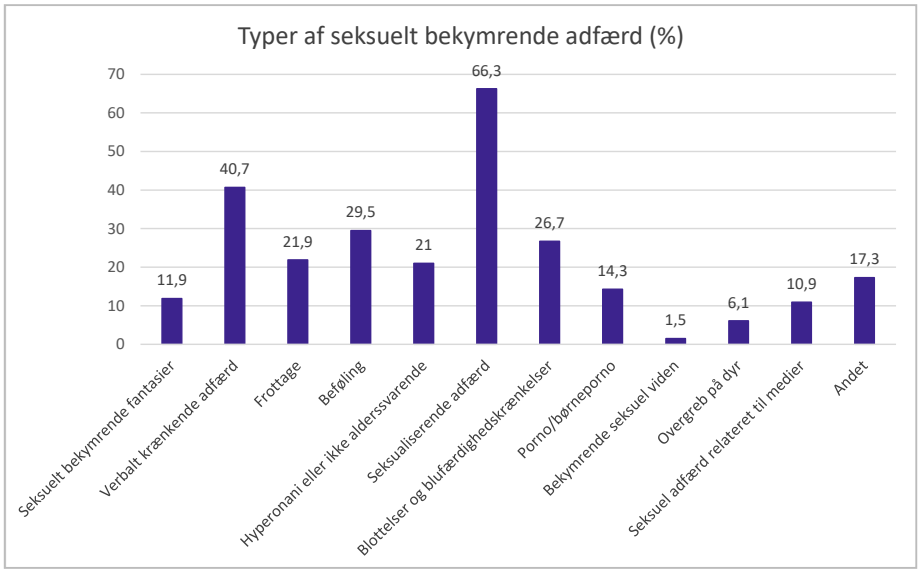
Tallene for den samlede klientgruppe understøtter også denne konklusion. 70,4 procent har udvist seksuelt bekymrende adfærd foruden eventuelle krænkelser[33], og en tilsvarende andel på ca. 72 procent har udvist den bekymrende adfærd i et eller flere år før henvisningen til JanusCentret[34]. Endelig har 25,9 procent af klienterne begået overgreb forud for deres henvisning til centret[35]. Der tegner sig dermed et billede af, at også i den større gruppe har den seksuelle problemadfærden i gennemsnit vist sig i en længere periode, før klienten kommer i kontakt med JanusCentret. Der kan være flere forklaringer på dette mønster. JanusCentret har i 2013 undersøgt litteraturen om disclosure, dvs. hvilke aktører og omstændigheder som bevirker afsløringen af overgreb børn og unge imellem[36]. Konklusionerne herfra peger i retningen af, at der ofte er en stor modvilje fra offerets side i forhold til at fortælle bl.a. forældre og andre voksne omsorgspersoner om oplevelser med overgreb. Spørgsmålet om disclosure drøftes yderligere i afsnit 5.5, hvor der ses nærmere på centrets oplysninger om omsorgssvigt og mistanke.

[30] *Selv her kan det være svært at skelne. Et godt eksempel er IT-relaterede krænkelser, hvor den fysiske del af definitionen ofte vil være fraværende i særdeles målrettede krænkelser. IT-relaterede overgreb er i en forskningsmæssig forstand et forholdsvist nyt fænomen, som på flere områder udfordrer de anvendte kategorier i litteraturen (Jansen, 2017).*
[31] *N = 466* · [32] *t (464) = 7,31, p < 0,01* · [33] *N = 454* · [34] *N = 295* · [35] *N = 452*
[36] *Det bør bemærkes, at størstedelen af litteraturen på området retter sig mod at forstå disclosure om overgreb begået af voksne, og dermed ikke mellem børn og unge, som er emnet for denne rapport. Konklusioner fra litteraturundersøgelsen er lavet med dette in mente, og det antages, at flere af faktorerne også er relevante for afsløring af overgreb mellem unge jf. Statusrapport år 2013-2016.*

Som nævnt umiddelbart ovenfor udløses de seksuelle adfærdsproblemer ofte af dysfunktionelle intrafamiliære processer, hvis effekter klienten sjældent vil vokse fra uden hjælp. JanusCentret har gennem en årrække afholdt kurser bl.a. rettet mod sagsbehandlere, skoler samt pædagogisk personale med henblik på at oplyse om området generelt samt for at betone behovet for en specialiseret indsats overfor de børn og unge, som udviser den seksuelt problematiske adfærd. Behovet for opkvalificering og oplysning af klienternes netværk er desuden et fokuspunkt i forbindelse med udredning og behandling i de sager, hvor klienten alene udviser seksuelt bekymrende adfærd netop for at forhindre en fremtidig eskalering til krænkende adfærd.

3.2 Typer af seksuelt bekymrende adfærd

Ser man nærmere på de forskellige typer af seksuelt bekymrende adfærd, som JanusCentret har registreret i sagerne, tegner der sig umiddelbart et billede af et fænomen med et komplekst og varieret udtryk. Fordelingen af klienternes adfærd kan ses i figur 3.1[37].



Figur 3.1: *Procentmæssig fordeling af typer af seksuelt bekymrende adfærd[38 39], N = 329*

Tallene varierer kun i meget begrænset omfang mellem den samlede gruppe og klienter med krænkende adfærd[40]. Der er således ikke umiddelbart noget i den seksuelt bekymrende adfærd, som kan give et forvarsel om, hvilket klienter der vil begå krænkelser fremadrettet, hvilket understøtter indtrykket af, at der på mange måder er tale om en samlet gruppe, når man alene ser på udtryksformerne for den seksuelt bekymrende adfærd.

De hyppigste typer seksuelt bekymrende adfærd er seksualiserende og verbalt krænkende adfærd, som henholdsvis 66,3 og 40,7 procent af klienterne har udvist. Herefter følger blottelser og blufærdighedskrænkelser, som er observeret hos 26,7 procent af klientgruppen, beføling med 29,5 procent, frottage[41] på 21,9 procent samt onani af problematisk karakter, som 21 procent af klienterne har udvist. Endelig ses også lidt mindre andele af klienterne, som har udvist bekymrende adfærd i den meget alvorlige ende af spektret med seksuel kontakt med dyr, brug af ulovligt pornografisk materiale mv. Om end den seksualiserende og verbalt krænkende adfærd ofte kan være grænseoverskridende at være vidne til, kan disse typer betegnes som de mere milde former. Der kan være tale om, at klienten ofte bruger voldsomt og seksuelt nedladende sprog, har en indladende adfærd overfor andre eller lader neutrale emner med seksuel betydning. Det bør understreges, at der skal være tale om et mønster, idet børn til tider gentager seksuelle ord eller sætninger, som de har hørt fra andre. Samtidig vil de fleste børn kunne adfærdskorrigeres i disse situationer, hvilket ikke er tilfældet for centrets klienter. Her er manglende effekt af tilrettevisning en vigtig markør i vurderingen af den seksuelle adfærd jf. Bekymringsbarometret.

[37] N = 329. Klienterne har som ved tidligere analyser udvist flere typer af seksuelt bekymrende adfærd, hvorfor tallene summerer til mere end 100 procent. · [38] "Andet" indebærer forskellige former for seksuelle lege med og uden andre børn, selvpenetration, prostitution, indtagelse af egne ekskrementer samt seksuelt selvskadende adfærd. · [39] Kategorien "Seksuel adfærd relateret til medier" dækker over for eksempel afsendelse af seksuelle SMS'er, deling af egne og andres nøgenbilleder på internettet, seksuelle chatsamtaler med voksne samt anden seksualiseret adfærd på chat, Skype eller Facebook. · [40] N = 210 · [41] Frottage er tilfældet, når en personer gnider sig med personer eller genstande for at opnå seksuel tilfredsstillelse.

4. Test- og udredningsresultater

JanusCentret har i perioden 2003-2017 gennemført psykologiske udredninger i 405 sager. Udredningerne har som formål at afdække klientens kognitive niveau samt eventuelle personligheds- og følelsesmæssige vanskeligheder, som der skal tages hensyn til i forbindelse med den videre behandlingsindsats.

Der anvendes følgende tests i udredningsforløbet: WISC-IV (med deltest fra WISC-III), WPPSI og WAIS, TOVA og Rorschach. Med udgangspunkt i testresultaterne foretages en vurdering af klientens intellektuelle funktionsniveau, forekomsten af vanskeligheder ved vedvarende opmærksomhedsstyring (som det for eksempel kan ses ved ADHD) og personlighedsmæssige ressourcer, herunder følelsesmæssig forvaltning, interpersonel og social kompetence samt tilknytningsevne.

4.1 Diagnoser før JanusCentret

Som indtil videre dokumenteret i rapporten har klienterne generelt haft svære vilkår både socialt og psykisk gennem en længere periode før opstarten i centret. 67,2 procent af den samlede gruppe[42] har ligeledes tidligere været i en form for psykologisk eller psykiatrisk behandling. 61,9 procent af denne klientgruppe har været i kontakt med enten Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) eller et børnerådgivningscenter og 54,1 procent har haft et forløb hos en børnepsykiater[43]. Tallene indikerer, at klienternes symptomer og adfærd ofte har bragt dem i professionelles fokus forud for deres forløb i JanusCentret.

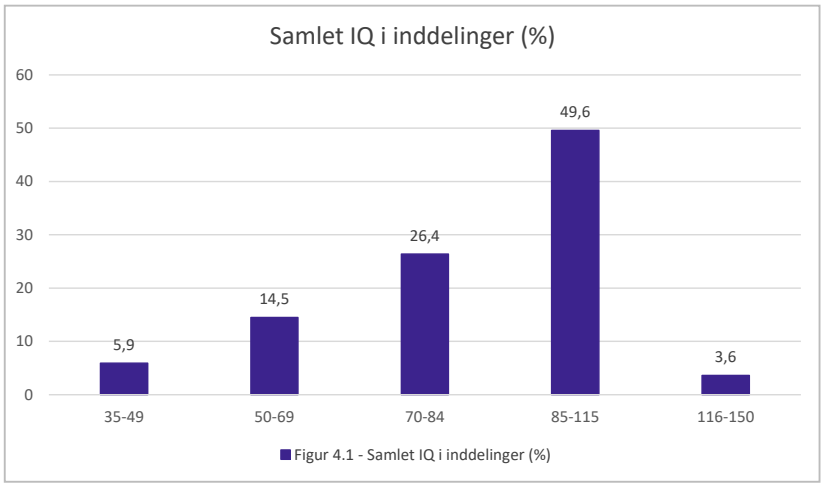
En ganske stor andel af klientgruppen har fået konstateret en børnepsykiatrisk lidelse forud for udredningsforløbet i JanusCentret. Omkring halvdelen af den samlede gruppe er diagnosticeret med en eller flere psykiatriske lidelser, som centret har særligt fokus på grundet velunderbyggede sammenhænge mellem disse og seksuelle adfærdsproblemer.

23,2 procent af gruppen er diagnosticeret med forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed (ADHD), hvis kernesymptomer består af uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsiv adfærd. Til sammenligning diagnosticeres ca. 2-3 procent af børnepopulationen i Danmark med ADHD (sundhed.dk). 11,1 procent er diagnosticeret med en tilknytningsforstyrrelse, som typisk ses hos tidligt omsorgssvigtede børn. Symptomerne på en reaktiv tilknytningsforstyrrelse vil typisk vise sig indenfor de første fem år af barnets liv, hvor der ses vedvarende anormale mønstre i barnets sociale interaktioner. Eksempler på dette kan være følelsesmæssige forstyrrelser, hyperårvågenhed og angst, når barnet indgår i sociale interaktioner, som er reaktive ved ændringer i barnets miljø (WHO, 1992). Endelig har 8,5 procent af den samlede klientgruppe mentalt retarderede af forskellig grad, og 6,5 procent er tidligere blevet vurderet til at have autismespektrumforstyrrelse (ASF)[44].

[42] *N = 460*
[43] *N = 307. Andelene summerer igen til mere end 100 procent, da 70 klienter har været i kontakt med mere end ét tilbud i det offentlige.*
[44] *N = 461*

4.2 Intellektuelt funktionsniveau

Ved testning med WISC-IV kan der udregnes en kvotient for det samlede kognitive funktionsniveau udtrykt via en såkaldt intelligenskvotient (IQ). Det europæiske diagnosesystem ICD-10 inddeler intelligens i forskellige delområder, der angiver i hvor høj grad, en person har behov for særlig støtte og omsorg i forhold til sin fortsatte udvikling og mulighed for at blive i stand til at tage vare på sig selv som voksen (WHO, 1992). Placeringen af JanusCentrets klienter på dette spænd kan ses i figur 4.1[45].



Figur 4.1: *Procentmæssig fordeling af samlet IQ-score inden for faste kategoriinddelinger, N = 421*

Lige under halvdelen af klienterne befinder sig i normalområdet fra 85-115 og den gennemsnitlige IQ-score i gruppen er 84,5. Dermed ligger den typiske klient i den laveste ende eller en smule under normalområdet for alderen. 3.6 procent af klienterne ligger begavelsesmæssigt over middel. Samlet betyder dette, at godt 53 procent af klienterne må forventes at kunne udvikle sig alderssvarende til at tage vare på sig selv og være ansvarlig for eget liv. 26,4 procent placerer sig i området intellectualis inferioritas, og 14.5 procent har en samlet score svarende til lettere mental retardering[46].

Sidstnævnte gruppe må på den baggrund forventes at have indlæringsvanskeligheder i skolen, og vil ofte have udfordringer med at lære at læse og skrive. Akademiske funktioner, som kræver større abstraktionsevne, vil formentlig være svært for denne gruppe at forvalte. Mange kan som voksne arbejde, klare sig socialt og bidrage til samfundet. Endelig har 5,9 procent en samlet IQ-score svarende til mental retardering i middelsvær grad, og vil have et mærkbart lavere potentiale for opnåelse af sproglige og abstrakte færdigheder. Tilstanden medfører udtalt udviklingsforstyrrelse i barndommen, men de fleste kan i nogen grad lære at klare personlige fornødenheder. Gennemførelse af et almindeligt skoleforløb kan ikke forventes, ligesom evnen til at fungere uafhængigt af andre som voksen er sjælden.

[45] *N = 421*
[46] *N = 421*

Samlet set er 46,8 procent udfordret intellektuelt, hvor 20,4 procent har en IQ-score svarende til lettere til middelsvær mental retardering. En vis andel må forventes at have et fortsat behov for hjælp og støtte også i voksenlivet. Der er desuden en kendt sammenhæng mellem svag begavelse og risikoen for at opleve vold og overgreb, hvor personer med et begavelseshandicap har en markant højere risiko for at opleve dette sammenlignet med den almindelige befolkning (Holt et al., 2017). Der kan være flere årsager til dette mønster. En nedsat evne til at forstå både sociale signaler, regler og begreber i verden kan gøre personen mere sårbar overfor manipulation fra andre samt øge risikoen for, at man ikke opdager farlige situationer, personer eller miljøer så hurtigt som andre uden et begavelseshandicap. I den svære ende af spektret kan de fysiske handicap, som kan følge med en middelsvær mental retardering, desuden tænkes at øge risikoen for overgreb, idet evnen til at forsvare sig selv kan være reduceret[47]. I forbindelse med sammensætningen af et behandlings- eller støtteforløb for klienterne er det derfor vigtigt at være opmærksom på, om der er et øget behov for skærmning og monitorering af barnet eller den unge som funktion af et potentielt begavelseshandicap.

4.2.1 Sproglig kompetence

I WISC-IV kan der udregnes en særlig underscore for klientens sproglige kompetence. Denne er vigtig at kende, da den belyser klientens evne til at bruge sproget til problemløsning og refleksion. Dette er en central parameter at kende med henblik på at vurdere, om klienten vil kunne drage fordel af et psykoterapeutisk samtaleforløb. Underkategorien måler blandt andet ordforråd, kendskab til og forståelse af socialt relaterede begreber samt evnen til at se sammenhænge mellem sproglige kategorier og relaterede ord.

Gennemsnittet for den samlede klientgruppe ligger på 87,1, hvilket placerer dem i den lave ende af normalområdet. Ser man på inddelingerne som ovenfor ved den samlede IQ-score, befinder 53,1 procent af klienterne sig indenfor spektret 85-115 for sproglig kompetence og 4,7 procent i den øverste gruppe mellem 116-150[48]. Dermed vurderes det, at 57,8 procent vil kunne deltage i et samtalebaseret behandlingsforløb, hvorimod de resterende 42,2 procent kan have udfordringer både med forståelse og brug af sproglige begreber, som er nødvendige for at et samtaleforløb kan lede til øget indsigt i egen og andres adfærd, tanker og følelser, og dermed som resultat et ændret handlingsmønster fra klienten fremadrettet.

4.2.2 Evne til perceptuel organisering og ræsonnering

Denne underkategori måler grundlæggende klientens evne til nonverbal problemløsning. Der er således tale om et mål for personens praktiske og logiske kompetencer, som eksempelvis testes ved at undersøge evnen til at samle en figur ud fra mindre delelementer. Analytiske kompetencer på dette område kan være relevante for at forstå de overordnede sammenhænge i en behandlingsindsats i form af de redskaber og metoder, der aktiveres med henblik på at lære klienten selvkontrol, planlægning og forbindelsen mellem egne handlinger og reaktioner fra miljøet.

I alt 27,8 procent af klienterne ligger udenfor normalområdet, og denne gruppe kan altså forvente at opleve problemer med af sig selv at forstå og organisere de ting, de oplever i verden[49]. Gennemsnittet for gruppen er dog på 93,9 point, hvorfor klienterne generelt er bedre til at arbejde og handle ud fra logisk problemløsning end ud fra sproglige begreber. Igen kan denne viden være vigtig at bruge til planlægning af et efterfølgende behandlingsforløb, hvor klienten kan have større gavn af konkrete redskaber og metoder til at ændre sin adfærd.

[47] *Holt et al. 2017 anvender registerdata, og kan dermed forvente en større spredning i data hvad angår IQ, idet undersøgelsen formentlig vil inkludere markant flere borgere med en IQ under 49 samt en gruppe med en score under 35. Som det fremgår af figur 4.1 har JanusCentret ikke registreret klienter med større psykisk handicap end middelsvær mental retardering. Da risikoen for overgreb stiger med graden af udviklingshæmning, vil den angivne undersøgelses risikoestimater derfor formentlig være mindre for centrets klientgruppe.*
[48] *N = 422*
[49] *N = 423*

4.2.3 Arbejdshukommelse og forarbejdningshastighed

Arbejdshukommelse er et udtryk for, hvor god klienten er til at registrere, bevare og omgås materiale i hukommelsen i forbindelse med løsning af en konkret og enkel opgave. Endvidere er forarbejdningshastighed et udtryk for hurtighed i forbindelse med afsøgning og sondring i et visuelt, simpelt materiale, hvor der skal træffes nøjagtige beslutninger på tid. huske og bearbejde mental information i forbindelse med løsningen af en konkret opgave. Svagheder på disse områder kan være indikatorer på, at klienten har specifikke vanskeligheder, som det for eksempel ses hos børn og unge med ADHD.

For så vidt angår arbejdshukommelse placerer 51,5 procent af klienterne sig udenfor normalområdet med en gennemsnitlig score på 84,1 point. Tilsvarende har den samlede gruppe et gennemsnit på 83,99 point på forarbejdningshastighed, og omkring 50 procent har en score udenfor normalområdet[50]. Der er således indikationer af, at en større andel af klienterne arbejder og lærer mere langsomt end gennemsnittet kombineret med en lidt svagere evne til at arbejde struktureret. Dette vil påvirke deres evne til at indkode den viden, de præsenteres for generelt, og dermed også svække deres chancer for succes i uddannelsessystemet. Et tilpasset behandlingsforløb til klienter med udfordringer på dette område må forventes at kræve en større grad af styring fra behandleren. Fokus på at arbejde mere langsomt med de givne metoder og begreber end normalt samt gøre brug af flere gentagelser er ligeledes relevant.

4.3 Opmærksomhedsmæssige vanskeligheder

JanusCentrets klienter beskrives ofte med generelle opmærksomhedsvanskeligheder i forbindelse med deres opstart i centret. Kombineret med de gennemsnitlig set lave IQ-scores på WISC-testen for arbejdshukommelse og visiuomotorisk forarbejdningshastighed for den samlede gruppe giver det en formodning om, at klienterne kan have generelle problemer med at fastholde opmærksomheden. Til den kliniske vurdering af dette anvendes TOVA-testen, som er en computerbaseret test til at måle en persons evne til vedvarende opmærksomhedsstyrring. Testen kan give et billede af klientens evne til at "holde sig vågen" (opretholde et relevant vågenhedsniveau i hjernen), reaktionshastighed, evne til at hæmme impulser og evnen til vedvarende og fokuseret opmærksomhed (koncentrationsevnen). Vanskelighederne hos klienterne kan være af lettere eller sværere grad.

Den statistiske analyse viser, at næsten 75 procent af klientgruppen udviser tegn på opmærksomhedsvanskeligheder illustreret ved begrænset evne til vedvarende opmærksomhedsstyring[51]. Som nævnt ovenfor er 23,2 procent af klienterne diagnosticeret med ADHD forud for visitation i JanusCentret, hvilket er en diskrepans på hele 51,8 procent[52]. Dette er umiddelbart en meget markant og ganske overraskende forskel, som vidner om potentiel underdiagnosticering på området. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at begrænset evne til vedvarende opmærksomhedsstyring er et såkaldt transdiagnostisk symptom, og det kan derfor forekomme som et led af flere forskellige vanskeligheder. Dette kan muligvis være en del af forklaringen på forskellen på antallet af ADHD-diagnoser og udredningsresultaterne i centret.

[50] *Forarbejdning, N = 409, arbejdshukommelse N = 412*
[51] *N = 417*
[52] *JanusCentret har kun sjældent oplevet tilfælde, hvor en præeksisterende ADHD-diagnose ikke kunne genfindes i forbindelse med TOVA testning. Dette er sket i alt tre gange i løbet af centrets levetid.*

I JanusCentret undersøges klientens opmærksomhedsfunktion specifikt, da vanskeligheder inden for dette område bør behandles for bedst muligt at kunne støtte klienterne i deres udvikling og forebygge seksuelle krænkelser. Børn med opmærksomhedsvanskeligheder, som det ses ved f.eks. ADHD, har svært ved at koncentrere sig. De afledes let, er ofte motorisk urolige og er som regel meget impulsive i deres handlinger (Nolen-Hoeksema, 2011). Behandlingen består af særlig støtte og opmærksomhed til klienten, særligt tilrettelagt pædagogik i forhold til indlæring i undervisningssammenhænge samt psykoedukation til klienten selv og dennes familie. Desuden kan behandling med centralstimulerende medicin i nogle tilfælde have en positiv effekt på vanskelighederne. Forskningslitteratur peger ligeledes på, at opmærksomhedsvanskeligheder kan fungere som en risikofaktor for udviklingen af seksuelt krænkende adfærd (Friedrich, 2007). Dette kan skyldes, at klienternes begrænsede impulsstyring kan medvirke til, at seksuelle impulser udleves og ikke bremses forud for en mulig seksuel krænkelse. Endelig viser nye opgørelser i en dansk rapport af Holt et al. (2017), at børn og unge med ADHD har 70 % højere risiko for at blive udsat for vold og op til 80 % højere risiko for at være offer for seksuelle overgreb sammenlignet med deres jævnaldrende. Dette gør sig også gældende, når der statistisk kontrolleres for mulige medierende faktorer, hvilket betyder, at diagnosen i sig selv er en risikofaktor for vold og seksuelle overgreb. Samlet understrege dette vigtigheden af at afdække potentielle opmærksomhedsproblemer og sikre klients trivsel fremadrettet.

4.4 Autismespektrumforstyrrelse (ASF)

Børn med autistiske vanskeligheder har generelt svært ved at kommunikere både verbalt og nonverbalt med andre. De oplever problemer med social interaktion, idet de har svært ved at aflæse andre mennesker og vanskeligt ved at afkode sociale situationer. De kan forekomme rigide i deres adfærd, rutiner og legemønstre samt kan reagere meget kraftigt, hvis dette forstyrres. Det er endvidere karakteristisk for personer med ASF at udvikle såkaldte særinteresser, hvor emnet bliver udforsket og udlevet med en tvangspræget adfærd, som kan være meget svær at ændre eller korrigere fra omsorgspersonernes side (Nolen-Hoeksema, 2011). Særligt i tilfælde hvor seksualitet eller pornograf bliver en særinteresse, vil ASF kunne være en risikofaktor for udvikling af seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd (JanusCentret, 2017).

23,2 procent af klienterne viser tegn på ASF i det klinisk forløb. Kun 6,5 procent er diagnosticeret med ASF ved visitation, hvilket er en forskel på 16,7 procent. Næsten en ud af fire klienter, der kommer i JanusCentret, har derfor store sociale og relationelle udfordringer, der kan gøre det vanskeligt for dem at afkode interpersonelle situationer og andre mennesker. Vanskelighederne kan derfor være medvirkende til, at klienter med ASF overskrider andre børn og unges seksuelle grænser. I forlængelse heraf kan ASF påvirke klienternes evne til egen grænsesætning og ligeledes øge klienternes risiko for selv at blive seksuelt krænket med op til 40 % (Holt et al., 2017). Det er derfor også her essentielt med rettidig identifikation og intervention for at hjælpe klienten bedst muligt videre.

4.5 Personligheds- og følelsesmæssige vanskeligheder

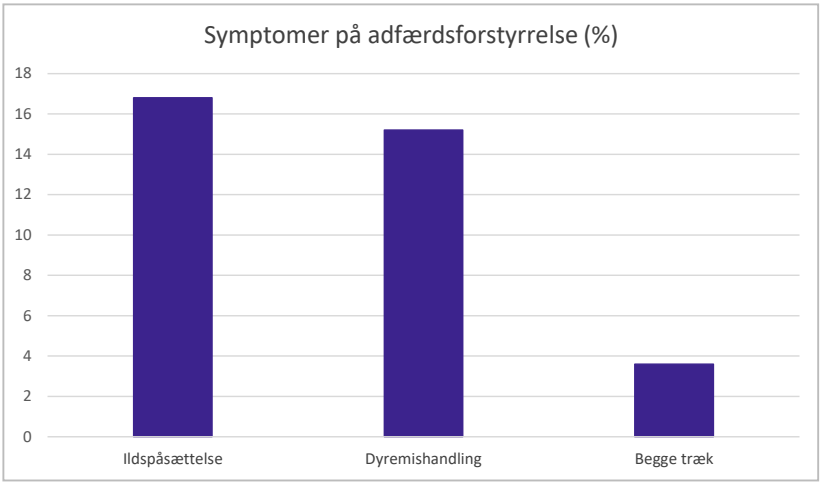
JanusCentret anvender Rorschach-testen til at undersøge klienternes personlighedsstruktur. Testen gennemføres ved at præsentere klienten for en række kort med symmetriske blækklatter, og bede dem om at beskrive, hvad de ser i figurerne. Der er tale om en projektiv test, som lægger op til, at hver klients svar bliver en funktion at deres egen læsning af figurens indhold med antagelsen om, at underbevidste strukturer i sindet vil påvirke, hvad den enkelte klient ser. Svarene giver bl.a. mulighed for at udtale sig om, hvordan klienten håndterer udfordringer og stress, såkaldte mestringsstrategier, og giver endvidere grundlag for at vurdere klientens følelsesliv samt tilknytningsevne.

Analysen af testresultaterne indikerer, at klienterne har store udfordringer i deres følelsesliv. 75,5 procent udviser følelsesmæssige vanskeligheder af alvorlig karakter[53], og en andel på 66,3 procent af klienterne har mestringsvanskeligheder (coping deficits)[54]. Ni ud af ti klienter viser endvidere tegn på tilknytningsmæssige udfordringer[55]. Testen bekræfter således billedet af en gruppe børn og unge, som hyppigt har svært ved at bearbejde og regulere deres følelser. Samtidig er de ikke udstyret med tilstrækkelige redskaber til at tage kontrol over de problemer, de møder i tilværelsen. Mange af klienterne fremstår således følelsesmæssigt hæmmede og socialt isolerede. De har derudover svært ved at indgå i gensidige relationer med jævnaldrende. Endelig har mange mistet tilliden til voksne og har derfor svært ved at knytte sig følelsesmæssigt forpligtende til andre på grund af deres opvækstforhold.

4.6 Tegn på adfærdsforstyrrelse

Involvering i ildspåsættelse og medvirken til mishandling af dyr er adfærdsmønstre, der hos børn klinisk forbindes med diagnosen adfærdsforstyrrelse (WHO, 1992). Adfærdsforstyrrelse hos børn er karakteriseret ved et gentagende og vedvarende mønster af dyssocial, aggressiv eller trodsig adfærd, som bryder med sociale forventninger og normer for alderen. Adfærdsforstyrrelse skal endvidere ses som en adfærd, der strækker sig udover almene barnestreger og uartigheder samt er kendetegnet ved et langvarigt adfærdsmønster (WHO, 1994).
JanusCentret undersøger klientgruppen for symptomer på adfærdsforstyrrelse herunder ildpåsætning og mishandling af dyr. Udadreagerende og oppositionel adfærd kan ligeledes være et symptom på adfærdsforstyrrelse. Tilstedeværelsen af dette kan således underbygge en formodning om generel forekomst heraf (WHO, 1992).

Mange af klienterne fremstår således følelsesmæssigt hæmmede og socialt isolerede. De har derudover svært ved at indgå i gensidige relationer med jævnaldrende.



Figur 4.2: *Forekomsten af symptomer på adfærdsforstyrrelse angivet i procent, N = 309/322*

Som det fremgår af figur 4.2, har 16,8 procent af klienterne været involveret i ildspåsættelser og 15,2 procent har mishandlet dyr[56]. Der er således ganske store andele af klienterne, som har i hvert fald ét tegn på manglende omtanke for andre, og som har været involveret i farlige handlinger, der bryder med almen adfærd blandt børn og unge. Ser man på andelen af klienter, som viser mere end ét tegn på adfærdsforstyrrelse, er denne dog kun 3,6 procent af den samlede klientgruppe. En noget højere andel af klientgruppen har udadreagerende adfærd, hvilket er tilfældet for 41,8 procent af gruppen[57]. Her bør det dog nævnes, at der er mange tilfælde af uoplyste besvarelser samt at den udadreagerende adfærd kan være udtryk for en flerhed af forskellige udfordringer hos klienten. Kun 0,5 procent af klienterne kombinerer alle tre adfærdsmæssige træk. Der er derfor ikke umiddelbart tegn på, at større dele af klienterne viser tegn på klinisk adfærdsforstyrrelse.

4.7 Psykotiske træk

Endelig viser 11 procent af klientgruppen tegn på psykose . Hermed menes både klienter, som tilsyneladende lider af vrangforestiller, hallucinationer og/eller tankeforstyrrelser samt de klienter, der lader til at være meget psykisk sårbare eller skrøbelige. Der kan være tale om børn og unge, hvis virkelighed er forstyrret af fornemmelsen af at høre stemmer eller se personer og andet, som ikke eksisterer. Usammenhængende eller stærkt afvigende tankemønstre kan også gøre sig gældende, hvilket eksempelvis kan centrere omkring overnaturlige væsner, besiddelsen af magiske evner eller en fornemmelse af, at alt man oplever i verden drejer sig om én (WHO, 1992).
Udredte børn og unge med disse udfordringer vil sædvanligvis blive anbefalet en henvisning til børne- og ungepsykiatrien, idet psykiatrisk behandlingsform normalt vil være en nødvendighed for disse klienter. Kortvarige psykoser kan imidlertid også opstå som symptom på voldsomme belastninger. I disse tilfælde vil videre behandling i centrets regi være op til en konkret vurdering af, hvorvidt belastningen kan bringes til ophør, samt om klientens behandlingsbehov vil være bedre opfyldt andre steder.

[53] *N = 400* · [54] *N = 419* · [55] *N = 420* · [56] *Ildspåsættelse N = 322, dyremishandling N = 309* · [57] *N = 141*

5. Karakteristik af klienternes ofre

JanusCentret forsøger i videst muligt omfang at indsamle oplysninger om klienternes ofre i forbindelse med udredningen. Indsamling af oplysninger om ofrene vil ofte udgøre en større barriere, idet forvaltningens sagsmateriale typisk vil have færre oplysninger på dette punkt. Idet klienterne ikke udgør tilstrækkelige kilder til viden om ofret, og ofrene kun sjældent inddrages direkte i JanusCentrets sager, kan der således ikke registreres data på et så dybdegående niveau på dette område, som det er tilfældet for klientgruppen. Der er dog stadig væsentlige mønstre at undersøge, idet centret næsten altid har oplysninger om, eksempelvis hvor overgrebet er begået henne, hvem der er kilden til afsløringen af overgrebet, og hvad relationen er mellem offer og den krænkende part. Disse faktorer er i sagens natur vigtige at kende særligt i det professionelle arbejde med at forhindre og opdage tilfælde af seksuelle krænkelser blandt børn og unge.

5.1 Offerets køn og alder

I modsætning til klienterne er der en mere ligelig fordeling mellem kønnene blandt klienternes ofre. 55,7 procent er piger, hvor 44,3 procent er drenge[59]. Sammenligner man med det generelle billede i seksuelle overgrebssager, adskiller dette sig betydeligt fra centrets offerdata. Center for Seksuelle Overgreb rapporterer således, at i 70-80 procent af deres sager er offeret en pige, og i voksenafdelingen er 95 procent af henvendelserne vedrørende kvindelige ofre (Center for seksuelle overgreb, 2017)[60].

Ser man på ofrenes alder, er de i gennemsnit 9,7 år på tidspunktet for klientens visitation i JanusCentret og 8,8 år på tidspunktet for første overgreb. Der går således i gennemsnit lidt under et år mellem tidspunktet for krænkelsen og klientens opstart på et forløb i centret. Som nævnt i afsnit 1.2, er klienterne gennemsnitligt omkring 12 år på visitationstidspunktet, og der tegner sig således et mønster af, at ofrene normalt er yngre end klienterne. Dette er ikke umiddelbart overraskende, da aldersforskel giver en større form for autoritet børnene i mellem, hvilket kombineret med den gennemsnitlige forskel i fysisk udvikling til fordel for de lidt ældre klienter kan gøre det lettere for klienterne at gennemføre de krænkende handlinger. Samtidig vil det formentlig være nemmere at overtale eller true yngre børn i det tilfælde, hvor klienten har taget disse midler i brug eksempelvis med henblik på at sikre hemmeligholdelse af krænkelsen.

Antal ofre	Antal klienter (f)	Procent (%)
1	193	57,6
2	79	23,6
3	32	9,6
4	17	5,1
5 ≤	14	4,2

Tabel 5.1: *Klienter fordelt på antal ofre*

59 *N = 576*
60 *Der er betydelige mørketal på området for mandlige ofre på voksenområdet. Dette kan formentlig tilskrives tabu på området blandt mænd, som dermed ikke søger hjælp og støtte i samme omfang som kvinder (Center for Seksuelle Overgreb, 2017)*

Som tidligere nævnt har omkring 72 procent af centrets klienter udvist krænkende adfærd. Krænkelserne er sket overfor i alt 576 ofre, som det har været muligt at registrere oplysninger om[61]. Fordelingen af den krænkende gruppe for så vidt angår mængden af kendte ofre i sagerne, fremgår af tabel 5.1[62]. Flertallet har kun haft et enkelt offer, hvorimod en lidt større gruppe på 81,2 procent har haft enten et eller to ofre. I de fleste sager vil klientens krænkende adfærd dermed ikke nå at eskalere til en potentielt større kreds, før overgrebene bliver afsløret, og de seksuelle adfærdsproblemer kommer i fokus.

Antal overgreb	Antal ofre	Procent (%)
1	287	54,9
2-5	138	26,4
6-10	46	8,8
11-50	36	6,9
51-100	15	2,9
101 ≤	1	0,2

Tabel 5.2: *Antal overgreb*

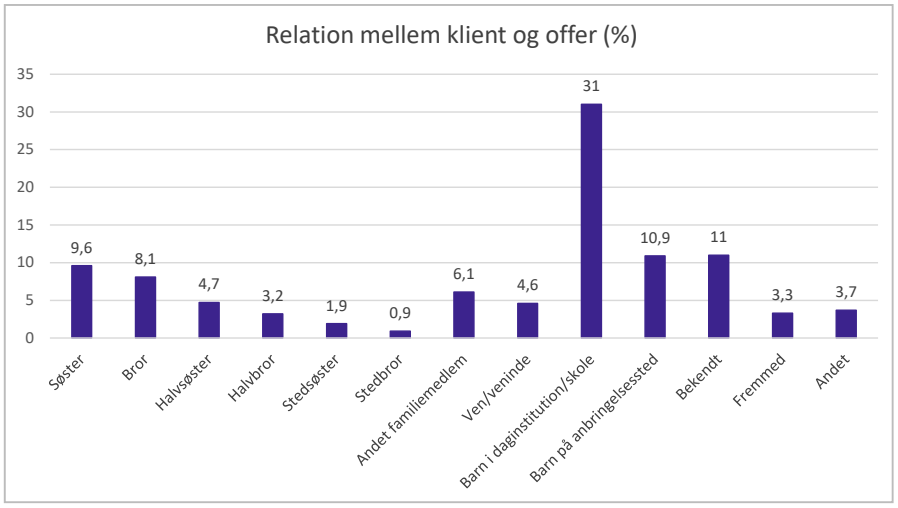
Ser man på tabel 5.2 er mønsteret umiddelbart tilsvarende. Her vises mængden af kendte overgreb for hvert offer, hvor lidt over halvdelen har oplevet ét enkeltstående overgreb. Ser man på antallet af ofre, som har oplevet op til fem overgreb fra den samme klient, dækker dette 81,3 procent af centrets sager. Tallene siger desuden ikke noget om typen af overgreb, som varierer betydeligt i alvorsgrad, hvilket vil fremgå af senere analyser i dette afsnit. Ligesom det var tilfældet i forhold til antallet af ofre, ser centret også en række sager, hvor selve antallet af overgreb umiddelbart er meget voldsomt. 18,6 procent af ofrene har oplevet, at klienten har krænket dem mere end 11 gange, og i nogle få af sagerne har ofrene oplevet mere end 50 krænkelser. Som man kunne forvente, er der i disse sager en større forskel aldersmæssigt mellem tidspunktet for første krænkelse og visitation af klienten i JanusCentret, nemlig 1,87 år og dermed omkring det dobbelte af den gennemsnitlige forskel i den samlede population. Dette indikerer, at den krænkende adfærd typisk fortsætter, indtil de voksne omkring barnet opdager hændelserne og har mulighed for at gribe ind.

> *Flertallet har kun haft et enkelt offer, hvorimod en lidt større gruppe på 81,2 procent har haft enten et eller to ofre.*

[61] *Hvis man beregner antallet af angivne ofre i sagerne, og sammenligner med det registrerede antal udfyldte offerskemaer, som danner baggrund for opgørelsen på 576 ofre, er der en forskel på 24. Årsagen er, at behandlerne som nævnt ikke altid har tilstrækkelige oplysninger til at udfylde et offerskema for alle kendte ofre i sagerne.*
[62] *N = 335*

5.2 Relation mellem offer og klient samt sted for overgreb

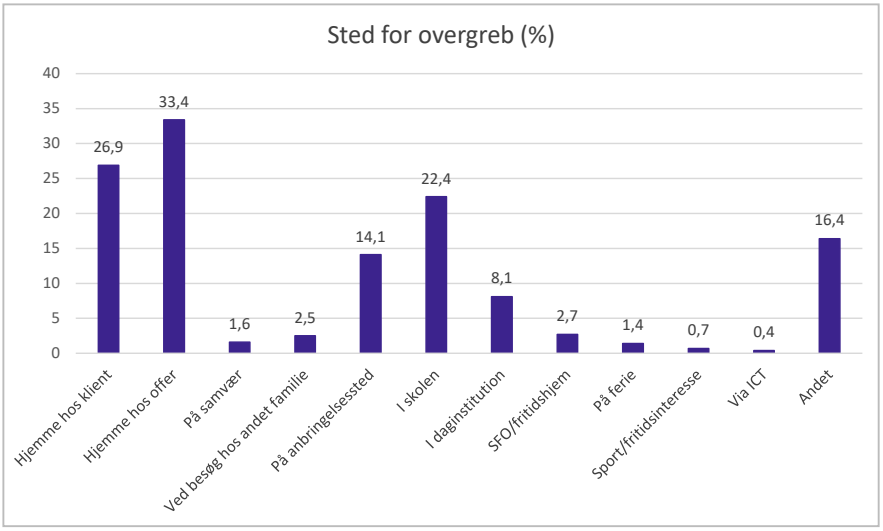
I figur 5.1 fremgår relationerne mellem ofre og klienter i JanusCentrets population[63]. I 34,5 procent er der tale om et familiemedlem, og i 31 procent af tilfældene går offeret i skole med klienten. Eftersom netop familien og skolen er de primære arenaer, som børn i klienternes aldersgruppe befinder sig i, er det ikke overraskende også her, at størstedelen af den grænseoverskridende adfærd finder sted. 28,4 procent af ofrene er i en søskenderelation til klienten, hvilket som tidligere beskrevet i afsnit 2.2.4 er et kendt fænomen i litteraturen og samtidig et velkendt mønster klinisk set i JanusCentret. Både den umiddelbart lettere adgang til søskende rent fysisk samt den forudeksisterende relation kan ofte facilitere situationer, hvor en krænkelse nemmere kan finde sted end overfor fremmede eller mere løst bekendte. Ofre i sidstnævnte kategorier tegner sig også for ganske små andele, henholdsvis 3,3 og 11 procent af den samlede gruppe.



Figur 5.1: *Relation mellem offer og klient opgivet i procent på baggrund af kategorier, N = 576*

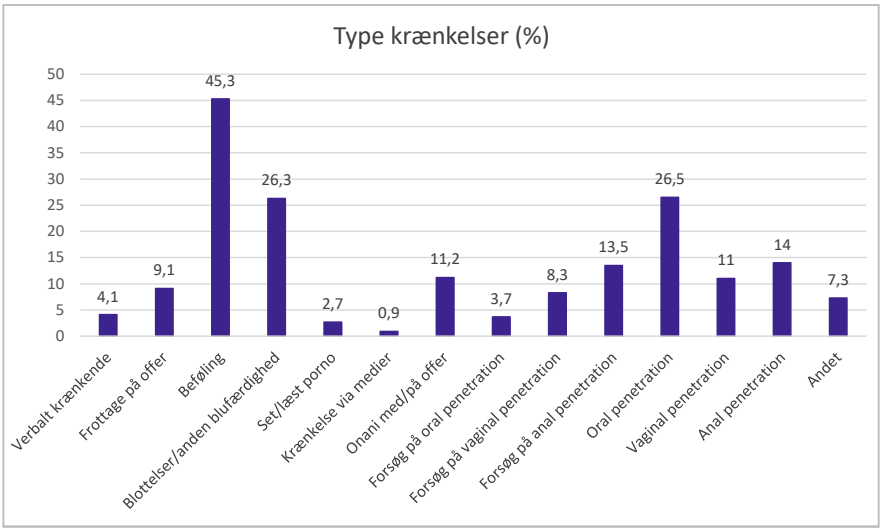
Ser man på selve lokationen, hvor overgrebene har fundet sted, tegner der sig et tilsvarende mønster (se figur 5.2). 90,8 procent af krænkelserne har således fundet sted enten hjemme hos klienten, i offerets hjem eller i regi af skole eller daginstitution. Et overgreb vil typisk kræve en eller anden grad af mulighed for at være alene med offeret for at undgå de voksnes opmærksomhed, f.eks. i forbindelse med en legeaftale mellem den krænkende part og offeret, på skolens toiletter, i et legerum i daginstitutionen eller lignende. Dette behøver ikke være udtryk for, at klienten har ageret strategisk i forbindelse med den krænkende adfærd. Både i legesituationer i hjemmet samt i skolen kan uskyldig leg og samvær løbe løbsk og først herefter udvikle sig til krænkende hændelser. Centret er meget opmærksom på, om klientens overgreb bærer præg af mere beregnende adfærd, idet dette skærper karakteren af den seksuelt krænkende adfærd og vil være betydningsfuldt eksempelvis i risikoen for efterfølgende tilbagefald (Friedrich, 2007).

[63] *N = 571*



Figur 5.2: *Sted for overgreb angivet i procent, N = 571*

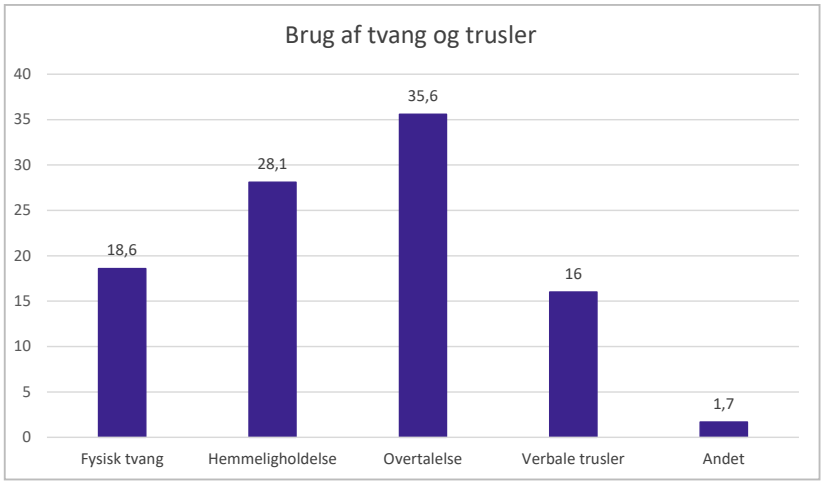
5.3 Type krænkelser



Figur 5.3: *Procentmæssig fordeling af type af krænkelser, N = 576*

De forskellige registrerede krænkelser fremgår af figur 5.3, og som ved andre analyser med mulighed for flere besvarelser summerer tallene i figuren til mere end 100 procent. Beføling er den mest hyppige type krænkelse, hvilket 45,3 procent af ofrene har oplevet. Blottelser og andre blufærdighedskrænkelser har fundet sted i 26,3 procent af offersagerne, og 11,2 procent af krænkelserne har involveret onani enten med eller på offeret. Herudover har mindre andele af offerene oplevet f.eks. overgreb via internettet, frottage eller fået vist pornograf.

Krænkende adfærd kan placeres på et spænd af alvor og voldsomhed, hvor forsøg på penetration og gennemførte tilfælde er meget alvorlige. Der er risiko ikke kun for psykiske mén ved denne type krænkelser men også for fysiske skader på offeret. I 51,5 procent af sagerne har der således været gennemført penetration og i 25,5 procent forsøg på dette. Der er ikke umiddelbart nogen variation af betydning i dette mønster, når man sammenligner sager, hvor klienterne er i teenagealderen, og hvor de er under 11 år.



Figur 5.4: *Fordeling af forekomsten af tvang/trusler i forbindelse med overgrebet, N = 480*

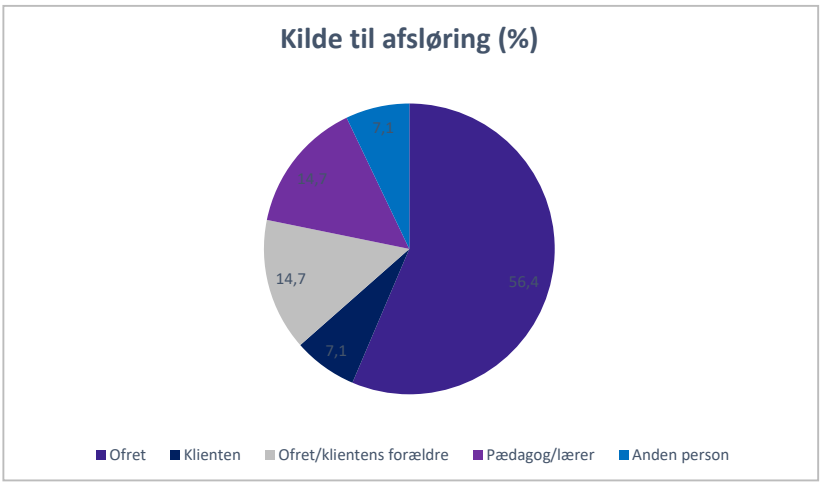
5.4 Brug af tvang og trusler i forbindelse med overgreb

I 66 procent af de sager, hvor krænkelser har fundet sted, har klienten benyttet sig af en form for tvang eller trusler overfor offeret[64]. Der kan både være tale om tvang med henblik på gennemførelse af krænkelsen samt virkemidler til at skjule overgrebet efterfølgende. I 35 procent af sagerne har den krænkende part benyttet sig af overtalelse overfor offeret, og herefter er hemmeligholdelse den hyppigste form for tvang, idet 28,1 procent af ofrene er blevet overtalt til at holde overgrebet skjult. De mest grove former for tvang er også de mindst hyppige, idet fysisk tvang er brugt i 18,6 procent af tilfældene og 16 procent af ofrene har været udsat for verbale trusler.

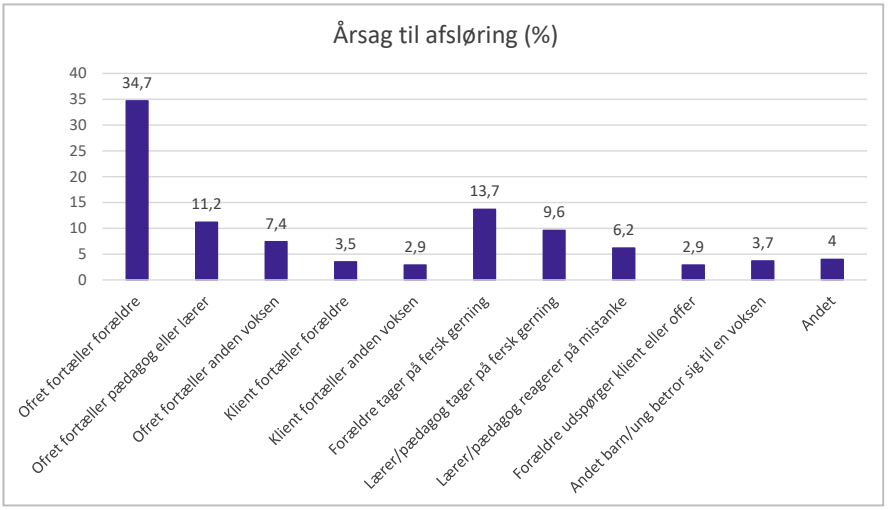
[64] *N = 480*

5.5 Disclosure – Kilden til afsløring af overgrebet

Afsløringen af et overgreb er et centralt led, idet behandling af både offer, klient og netværk forudsætter, at krænkelsen bliver kendt af voksne personer, som har mulighed for at underrette myndighederne.



Figur 5.5: *Procentmæssig fordeling over hvem, der afslører overgrebet, N = 436*



Figur 5.6: *PProcentmæssig fordeling over hvordan, overgrebet afsløres[65], N = 472*

Som det fremgår af figur 5.5 og 5.6, bliver ca. 56 procent af krænkelserne afsløret af offeret selv[66]. Offerets afsløring sker oftest ved, at barnet betror sig til sine forældre, hvilket tydeliggør behovet for at skabe et trygt og åbent miljø omkring barnet, som faciliterer, at det tør åbne op om sine oplevelser. Det er dog umiddelbart overraskende, at afsløring i så få tilfælde sker som resultat af, at forældrene eller andre voksne tæt på barnet bemærker mistrivsel og spørger ind til baggrunden. Seksuelle overgreb er ofte forbundet med markante forringelser af barnets trivsel, hvilket burde give anledning til forholdsvist åbenlyse adfærdsændringer hos ofrene (Oldrup, H., Christoffersen, M.N., Kristiansen, I.L., Østergaard, S.V, 2016). En mulig forklaring kan være klienternes brug af trusler, overtalelse og hemmeligholdelse, som omtalt ovenfor, hvilket kan afholde ofrene fra at afsløre overgrebet.

[65] *"Andet" dækker for eksempel over, at andre børn, bekendte voksne eller andre professionelle på forskellig vis har afsløret overgrebet.*
[66] *N = 436*

Kilden til afsløring kan desuden være offerets eller klientens forældre[67] samt lærer og andet pædagogisk personale omkring børnene, som hver står for en andel på 14,7 procent af afsløringerne. I 34,7 procent af tilfældene afslører offeret overgrebet overfor en af sine forældre, som i sagens natur ofte vil være de primære omsorgspersoner og dermed de voksne, som barnet føler sig tættest på. Herudover fortæller 11,2 procent om hændelserne til enten deres lærer eller pædagog, og klienten og offer tages på fersk gerning af sidstnævnte eller forældrene i 20,6 procent af tilfældene. Hyppigheden af direkte involvering fra lærer og pædagogisk personale i sagerne understreger betydningen af, at personale i skole og daginstitutioner har tilstrækkelig viden til at håndtere børnenes adfærd i situationen, samt at de er bekendt med regler og procedure med henblik på at drage omsorg for videreformidling af hændelserne til både forvaltningen og de involverede forældre på en hensigtsmæssig måde. Som beskrevet ovenfor er 44,6 procent af overgrebene sket i regi af skolen eller dag- og døgninstitutioner, hvorfor der tilsyneladende er en ganske stor mængde overgreb, som personalet ikke formår at opdage.

Kun i 7,1 procent af sagerne afslører klienten af egen drift overgrebet, hvorfor dette er en relativt sjælden kilde til disclosure. Mistanke om omsorgssvigt fra lærere eller pædagogisk personale giver i 6,2 procent af sagerne anledning til, at krænkelsen afsløres. Det er således også forholdsvist sjældent, at de primære voksne omkring offer og klient udenfor hjemmet lægger mærke til adfærdsmønstre, udtalelser eller lignende, som indikerer at der er foregået et overgreb.

[67] *Herunder tælles også pleje- og aflastningsfamilie, som dog tegner sig for meget små andele.*

6. Hvad kendetegner klienternes forældre?

I dette afsnit sættes der fokus på, hvilke karakteristika der kendetegner forældrene til JanusCentrets klienter. Hovedformålet er at fremlægge analyseresultater fra JanusCentrets egne forældredata vedrørendes forældrenes nationalitet, civilstatus, beskæftigelse, højeste uddannelsesniveau, psykiske helbred, egen overgrebshistorie samt potentielle kønsforskelle. Disse vil, hvor det er muligt, blive sammenholdt med blandt andet data fra Danmarks Statistik om normalbefolkningen i alderen 25-69 år. Hermed kan man opnå indsigt i, hvordan klienternes forældre placerer sig på ovenstående parametre i forhold til gennemsnitsbefolkningen. En øget indsigt i klienternes familiebaggrund kan være med til at skabe forståelse for klienternes sociale baggrund og opvækstvilkår samt beskrive potentielle udfordringer, der knytter sig til klienternes hjemmemiljø. Samlet vil dette kunne udvide det generelle kendskab til potentielle risikofaktorer, der knytter sig til børn og unge med seksuelt bekymrende eller seksuelt krænkende adfærd.

6.1 Datagrundlag

Oplysninger vedrørende forældrene kan, på grund af den høje andel af anbragte klienter, være vanskelige at fremskaffe. Dette afspejles i andelen af manglende besvarelser i forældredata, især data vedrørende klienternes fædre. Modsat har mange års dataindsamling muliggjort udviklingen af en vidensdatabase med tilfredsstillende antal forældrebesvarelser varierende fra 191-463 besvarelse alt afhængig af pågældende variable. Mulige analyseresultater kan derfor med forsigtighed anses som valide tendenser.

6.2 Statsborgerskab og nationalitet

Analyserne viser, at størstedelen af forældrene til JanusCentrets klienter har dansk statsborgerskab og er af dansk afstamning. Mere præcist har 93,3 procent af mødrene og 91 procent af fædrene dansk statsborgerskab[68]. Blandt mødrene er 89,5 procent endvidere af dansk nationalitet, 2,7 procent er flygtninge, 3 procent er indvandrer og endeligt er det uvist med de resterende 4,9 procent[69]. Blandt fædrene tegner der sig et lignende billede, da 87,9 procent er af dansk nationalitet, 1,8 procent er flygtninge, 3 procent er indvandrere og det er ligeledes uvist med de resterende 7,3 procent[70]. Fælles for begge køn uden dansk oprindelse er en overrepræsentation af forældre med ikke-vestlig herkomst hovedsageligt fra Mellemøsten, Nordafrika, Thailand og Kina.

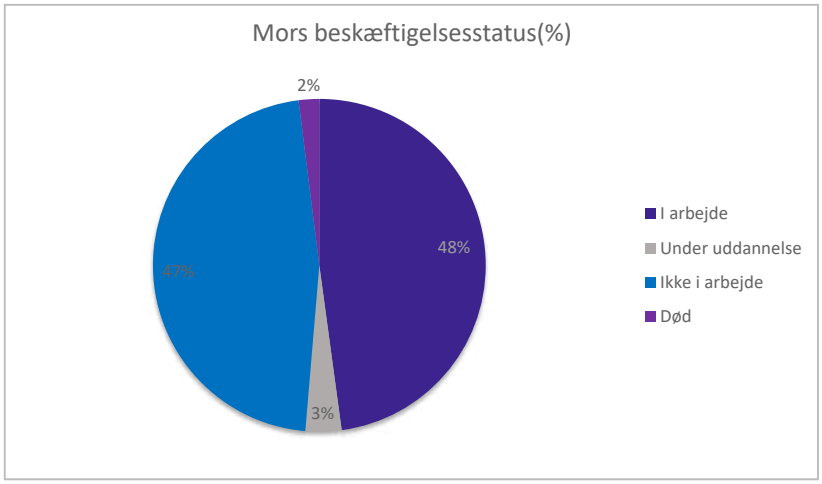
6.3 Civilstatus

Som hovedregel er klientens biologiske forældre ikke samlevende, når klienten påbegynder sit forløb i JanusCentret. Som tidligere beskrevet i rapporten bor næsten tre ud af fire forældrepar hver for sig (74 procent)[71]. Dette placerer sig væsentligt over landsgennemsnittet, hvor det estimeres, at omkring halvdelen af alle ægteskaber går i opløsning (46,8 procent; Dansk Statistik, 2018a). I lidt over halvdelen af tilfældene har forældrene fundet sig en ny samlever eller ægtefælle. 56,7 procent af mødrene har en ny samlever[72], hvor det gør sig gældende for 58,6 procent af fædrene[73].

[68] *N = 415* · [69] *N = 449* · [70] *N = 439* · [71] *N = 463* · [72] *N = 293*

6.4 Forældrenes beskæftigelse og uddannelsesniveau

Grundlæggende viser analyseresultaterne, at en stor andel af klienternes mødre ikke er i beskæftigelse. Som det fremgår af figur 6.1, ses der en nogenlunde ligelig fordeling mellem mødre, der er i arbejde (47,9 procent) og dem, der står uden for arbejdsmarkedet (46,7 procent)[74]. Mødrene uden for arbejdsmarkedet kan enten være ledige, sygemeldte eller på pensionsordning. Endelig er en lille procentdel under uddannelse (3,5 procent) eller døde (2 procent). Til sammenligning er procentsatsen for fuldtidsledige kvinder i Danmark på 3,6 procent (Dansk Statistik, 2018b). Der er derfor en markant overrepræsentation af ledige kvinder blandt mødrene til klienterne i JanusCentret.

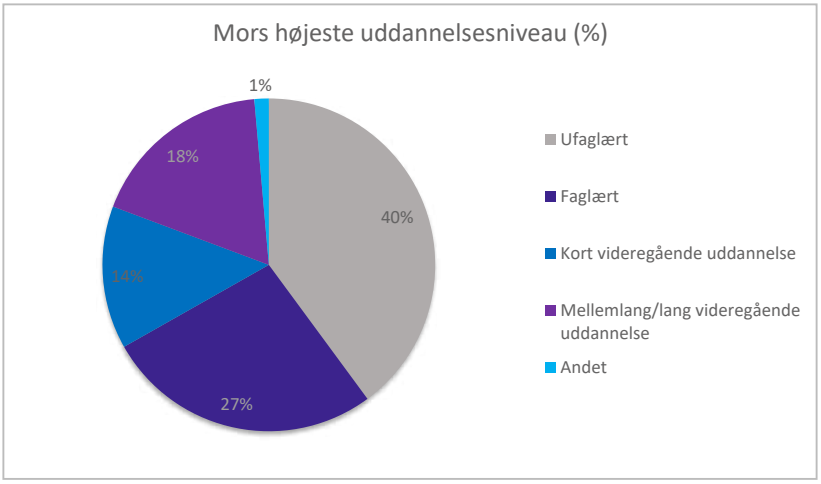


Figur 6.1: *Procentmæssig fordeling af mors beskæftigelsesstatus på visitationstidspunktet, N = 405*

I forhold til mødrenes uddannelsesniveau er størstedelen ufaglærte med grundskolen som højeste gennemførte uddannelse (39,9 procent). Herefter følger faglært uddannelse, som 26,9 procent af mødrene rapporterer. Endelig har 31,8 procent en videregående uddannelse af enten kort-, mellemlang eller lang varighed[75]. Resultaterne er ligeledes at finde i figur 6.2.

Sammenlignes ovenstående resultater med registerdata fra Dansk Statistik er mere end dobbelt så stor en andel af mødrene til klienter i JanusCentret ufaglærte (39,9 procent) sammenlignet med almenbefolkningen i alderen 25-69 år (19,4 procent; Dansk Statistik, 2016). Derudover har en væsentlig mindre andel af mødrene en mellemlang til lang videregående uddannelse (17,9 procent) sammenholdt med gennemsnittet (26 procent; Dansk Statistik, 2016). Mødrene har derfor et generelt lavt uddannelsesniveau i sammenligning med den almene danske voksenbefolkning.

[73] *N = 191* · [74] *N = 405* · [75] *N = 346*



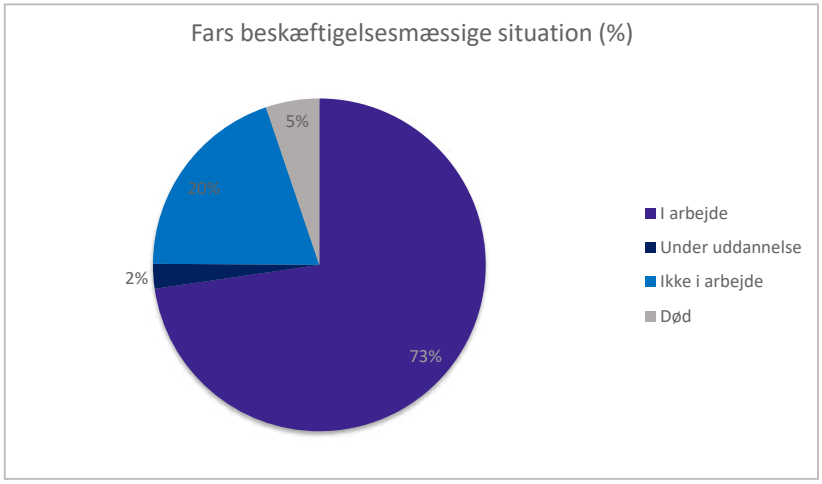
Figur 6.2: *Mors højeste uddannelsesniveau angivet i procent, N = 346*

Generelt er der en højere beskæftigelsesrate blandt klienternes fædre end klienternes mødre, da næsten tre ud af fire fædre (72,7 procent) er i beskæftigelse på visitationstidspunktet og kun 19,7 procent er ikke i arbejde[76]. På trods heraf ligger ledighedsniveauet blandt fædrene fortsat højere end landsgennemsnittet på 3,1 procent for mænd (Dansk Statistik, 2018b).

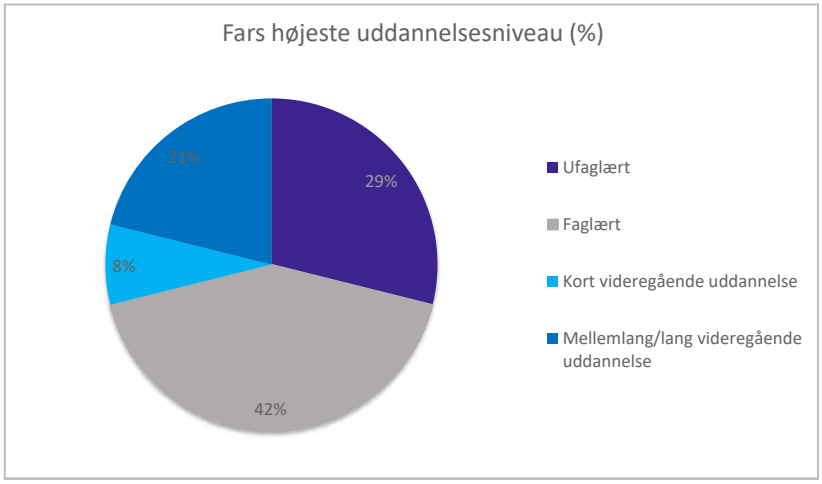
Fædrene har ligeledes et gennemsnitligt højere uddannelsesniveau end mødrene. 71,1 procent af fædrene har en eller anden form for supplerende uddannelse til grundskolen[77], hvilket kun gør sig gældende for 60,1 procent af mødrene[78]. Modsat har flere af mødrene en videregående uddannelse (31,8 procent) sammenlignet med fædrene (28,9 procent). Den typiske uddannelsestype blandt fædrene er dog faglært, som kendetegner 42,2procent af undersøgelsesudvalget. Her har en større andel af fædrene til klienterne en erhvervsfaglig uddannelse end landsgennemsnittet på 35,5 procent (Dansk Statistik, 2016). Der er derfor en overrepræsentation af faglærte fædre blandt forældrene til klienterne i JanusCentret. Samtidig er der dog en større andel uden højere uddannelse end grundskole blandt fædrene (28,9 procent) end blandt normalbefolkningen (19,4 procent; Dansk Statistik, 2016). Forskning peger på en tydelig sammenhæng mellem forældres uddannelsesniveau og børnenes evne til senere at gennemføre en uddannelse selv og få etableret sig på arbejdsmarkedet som voksne (Dubow, Boxer, & Huesmann, 2009). Forældrenes uddannelsesniveau må derfor anses som værende betydningsfuldt for klienternes akademiske formåen og muligheder for at få etableret sig på arbejdsmarkedet i voksenlivet.

> *Forældrenes uddannelsesniveau må derfor anses som værende betydningsfuldt for klienternes akademiske formåen og muligheder for at få etableret sig på arbejdsmarkedet i voksenlivet.*

76 *N = 289* · 77 *N = 232* · 78 *N = 346*



Figur 6.3: *Procentmæssig fordeling af fars beskæftigelsesstatus på visitationstidspunktet, N = 289*



Figur 6.4: *Fars højeste uddannelsesniveau angivet i procent (%), N = 232*

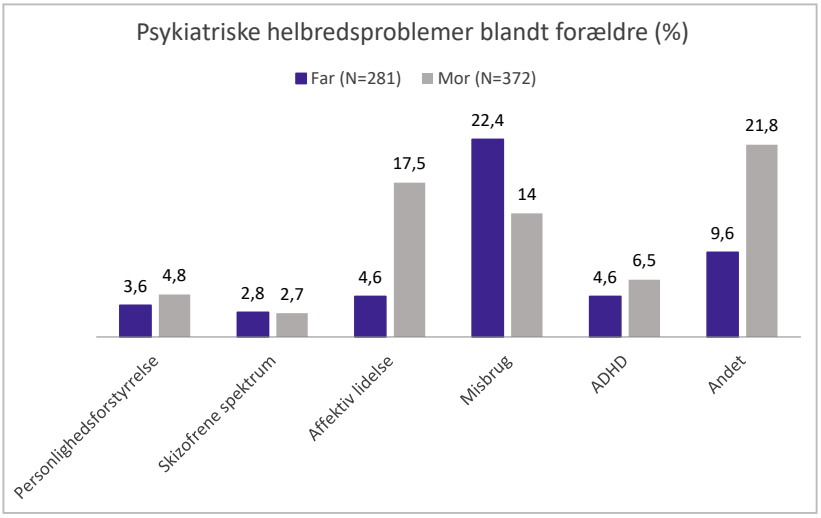
6.5 Forældrenes psykiske helbredsproblemer

Psykiske helbredsproblemer er ganske udbredt blandt forældrene til klienterne i JanusCentret. 50,8% af mødrene og 39,1 procent af fædrene har mindst en psykiatrisk diagnose. Mere end hver femte far har endvidere et eller andet form for misbrug (22,4 procent),[79] og 17,5 procent af mødrene lider under en affektiv lidelse såsom depression[80]. Den kategoriske fordeling af diagnoserne kan ses i figur 6.5. Til sammenligning ses der en prævalens af psykiske lidelser på 0,3-12 procent i normalbefolkningen alt afhængig af pågældende diagnose, hvor især angstlidelser (ca. 12 procent) og depression (8 procent) er udbredt (Psykiatrifonden, 2015). Analyserne peger derfor på, at størstedelen af klienterne vokser op under forhold med stor udbredelse af psykisk sygdom, hvor forældrene må forventes at være svært udfordret af deres vanskeligheder.

6.6 Forældrenes egne anbringelses- og overgrebshistorie

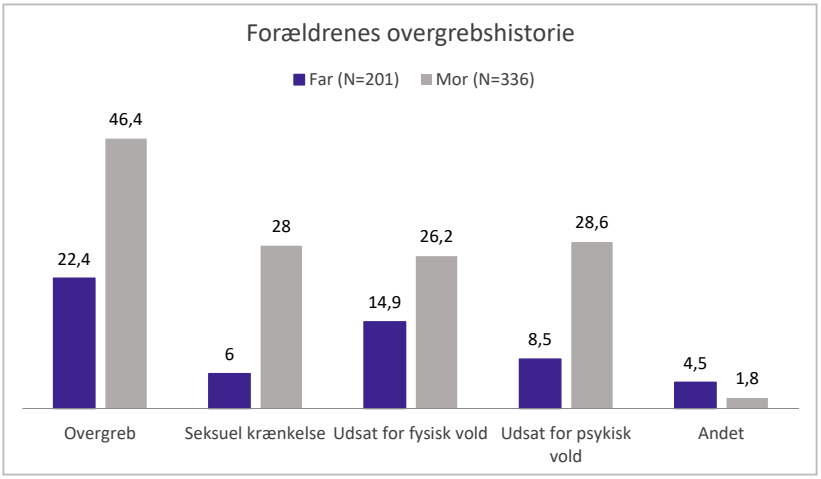
Analyserne viser, at 19,7 procent af klienternes mødre som børn har været anbragt uden for hjemmet[81]. Det samme gør sig gældende for 11,6 procent af fædrene[82]. Endvidere er forekomsten af overgreb i forældrenes egen barndom høj. Som det ses i figur 6.6 har næsten halvdelen af klienternes mødre (46,4 procent)[83] og lidt over en femtedel af klienternes fædre (22,4 procent)[84] været offer for mindst et overgreb af varierende type. Generelt har mødrene en mere omfattende overgrebshistorie end fædrene med en større forekomst af seksuelle krænkelser og udsættelse for fysisk vold.

[79] *N = 281* · [80] *N = 372* · [81] *N = 294* · [82] *N = 190* · [83] *N = 336* · [84] *N = 201*



Figur 6.5: *Procentmæssig fordeling af psykopatologi blandt forældre opdelt i henholdsvis klienternes fædre og mødre, N = 281/372*

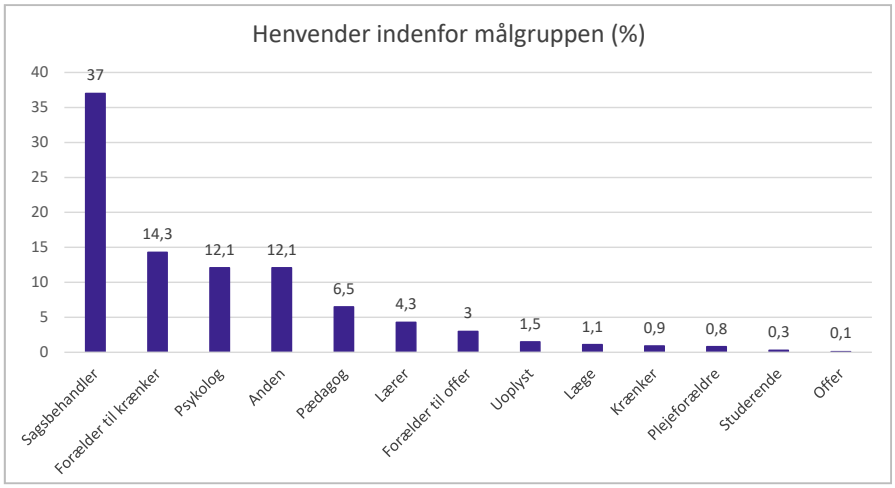
Samlet kan ovenstående tænkes at have betydning for klienternes sociale opvækstvilkår set ud fra det perspektiv, at forældrenes evne til at varetage omsorgsopgaven overfor deres barn kan være påvirket af egne psykiske udfordringer samt negative social arv. Anbringelse uden for hjemmet er en dokumenteret risikofaktor for udvikling af et usikkert og desorganiseret tilknytningsmønster (Garcia Quiroga & Hamilton-Giachritsis, 2016), der i forhold til forældrene vanskeliggør deres evne til indgå i en nær relation med deres barn og agere som sikker base under dennes opvækst. Endelig kan traumatisering som et resultat af omfattende overgrebshistorik stå i vejen for forældrenes evne til at se barnets udfordringer og reagere adækvat på barnets behov. Klienternes familiebaggrund antages derfor at være en medvirkende risikofaktor i forhold til deres mistrivsel og seksuelle adfærdsproblemer.



Figur 6.6: *Illustration af forældrenes overgrebshistorie adskilt mellem far og mor samt fordelt på tværs af kategorier, N = 201/336*

7. Henvendelsesstatistik

I perioden 2003-2017 har JanusCentret registreret i alt 1856 telefonhenvendelser. Heraf har 1170 været indenfor centrets målgruppe, og har dermed vedrørt børn og unge i alderen 4-18 år som har seksuelle adfærdsproblemer[85]. Analyserne nedenfor baserer sig på disse henvendelser.



Figur 7.1: *Telefonopringninger fordel på henvender angivet i procent, N = 1170*

Som det fremgår af figur 7.1[86], bliver centret oftest kontaktet af kommunale sagsbehandlere, som står for en andel på 37 procent af alle modtagne henvendelser, der vedrører JanusCentrets målgruppe. Andre henvendelser kommer som oftest fra forældre til enten den krænkende part eller offer, psykologer samt personale ansat i skoler, døgn- og daginstitutioner. Kategorien "anden" dækker typisk over anden familie til den krænkende part eller offer, sundhedspersonale, familiebehandlere mv.

Af de potentielt relevante henvendelser drejer 82,9 procent sig om drenge, og 17,1 procent sig om piger. Dette billede adskiller sig lidt fra centrets udrednings- og behandlingssager, hvor 87 procent vedrører drenge og 13 procent piger, som nævnt tidligere i rapporten. JanusCentret opstarter således forløb for lidt færre piger, end antallet af relevante henvendelser kunne indikere. En mulig forklaring herpå kunne være, at piger i højere grad visiteres til offerbehandling enten internt i forvaltningen eller ved anden aktør, da piger med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd i højere grad har været udsat for seksuel viktimisering sammenlignet med drenge, og offerproblematikken derfor kan anses som værende primær (JanusCentret, 2015). Den gennemsnitlige alder for de børn og unge, som henvendelserne drejer sig om, er 11,3 år.

[85] *Centret modtager af og til henvendelser som falder udenfor denne aldersgruppe, men hvor det alligevel er besluttet at behandle sagen. Der er her primært tale om mediationssager.*
[86] *N = 1169*

7.1 Årsag til afslutning

Ikke alle henvendelser bliver til klientsager i centret, og årsagen til afslutning registreres ligeledes. Den hyppigste årsag til at en sag afsluttes som telefonsag er, at henvender ikke tager kontakt igen efter den indledende opringning til centret. Dette er tilfældet i 54,5 procent af sagerne. Det er ikke umiddelbart klart, hvad baggrunden er for de manglende genhenvendelser. En mulig forklaring kan være, at vedkommende har følt sig tilstrækkeligt rådgivet og ikke føler behovet for yderligere vejledning eller indsats fra centrets side. Alternativt kan et andet udrednings- eller behandlingstilbud være fundet, som henvender føler er dækkende i den pågældende sag. Endelig kan manglende bevilling være årsag til, at sagen afsluttes på trods af, at inddragelse af JanusCentret vurderes fagligt relevant i den pågældende sag.

Herudover afsluttes 21,2 procent af telefonsagerne indenfor målgruppen efter endt rådgivning. JanusCentret tilbyder gratis telefonrådgivning i relevante sager, og i ca. en femtedel af sagerne har centrets behandlere således vurderet, at henvendelsen ikke har behøvet yderligere tiltag end en kortere telefonisk rådgivning. Afslutning kan ligeledes være et resultat af manglende genhenvendelse. I 8,3 procent af tilfældene henviser centret til en anden rådgivningsinstans, som vurderes mere passende i den pågældende sag. Dette kan blandt andet være et resultat af geografiske årsager, idet centret af og til modtager relevante henvendelser, hvor afstanden til den pågældende forvaltning er for stor. I sådanne tilfælde vil JanusCentret anbefale andre udrednings- og behandlingssteder indenfor det landsdækkende netværk mod seksuelle adfærdsproblemer herunder Rådgivningscentret i Aarhus Kommune eller SEBA i Aalborg Kommune. JanusCentrets har for nylig øget sin dækningsgrad, idet der i foråret 2018 er åbnet en ny afdeling i Odense med henblik på nemmere adgang til udredning og behandling af klientgruppen i Region Syddanmark. 6,6 procent af henvendelserne afsluttes som resultat af, at henvender selv har fundet og valgt et andet behandlingstilbud end JanusCentret.

7.2 Telefonhenvendelser udenfor målgruppen

Centret har fra 2003-2017 registreret i alt 686 henvendelser fra professionelle, pårørende og andre, som falder udenfor målgruppen, og dermed afsluttes uden videre forløb i centret. De hyppigste årsager til dette er, at henvendelsen vedrører en ren offerproblematik (55 procent), at den krænkende unges alder er over 18 år (16,3 procent) samt andet (21 procent). Sidstnævnte kan eksempelvis være tilfældet, hvor centrets psykologer vurderer, at der i sagen ikke er tale om seksuelle adfærdsproblemer, eller der kan være tale om henvendelser fra voksne om egne oplevelser med seksuelle krænkelser. I de tilfælde, hvor henvendelsen falder udenfor målgruppen, vil JanusCentret henvise til et andet tilbud eller passende rådgivningsinstans.

8. Kommuneoversigt

JanusCentret har i perioden 2003-2017 været i kontakt med 95 af landets 98 kommuner i forbindelse med forskellige ydelser. Ud af disse har der alene i 2017 været kontakt med 41 ud af de i alt 46 kommuner i optageområdet. Her kan blandt andet fremhæves udredning og behandlingsarbejde, telefonrådgivning, vidensformidling, kurser, foredrag samt oplysning til informationssøgende.

De afsluttede udrednings- og behandlingssager, der knytter sig til centrets kliniske arbejde, fordeler sig over 66 kommuner. I 2017 har JanusCentret serviceret 27 kommuner og således gennemført udrednings- og behandlingsopgaver flere steder i landet. Der har i dette år endvidere været kontakt med 71 kommuner, og der er tilbudt telefonrådgivning til 50 forskellige kommuner.

Forskellige former for vidensformidling til andre professionelle på især børne- og ungeområdet udgør også en stor del af JanusCentrets opgaver. Vidensformidlingen er gennem årene foretaget i 84 af landets 98 kommuner. Hertil kommer de kurser, undervisningsforløb, foredrag og konferencebidrag, som JanusCentrets medarbejdere i en betragtelig mængde har afholdt både i ind- og udlandet. Dette er blevet gjort med det formål at videreformidle vidensbaserede indsatser til pædagoger, familieplejer, socialrådgivere, lærere, psykologer, familieplejekonsulenter, familiebehandlere, børne- og ungepsykiatere, videoafhørere med flere i mange forskellige sektorer. Endelig har JanusCentret fortsat bidraget til den faglige vidensdeling gennem publicering af faglitteratur. Centrets direktør, Mimi Strange, har i 2017 været gæsteredaktør sammen med Anna Louise Stevnhøj på et temanummer til Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift om børn og seksuelle overgreb, hvor en række af JanusCentrets medarbejdere har bidraget med flere fagartikler[87]. Der er ligeledes indsendt artikel vedrørende behandlingstilbuddet "netværksforløb" til samme tidsskrift, som i skrivende stund er under fagfællebedømmelse. Endelig har JanusCentret været medarrangør på Hindsgavlkonferencen i september 2017, hvor både centrets kliniske arbejde og forskningsresultater blev præsenteret.

[87] *Yderligere information om ovennævnte litteratur findes i referencelisten.*

9. Særtema: Polyviktimiserede klienter

Denne del af rapporten ser nærmere på de klientsager, hvor mængden af oplevede overgreb og andre potentielt viktimiserende hændelser er særligt høj. Der har i de senere år samlet sig noget interesse omkring netop denne gruppe, bl.a. foranlediget af den amerikanske sociolog David Finkelhor og hans kollegers arbejde med begrebet polyviktimisering. Som det fremgår af rapportens tidligere afsnit, er JanusCentrets klientgruppe en både socialt og psykisk stærkt belastet gruppe, og centret finder det derfor nærliggende at undersøge, hvorvidt klienter med en polyviktimiseringsprofil adskiller sig fra den samlede gruppe.

9.1 Polyviktimisering i teorien

Polyviktimisering kan defineres som en større mængde oplevet viktimisering, og at denne finder sted på tværs af flere forskellige livssfærer. Et polyviktimiseret barn kan således have oplevet mobning og vold i skolen og samtidig være blevet misbrugt seksuelt i familien. Forskning på området har fokuseret mere på de psykologiske konsekvenser af enkelte typer viktimisering og har derfor eksempelvis undersøgt sammenhængen mellem voldtægt og posttraumatisk stress (Rothbaum, 1992). Litteraturen indenfor polyviktimisering gør her opmærksom på, at en stor del af forklaringen på de oplevede eftervirkninger potentielt kan være et resultat af polyviktimisering, idet de tidligere undersøgelser har fokuseret på enkelttraumer[88]. Eftersom de polyviktimiserede klienter som nævnt typisk har oplevet at blive offergjort på tværs af kontekster, forbindes følelsen af viktimisering dermed med flere områder af tilværelsen, hvorved risikoen øges for hyppig generindring af de oplevede traumer med deraf følgende negative tanker og følelser. Følelsen af offergørelse tager dermed mere karakter af en oplevet livsbetingelse end enkeltstående episoder i personens liv (Finkelhor, 2009).

Eksisterende teori fremhæver særligt fire abstrakte risikoprofiler, som er blevet forbundet statistisk med polyviktimisering. For det første kan personer have levet i farlige miljøer, hvor risikoen for at blive udsat for kriminalitet som røverier eller personvold er øget. Dette kan både lede til direkte viktimisering samt have indflydelse på, hvor godt en familie fungerer internt givet det øgede antal risici og stressorer i nærmiljøet. For det andet kan polyviktimisering spores til dysfunktionelle familier, hvor seksuelt misbrug af børn, vold og andre typer overgreb skader børnenes sociale kompetencer, hvilket gør dem mere sårbare overfor viktimisering i andre sfærer som f.eks. skolen eller nærmiljøet. Familier præget af kaos er en tredje vej mod polyviktimisering, hvor eksempelvis problemfyldte parforhold eller alvorlig psykisk sygdom hos forældrene kan resultere i passivt omsorgssvigt og manglende supervision af børnene i og udenfor hjemmet. Børnene kan således ende med at opsøge de forkerte relationer udenfor hjemmet eller potentielt blive offergjort af udefrakommende i hjemmet f.eks. forældrenes nye kærester eller andre stedfortrædere for forældrene. Endelig nævnes vedvarende adfærds- og følelsesmæssige problemer som en vej mod polyviktimisering. Børn med en ADHD eller autistiske vanskeligheder kan have sværere ved at værne sig selv mod farlige personer og situationer. Undersøgelser har desuden vist, at børn med lavt niveau af selvkontrol eller tendens til aggression/angst kan tiltrække viktimisering i kraft af den negative opfattelse, de ansporer i andre personer omkring dem (Finkelhor, 2009).

[88] *En observation i polyviktimiseringslitteraturen rettet mod den klassiske traumeforskning er, at sidstnævnte typisk ikke har afdækket den samlede viktimiseringsprofil i deres undersøgelser. Der er altså muligvis tale om, at polyviktimisering fungerer som en såkaldt mediatorvariabel, og dermed er en bærende årsag til de eftervirkninger i form af traumatisk stress, som har kunnet måles i de ældre undersøgelser af enkeltviktimisering.*

De fire spor i teorien giver kun yderligere grund til at undersøge polyviktimisering i JanusCentrets population set i lyset af rapportens tidligere afsnit. Andelen af klienter som har oplevet en eller anden form for viktimisering i familien er meget høj, og en betydelig gruppe har ligeledes oplevet mobning i skolen. Endelig udviser store andele af klienterne tegn på blandt andet opmærksomhedsmæssige vanskeligheder og ASF. Det er derfor forventeligt, at både klienternes adfærdsproblemer samt deres oplevelser i både familien og skolen er i overensstemmelse med de veje mod polyviktimisering, som teorien identificerer.

Antal viktimiseringer	Antal klienter	Procent (%)
0	45	9,6
1	69	14,8
2	93	19,9
3	73	15,6
4	65	13,9
5	44	9,4
6	35	7,5
7	26	5,6
8	7	1,5
9	8	1,7
10	2	0,4

Tabel 9.1: *Antal forskellige typer viktimiseringer fordelt blandt klienter angivet i procent, N = 467*

9.2 Polyviktimisering i JanusCentret

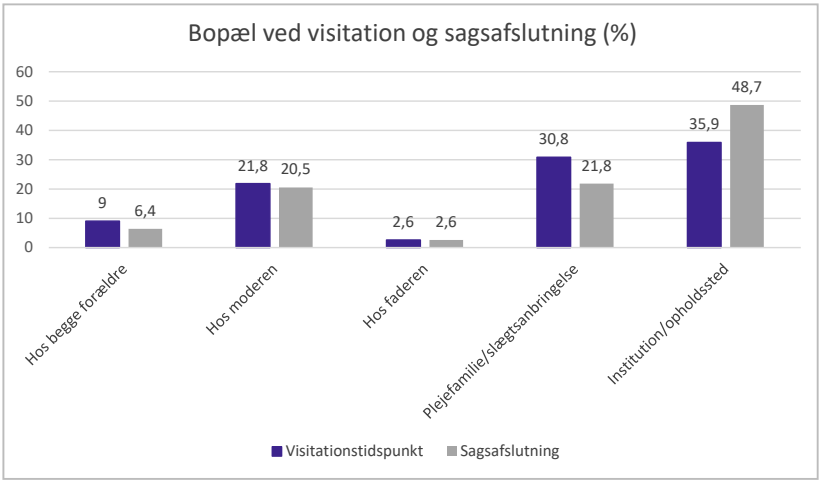
Tabel 9.1 viser antallet af forskellige viktimiseringer fordelt på det samlede antal klienter i JanusCentret[89]. Opgørelsen er primært lavet på baggrund af centrets data for omsorgssvigt i og uden for familien, og hver type viktimisering tæller for én i statistikken[90]. Gennemsnitligt har klienterne oplevet 3,6 forskellige typer viktimiseringer med et maksimum på 10 forskellige. Tallene bekræfter altså umiddelbart forventningen om klientgruppen som hårdt belastet også set over det samlede antal forskellige typer viktimiseringer.

For at måle andelen af polyviktimiserede klienter er det nødvendigt at udarbejde en definition, som er anvendelig til de data, som centret arbejder ud fra – et såkaldt operationaliseret begreb. Polyviktimisering er i litteraturen blevet målt forskelligt afhængig af, hvilke data og metoder de konkrete undersøgelser har haft til rådighed. Begrebet er derfor eksempelvis blevet målt som en tærskelværdi på fire viktimiseringer og over eller som de 10 procent med det højeste antal viktimiseringer. JanusCentret definerer på baggrund heraf de ca. 20 procent med det højeste antal viktimiseringer som polyviktimiserede. Som det fremgår af tabellen sættes tærsklen ved seks viktimiseringer og over[91], hvilket er ca. 2,5 over gennemsnittet. De efterfølgende analyser fokuserer på denne gruppe af 78 klienter, der altså betegnes som polyviktimiserede i indeværende rapport.

9.3 Køn, alder og nationalitet

Andelen af polyviktimiserede piger er 18 procent, hvilket er seks procent højere end den samlede andel af piger. Der forekommer dog ingen signifikant sammenhæng mellem at være pige og være polyviktimiseret blandt JanusCentrets klienter[92]. Aldersmæssigt ligger gennemsnittet i gruppen på 12,2 år, hvilket ikke adskiller sig fra gennemsnittet rapporteret i afsnit 1.2. Andelen af klienter med dansk etnicitet er også stabil og ligger på 90,2 procent.

[89] *N = 467*
[90] *Der er således ikke lavet vægtning af nogen typer viktimiseringer, selv om litteraturen gør opmærksom på, at oplevet misbrug i familien er en særlig risikofaktor for udvikling af efterfølgende symptomer. Den samlede variabelliste er som følger: 1) fysisk vold udenfor familien, 2) seksuelle overgreb udenfor familien, 3) vidne til seksuelle overgreb udenfor familien, 4) psykisk vold udenfor familien, 5) oplevet mobning, 6) oplevet passivt omsorgssvigt, 7) fysisk vold i familien, 8) vidne til fysisk vold i familien, 9) psykisk vold i familien, 10) vidne til psykisk vold i familien, 11) seksuelle overgreb i familien samt 12) vidne til seksuelle overgreb i familien.*
[91] *Definitionen har som nævnt afsæt i litteraturen, men er også et resultat af de tilgængelige data. Centret har f.eks. ikke adgang til oplysninger om, hvorvidt klienterne eller deres familier er blevet udsat for kriminalitet, og vil derfor formentlig underestimere den samlede mængde viktimiseringer i gruppen betydeligt sammenlignet med andre undersøgelser.*
[92] *p>0,05*



Figur 9.1: *Bopæl ved visitation og sagsafslutning blandt polyviktimiserede klienter angivet i procent, N = 78*

9.4 Bopæl og familieforhold

Figur 9.1 viser billedet i gruppen af polyviktimiserede klienter for så vidt angår boligforhold ved visitation og efter sagens afslutning i JanusCentret. Der er her ganske store forskelle sammenlignet med den generelle population. Kun meget få af de polyviktimiserede klienter bor med begge deres forældre, hvorimod tallene for anbringelser udenfor familien er tilsvarende høje i forhold til den samlede klientgruppe[93]. Dette følger billedet i tidligere undersøgelser, som har fundet en klar tendens til at polyviktimiserede børn kommer fra opbrudte familier (Finkelhor, 2009). Dette følger umiddelbart den teoretiske forventning beskrevet ovenfor. Familier præget af ustabilitet og konfliktfyldte forhold mellem forældrene må forventes at øge risikoen både for udvikling af følelsesmæssige problemer hos børnene samt for utilstrækkelig supervision og hjælp fra forældrene til f.eks. faglige udfordringer i skolen eller med sociale relationer. Som det fremgår af figur 9.1 bliver omkring 12,8 procent af de polyviktimiserede klienter desuden anbragt på en institution mellem visitation og afslutning af forløbet i JanusCentret. Dette er lidt over dobbelt så stor en stigning som i den almene klientpopulation (6 procent), og ca. 20 procent flere polyviktimiserede klienter er efter endt forløb i centret anbragt på en institution eller opholdssted ved sammenligning med den samlede gruppe. Der ses ligeledes en statistisk signifikant forbindelse mellem at være polyviktimiseret og være institutionsanbragt blandt JanusCentrets klienter[94]. Polyviktimiserede klienter er i højere grad institutionsanbragt end den øvrige klientgruppe, hvilket tyder på, at graden af dysfunktionalitet og omsorgssvigt i klienternes familier er særligt høj i netop disse sager. Dette følger de teoretiske forventninger om, hvilke stier der kan lede til hyppig viktimisering.

9.5 Omsorgssvigt

De polyviktimiserede klienter har i sagens natur en endnu mere udfordret baggrund end den gennemsnitlige klient[95]. Samtlige 74 klienter har således været udsat for passivt omsorgssvigt, og 91 procent har oplevet vold fra et medlem af familien. Alle klienterne har oplevet psykisk vold i familien, og 65,6 procent er blevet misbrugt seksuelt i deres familie. Ved sammenligning med tallene i afsnit 2 for den samlede gruppe er der således tale om nogle særdeles belastende omstændigheder i de polyviktimiserede klienters familiemiljø. Forekomsten af seksuelle overgreb er vigtig at være opmærksom på, idet litteraturen fremhæver dette som særligt alvorligt og psykisk skadeligt (Finkelhor, 2009).

[93] *Der mindes om, at forældrenes samlivsstatus indgår som en viktimiseringstype i definitionen af den samlede viktimiseringsvariabel.*
[94] *2 (1, N = 418) = 14,33, p ≤ 0.01*
[95] *Polyviktimisering er defineret ud fra mængden af omsorgssvigt, og det er derfor klart, at en stor andel per definition vil have en meget belastet baggrund. Statusrapporten følger Finkelhor (2009) som beskriver den samlede belastning til trods for lignende valg af definition.*

9.6 Traumatisk stress

9.6.1 Personligheds- og følelsesmæssige vanskeligheder

Psykiske stressreaktioner udtrykt i form af internaliserende og eksternaliserende adfærd af forskellige slags, eksempelvis angst/depression (intern), stofmisbrug og aggressiv adfærd (ekstern), er forventelige efterreaktioner på omfattende viktimisering. Polyviktimisering har i tidligere undersøgelser vist en meget stærk sammenhæng med symptomer på posttraumatisk stress (Ford, Elhai, Connor & Frueh, 2010), hvorfor det er oplagt at undersøge, hvorvidt dette også er tilfældet med den del af centrets klientgruppe, der kan betegnes som polyviktimiserede.

JanusCentret måler imidlertid ikke klienternes psykologiske trivsel eller mistrivsel direkte[96], hvorfor lambda-scoren i Rorschach-testen i stedet kan anvendes som indikator for den følelsesmæssige trivsel hos klienterne (se afsnit 4.5). Gruppens gennemsnitlige lambda-score er 7,13[97], hvilket er højere end gennemsnittet i den samlede klientpopulation (6,4)[98]. Der er dog ikke tale om en statistisk signifikant forskel[99]. Det kan dog overvejes, om en såkaldt lofteffekt gør sig gældende her. Lambda-scores over 2 i Rorschach-testen indikerer alvorlige følelsesmæssige udfordringer, hvilket var tilfældet for over 75 procent af klientpopulationen jf. analysen i afsnit 4.5. Det er derfor muligt, at testen har sværere ved at skelne internt mellem de alvorlige sager, og dermed at testens evne til at måle effekten af viktimisering flader ud, når klienternes følelsesmæssige problemer nærmer sig den alvorlige ende af spektret.

9.6.2 Traumeindikatorer

JanusCentret vurderer som led i udrednings- og behandlingsforløbet, hvorvidt klienterne udviser tegn på traumatisering[100]. Fire specifikke symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse undersøges ligeledes systematisk i de klientsager, hvor der fra forvaltningens side er tilkøbt traumescreening. Genoplevelsessymptomer vurderes ud fra, om klienten f.eks. har mareridt med traumepræget indhold samt om barnet eller den unge har flashbacks til den traumatiserende begivenhed. Genoplevelsessymptomer kan også komme til udtryk ved, at yngre klienter genopfører traumatiske oplevelser i forbindelse med leg og på den måde gentager dem for sig selv. Klienterne vurderes også i forhold til, om de udviser hyperårvågenhed, og dermed om de fremstår meget anspændte eller urolige i interaktionen. Hyperårvågenhed kan også komme til udtryk ved stor følsomhed overfor omverdenens stimuli og vil generelt være et tegn på, at klienten er bange og på vagt. Den tredje indikator er undgåelsesadfærd, hvor klienten aktivt søger at undgå påmindelser om den traumatiske begivenhed, og samtidig udviser udtalt angst ved at tale om de traumatiske begivenheder. Dette kan eksempelvis komme til udtryk ved, at klienten aktivt drejer samtalen væk fra traumerelaterede emner eller gemmer sig i væk, når behandleren forsøger at snakke om disse. Endelig vurderes det, om klienten har tendens til dissociation og f.eks. har perioder med trancelignende tilstand, hvor barnet mentalt fjerner sig fra situationen (Waters, 2005). Tegnene kan vise sig i forbindelse med samtalen i centret, men klienten kan også berette om oplevelser i familien eller lignende, som har karakter af traumesymptomer.

Analyser viser, at 23 procent[101] af de polyviktimiserede klienter har udvist mindst et af ovenstående symptomer på traumatisering enten dokumenteret gennem systematisk traumescreening eller gennem klinisk observation. Til sammenligning forekommer traumesymptomer blot hos 10,5 procent af de klienter, der ikke defineres som værende polyviktimiserede[102]. Denne forskel er statistisk signifikant[c] og peger på en forbindelse mellem polyviktimisering og traumesymptomer. Klienter udsat for flere forskellige typer for viktimisering har derfor større sandsynlighed for at udvise symptomer på traumatisering end klienter, der ikke er polyviktimiserede. Dette er i generel overensstemmelse med eksisterende forskning på området, der peger på, at børn og unge udsat for flere forskellige traumeepisoder er i forøget risiko for både psykiatriske og adfærdsmæssige vanskeligheder (Ford et al., 2010) og underbygger den generelle psykiske og sociale sårbarhed, der ses hos JanusCentrets klienter.

[96] *Centret er begyndt hvor muligt at måle klienternes trivsel på visitationstidspunktet ved brug af Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), men antallet af klientsager i polyviktimiseringsgruppen, hvor de er registreret udfyldte SDQ skemaer, er desværre meget lavt. De få cases med registrerede SDQ scores ligger imidlertid tæt på de sidste 5 procent af den samlede population i normalbefolkningen. Der er sammenlignet med normtal indsamlet i England, som kan findes på.*
[97] *N = 74* · [98] *N = 416* · [99] *p > 0,05*
[100] *Centret har siden 2015 tilbudt en egentlig traumescreening, som dog ikke er en del af det almindelige udredningsforløb. I sager hvor der ikke er tilkøbt traumescreening bygger data på den kliniske vurdering.*
[101] *N = 63* · [102] *N = 243* · [103] *2 (1, N=306) = 5,18, p = ≤ 0,05*

10. Klienter med mental retardering

Som tidligere beskrevet i nærværende rapport er der en væsentlig forekomst af klienter med et kognitivt funktionsniveau, der ligger under normalområdet for alderen. Dertil kommer, at henholdsvis 14,5 procent og 5,9 procent af klienterne lider af let til middelsvær mental retardering. Denne del af rapporten vil beskæftige sig med denne undergruppe af JanusCentrets klienter og beskrive de særkarakteristika, der knytter sig til klienter med mental retardering.

10.1 Køn, henvisningsårsag, alder og boforhold

Grundlæggende viser de gennemførte analyser, at der ikke er nogen væsentlig forskel mellem klienter med mental retardering og den øvrige klientgruppe, når det kommer til kønsfordeling. Her er billedet tilsvarende med en væsentlig overrepræsentation af drenge sammenlignet med piger, som det tidligere er beskrevet i rapporten. Dette er ligeledes tilfældet i forhold til henvisningsårsagen, hvor der ikke ses nogle tydelige tendenser blandt klienter med mental retardering, der i samme udstrækning som den øvrige klientgruppe kan være henvist både på baggrund af seksuelt bekymrende adfærd og/eller seksuelle krænkelser.

Særskilte analyser viser til gengæld, at gennemsnitsalderen for klienter med mental retardering er godt 14 år[104], hvor det for den øvrige klientgruppe er 12,5 år[105]. Klienter er derfor i gennemsnit 1,5 år ældre ved visitation end den øvrige klientgruppe og er signifikant ældre, når de henvises til JanusCentret første gang[106].

Lignende resultater ses i forhold til boforhold. 55 procent af klienter med mental retardering er anbragt udenfor hjemmet enten på et opholdssted eller i plejefamilie[107]. Til sammenligning gør det sig kun gældende for 40 procent af den øvrige klientgruppe[108]. Denne forskel er statistisk sikker[109] og viser en sammenhæng blandt klienterne mellem at være mentalt retarderet og i højere grad være anbragt udenfor hjemme. Dette kan muligvis skyldes det behandlingsbehov, klienter med mental retardering besidder, der samlet kan vanskeliggøre omsorgsopgaven i sådan en grad, at familien ikke formår at varetage barnets særlige behov i tilstrækkelig græd.

10.2 Psykiatrisk komorbiditet

Eksisterende forskning på området peger på en generel høj forekomst af psykiatrisk komorbiditet blandt personer med mental retardering. Særligt forekomsten af ADHD er blevet relateret til øget kognitiv forringelse hos børn og unge med mentalt handicap (Di Nuovo & Buono, 2007). Blandt JanusCentrets klienter ses der ligeledes en overrepræsentation af opmærksomhedsforstyrrelse blandt de børn og unge, der ligeledes lider af mental retardering. 86 procent[110] af disse klienter lider ligeledes af opmærksomhedsmæssige vanskeligheder, hvilket for den øvrige klientgruppe udelukkende gør sig gældende for 74 procent[111]. Denne forbindelse er signifikant[112] og underbygger en underliggende sammenhæng mellem mental retardering og opmærksomhedsforstyrrelse blandt JanusCentrets klienter. Resultaterne er i overensstemmelse med eksisterende litteratur og peger på grundlæggende interkorrelation mellem de to syndromer. Der er ligeledes analyseret på forekomsten andre psykiske vanskeligheder herunder ASF og tilknytningsvanskeligheder. Her ses der ingen signifikant forbindelse med mental retardering.

[104] *N = 76* · [105] *N = 296* · [106] *t (370) = -4,1, p≤ 0,01* · [107] *N = 77* · [108] *N = 300* · [109] *2 (1, N=377) = 5,29, p = ≤ 0,05* · [110] *N = 77* · [111] *N = 300*
[112] *2 (1, N=377) = 4,89, p = ≤ 0,05*

10.3 Overgreb og omsorgssvigt

Klienter med mental retardering er tilsvarende eksponeret for seksuel viktimisering, vold og omsorgssvigt i opvæksten, som den øvrige klientgruppe. Forekomsten heraf for den samlede klientgruppe kan ses i afsnit 2. Der er derfor også her tale om en gruppe børn og unge, som udover deres mentale handicap kommer fra en svært belastet baggrund med mulig traumatisering. Flere klienter med mental retardering har overværet seksuelle overgreb udenfor hjemmet (10 procent) sammenlignet med de øvrige klienter (3 procent)[113], men bortset herfor ses der ingen egentlige forskelle.

Samlet peger analyserne på mentalt retarderede klienter som en del af klientgruppen, der på samme vis oplever omsorgssvigt og overgreb som et livsvilkår i opvæksten, men som grundet deres mentale handicap ikke besidder samme kognitive ressourcer og redskaber til at bearbejde deres oplevelser. Forskning peger ligeledes på en øget sårbarhed blandt børn og unge med handicap i forhold til at blive udsat for vold og seksuelle overgreb (Holt et al., 2017), hvilket understreger vigtigheden af, at denne gruppe børn og unge skærmes tilstrækkeligt pædagogisk og bliver mødt med en ensrettet indsats i forhold til seksuel guidning og vejledning.

[113] *2 (1, N=384) = 7,42, p = ≤ 0,01*

Praksiserfaringer fra arbejdet med flygtningebørn med seksuelt bekymrende adfærd

I JanusCentret har den øgede flygtningestrøm til Danmark i 2014 - 16 i nogen grad afspejlet sig i klientgruppen. I løbet af de seneste år er en mindre gruppe ledsagede og uledsagede flygtningebørn blevet henvist til JanusCentret på grund af seksuelle adfærdsproblemer.

Særligt uledsagede flygtningebørn er en sårbar klientgruppe. Både internationale undersøgelser og JanusCentrets erfaring peger på, at uledsagede flygtningebørn udviser en række symptomer på omfattende traumatisering og tilpasningsstress, der i flere tilfælde kan relateres til oplevelser i forbindelse med flugten til Danmark (Kirmayer et al., 2011). Samlet skaber dette nogle anderledes kliniske udfordringer, som stiller store krav til de strukturelle forhold omkring samarbejdet med klienten og klientens netværk samt det egentlige udrednings- og behandlingsarbejde.

Refleksion fra kliniks praksis

De refleksioner, der her beskrives, er udviklet på baggrund af arbejdet med en mindre gruppe klienter af flygtningebørn. JanusCentrets videnscenter har i samarbejde med de kliniske psykologer lavet en erfaringsopsamling, som har ledt til en række analyseresultater fra vores interne arbejde og udvikling af praksis. Det er vigtigt at understrege, at de følgende refleksioner knytter sig til JanusCentrets klienter, og at pointerne derfor ikke kan betragtes som repræsentative for flygtningebørn generelt. Vores overvejelser kredser om fire hovedtemaer i udrednings- og behandlingsarbejdet: Klienten, Den terapeutiske alliance, Netværket og Den faglige arena.

Symptomer og adfærd ved henvisning

I forhold til symptomer og adfærd er de flygtningebørn, der henvises til Januscentret på henvisningstidspunktet i alvorlig mistrivsel. Eksempler på symptomer kan være søvnproblemer, vagtsomhed, forhøjet hyperårvågenhed, rastløshed, kropslig uro, koncentrationsvanskeligheder, irritabilitet, vredesudbrud, mangelfuld behovsudsættelse og affektregulering, udtalt grænseafprøvning og konflikter med omgivelserne. Yderligere ses seksuelt bekymrende og krænkende adfærd som f.eks. kan komme til udtryk som seksualiserende adfærd overfor andre børn, seksuelt indladende adfærd overfor voksne, tvangspræget pornografiforbrug, beføling og forsøg på anal og oral penetrering.

Overvejelser i forbindelse med det direkte arbejde med klienten

Sammenlignet med vores etnisk danske klienter, der også oplever en høj belastningsgrad, er det indtrykket, at kompleksiteten i problematikkerne omkring flygtningebørn er meget fremtrædende. I forhold til kompleksitet og usikkerhed ses, at det ofte er børn, som har være udsat for mangeartede traumer og svigt. Et uledsaget flygtningebarn kan f.eks. have været udsat for omsorgssvigt og vold i den tidlige opvækst. Flygtningebørn er ofte vidne til voldsomme begivenheder som f.eks. krigshandlinger og måske drab i hjemlandet. Dertil kommer tabet af eventuelle omsorgspersoner samt tab af hjemland og kendte rammer. På flugten til Europa kan barnet have været helt ubeskyttet og måske udsat for sult, tørst, fysisk overanstrengelse og sygdom. Barnet kan have været udsat for eller vidne til vold og seksuelle overgreb og i det hele taget have været eksponeret for ekstremt utrygge situationer. Ved ankomsten til Danmark møder barnet en ny kultur, et nyt sprog og et nyt klima, som det skal integrere sig i. Barnet ved ikke, hvad der kommer til at ske, efter det er ankommet til Danmark. Kan han/hun blive i landet, eller bliver familien sendt tilbage? Hvor skal han/hun bo og med hvem? Kompleks traumatisering i kombination med sproglige og kulturelle barrierer er med til at stille barnet i en særlig udsat position, hvor den ekstreme belastning gør barnet psykisk sårbart og medvirker til den grundlæggende utryghed, der ofte knytter sig til klienter med flygtningebaggrund. Den seksuelt bekymrende adfærd fylder meget i barnets omgivelsers bevidsthed, men er kun en brik i et større samlet billede.

Hos flere flygtningebørn observeres det, at de blandt andet reagerer ved at fremstå pseudomodne – som en lille voksen. De forsøger i næsten alle situationer at tage styring, og de pædagogiske professionelle oplever, at barnet ikke accepterer, at den voksne sætter grænser og tager styring. Dette kan forstås som en naturlig reaktion på en ekstrem situation, og er også noget der observeres hos dansk etniske ikke-flygtningebørn. Men adfærden bliver alligevel et fokuspunkt, da den ses i meget udtalt grad hos flygtningebørn. Det bliver derfor vigtigt for et evt. udrednings- og behandlingsforløb, at der er opmærksomhed på at skabe en ramme, hvor dette kan rummes og arbejdes med.

For uledsagede flygtningebørn gælder særligt, at de på flugten til Danmark typisk rejser alene eller med grupper af andre flygtninge. De vil ofte ikke fortælle ret meget om rejsen, og ingen af de voksne i barnets netværk ved ret meget. Måske har nogen pålagt barnet tavshed ift. flugten. Hvis barnet er uledsaget, er det også den eneste, der kan fortælle om livet i hjemlandet, og hvad det har oplevet der. Der er ingen voksne omkring barnet, som har været vidne til gode og dårlige oplevelser, og som kan hjælpe med at fortælle barnets historie samt skabe mere orden i et oplevet kaos. Derfor bliver barnet i udredningssituationen den eneste informant samt eneste livsvidne. JanusCentret har ikke et entydigt svar på, hvordan man imødekommer denne udfordring, men erfaringsopsamlingen peger på, at identificering og italesættelse af dette grundvilkår i netop disse sager, kan have stor betydning for det videre arbejde med at hjælpe børnene.

Den terapeutiske alliance

Ligesom vi gør os tanker om, hvordan normer og kultur har indflydelse på seksuel bekymrende adfærd i barnets oprindelsesland, må vi også forholde os til vores egen kultur og egne normer. Dette gør sig allerede gældende inden vi møder klienten. Vi blev i arbejdet med flygtningebørn opmærksomme på, hvor vigtigt det er, at afklare formålet med udredningsforløbet. Dette gør sig også gældende i vores andre sager, men foregår ofte på et andet niveau. Titler og systemer har måske andre funktioner i oprindelseslandet. Hvad er en psykolog? Har JanusCentret indflydelse på asylansøgning i fremtiden? Det er spørgsmål, som er vigtige at besvare så hurtigt og tydeligt som muligt, så de ikke stiller sig i vejen for alliancen med barnet og eventuelle omsorgspersoner.

Netværket omkring barnet

Vi ser også et tema i forhold til, hvilke voksne der er omkring barnet, og hvordan de forholder sig til den seksuelt bekymrende adfærd. Det voksne blik på den seksuelt bekymrende adfærd kan have afgørende betydning for, hvilket et samarbejde der kan skabes med en familie eller et netværk. Vi er stødt på omsorgspersoner, som på nogle punkter har et andet syn på den seksuelle udvikling hos børn end den gængse opfattelse af seksualitet i norden. Synet på seksualitet i en nordisk kontekst er præget af en høj grad af ligestilling mellem kønnene, forskelligartede familiemønstre, og en liberal attitude ift. seksualitet hos kvinder og i ungdommen (Kastbom, 2015) I nogle tilfælde har forskelligheden i synet på seksualitet ligget i, at den voksne ikke skelner mellem den infantile og den voksne seksualitet. Det bliver i disse tilfælde svært at skabe et fælles forståelsesgrundlag for, hvorfor børn kan udvikle seksuelt bekymrende adfærd, og derfor også udfordrende at samarbejde om at mindske barnets seksuelle adfærdsproblemer.

Den faglige arena

Omkring de faglige udfordringer og opmærksomhedspunkter der særligt knytter sig til det mere praktiske, kliniske arbejde med flygtningebørn og unge, er der fremkommet et tema, der kan kaldes Den faglige arena.

Herunder kan f.eks. nævnes, at samarbejdet med tolk har stor betydning for kvaliteten af kontakten til klienten og det kliniske indtryk, psykologen kan være i stand til at skabe sig.

54

Det er også vigtigt at gøre sig tanker om, hvilke psykologiske tests der kan give valide resultater ift. standardisering i forskellige verdensdele, når man udreder barnet. Dansk psykolog forening udgav i slutningen af 2017 en manual ift. udredning af flygtningebørn, som beskæftiger sig med dette (Faglig vejledning: Psykologisk udredning af børn og unge med flygtningebaggrund, Dansk psykolog forening 2017).

I forhold til mødet med klienter som har en anden kulturel baggrund end dansk, har psykologerne i erfaringsopsamlingen gjort sig nogle overvejelser, som leder til et undertema kaldet "kulturbegrebet". Ingen af de ansatte i JanusCentret er eksperter i Syrisk kultur og sociale normer omkring seksualitet, eller har detaljeret viden om det område, den specifikke klient kommer fra. Selv hvis centret havde sådanne ressourcer til rådighed, vil der altid være en individuel kultur eller normdannelse i hver enkelt familie, som man ikke på forhånd kender til. I arbejdet med flygtninge i forhold til kultur og normer omkring seksualitet, har JanusCentret observeret, at professionelle kan svinge imellem to yderpoler: at udtrykke uvidenhed og udvise berøringsangst, til bevidst eller ubevidst at oversvømmes af forudantagelser eller endda fordomme. Det er for JanusCentret blevet tydeligt i den kliniske praksis, at den mest respektfulde vej i arbejdet med flygtningebørn i forhold til kulturelle og sociale normer omkring seksualitet, er at være udforskende og spørgende. Heri ligger at spørge til normer og kultur indenfor seksualitet i barnets hjemland og familie samt undersøge, hvilke ligheder og forskelle der kunne være i forhold til dansk kultur. På den måde kan man sammen med barnet og dets netværk blive klogere på, hvilke erfaringer og oplevelser der i samspil med barnets indre forudsætninger har haft indflydelse på barnets seksuelt bekymrende adfærd.

Samlet vurderes dette at være kilden til gennemførelse af en valid udredning, der giver de bedste forudsætninger for at kunne hjælpe barnet fremadrettet og herigennem understøtte trivsel og udvikling.

Det er for JanusCentret blevet tydeligt i den kliniske praksis, at den mest respektfulde vej i arbejdet med flygtningebørn i forhold til kulturelle og sociale normer omkring seksualitet, er at være udforskende og spørgende.

Medarbejderliste

Direktør, psykolog Mimi Strange
Specialist i psykoterapi og supervision

Socialrådgiver Anette Baadsgaard
Daglige leder, Klinik Syd

Psykolog Vanessa Schmidt-Rasmussen
Aut. Psykolog

Psykolog Elisabeth Frahm
Aut. Psykolog

Psykolog Amalie Strange
Aut. Psykolog

Sarah Bonnemann Egebæk
Psykolog og projektleder

Psykolog Lene Bjerre Frandsen

Psykolog Helle Jørgensen Lolli
Specialpsykolog i
børne- og ungdomspsykiatri

Kliniksekretær Dorthe Rostgaard
Sekretær

Psykologisk konsulent
Jytte Kofod Andersen
Specialist og Supervisor i
børnepsykologi

Psykologisk konsulent
Tove Østergaard Weis
Specialist og Supervisor i
børnepsykologi

Psykologisk konsulent Mai Ditlevsen
Specialist i børnepsykologi

Studentermedhjælper
Frederik Andersen
Bachelor i psykologi

Studentermedhjælper
Augusta Wilken
Stud.psyk og bachelor i filosofi

JanusCentrets bestyrelse

Formand, Bent Colerick
Afdelingsinspektør
Ingrid Jespersens Gymnasieskole

Anna-Louise Stevnhøj
Redaktør og pressechef
LFS, Landsforeningen For
Socialpædagoger

Niels Jepsen
Psykolog

Kirsten á Rogvi
Juridisk konsulent

Mikala Frølich
Forstander
Behandlingshjemmet Hvidborg

Referencer

Bandura, Albert (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Børnerådet (2016). Fysisk og Psykisk Vold Er Stadig En Del Af Mange Børns Hverdag. Børneindblik. Nr. 7/16

Center for Seksuelle Overgreb. (2017). Statusrapport 2014-2016. København: Center for Seksuelle Overgreb.

Dansk Statistik. (2016). Befolkningens højest fuldførte uddannelse. Lokaliseret d. 2. maj 2017 på: http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/uddannelse-og-viden/befolkningensuddannelsesstatus/befolkningens-hoejst-fuldfoerte-uddannelse

Danmarks Statistik (2018a). Befolkning og valg. Lokaliseret 28. August 2018 på https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveselections.asp

Danmarks Statistik (2018b). Arbejde, indkomst og formue. Lokaliseret 28. August 2018 på https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/select-varval/saveselections.asp

Di Nuovo, S. F., & Buono, S. (2007). Psychiatric syndromes comorbid with mental retardation: Differences in cognitive and adaptive skills. Journal of Psychiatric Research, 41(9), 795-800.

Dubow, E. F., Boxer, P., & Huesmann, L. R. (2009). Long-term effects of parents' education on children's educational and occupational success: Mediation by family interactions, child aggression, and teenage aspirations. Merrill-Palmer Quarterly, 55(3), 224-249.

Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., ... & Silovsky, J. F. (2006). ATSA Task Force on Children with Sexual Behavior Problems. Association for the Treatment of Sexual Abusers. Thousand Oaks, CA

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, 2009-07-01, Volume 33, Issue 7, Pages 403-411

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.

Friedrich,W., N. (2007). Children with sexual behavior problems – Family-based, attachment focused therapy. New York: W. W. Norton & Company.

Garcia Quiroga, M., & Hamilton-Giachritsis, C. (2016). Attachment styles in children living in alternative care: A systematic review of the literature. Child & Youth Care Forum, 45(4), 625-653.

Oldrup, H., Christoffersen, M.N., Kristiansen, I.L., Østergaard, S.V. (2016). Vold og Seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016. SFI-Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2016). København, Denmark.

Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. Child Abuse & Neglect, 32(8), 797-810.

Holt, H., Christoffersen, M., Poulsen, M., H., Bengtsson, S., & Bach, H., B. (2017). Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge med handicap. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Jansen, H., A., (2017). At forstå it-relaterede overgreb: typology og behandling. Pædagogisk Psykologisk Tidsskrif. Tema Børn og Seksuelle overgreb. 54. årgang. nr. 4.

JanusCentret (2015). Statusrapport XIII 2003-2015. Center for Børn og Unge mellem 4 og 18 år med seksuelt bekymrende eller seksuelt krænkende adfærd. Danmark. København.

Kastbom, Å. A. (2015). Sexual behavior, debut and identity among Swedish Schoolchildren. Linköping: Linköping Unisersity.

Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G., Guzder, J., … Pottie, K. (2011). Canadian Guidelines for Immigrant Health: Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. Canadian Medical Association Journal, 183 (12), 959-967.

Lausten, M. (2016). Børn og unge, der har været i kontakt med Janus-Centret – Hvad er deres baggrund og hvordan går det dem? København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Limber, S. P., et al. (2006). Peer Victimization: The Nature and Prevalence of Bullying Among Children and Youth, Kap. 16 I: Handbook of Children, Culture, and Violence. Sage. London.

Ministeriet for børn, unge og ligestilling. (2016). Andel elever, der er inkluderet i den almindelige undervisning, 2015/16. København: Styrelsen for IT og læring.

Nolen-Hoeksema, S. (2011). Abnormal psychology (5. udg.). New York: McGraw-Hill Education.

Oldrup, H., Christoffersen, M. N., Kristiansen, I. L., & Østergaard, S. V. (2016). Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Psykiatrifonden. (2015). Tal til psyken – Fakta om psykisk sunhed og psykisk sygdom. København: Psykiatrifonden.

Riggs, S.A. (2010). Childhood Emotional Abuse and the Attachment System Across the Life Cycle: What Theory and Research Tell Us. Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, Vol. 19(1), p. 5-51

Roien, L. A., Simovska, V., & Graugaard, C. (2018). Seksualitet, skole og samfund. København: Hans Reitzels Forlag

Rothbaum. B.O. (1992). A Prospective Examination of Post-Traumatic Stress Disorder in Rape Victims. Journal of traumatic Stress, Vol. 5, No 3, 1992.

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

Socialstyrrelsen. (2018). Omsorgssvigt. Lokaliseret den 04. September 2018 på: https://vidensportal.dk/temaer/Omsorgssvigt

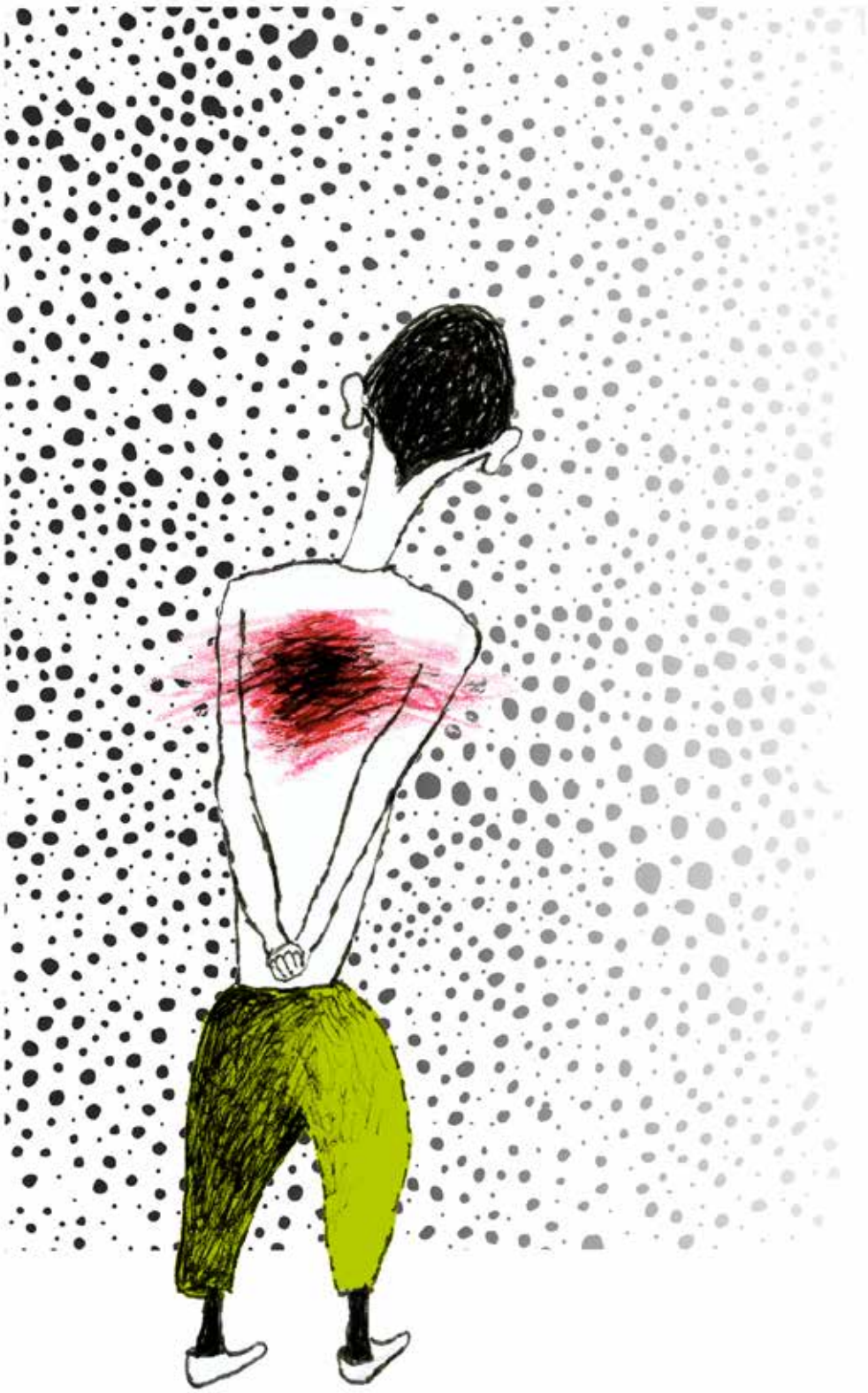
Sundhed.dk (2018). ADHA, behandling. Lokaliseret den 28. August 2018 på https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psykehos-boern/sygdomme/adhd/adhd-behandling/

Waters, S. F. (2005). Recognizing Dissociation in Preschool Children. The International Society for the Study of Dissociation. Vol. 23. nr. 4.

World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.

WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Psykiatrisk Hospital ved Århus. (1994). WHO ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser - klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard.

Zeuthen, K. (2016). Et essay om infantile seksualitet, heri. s. 16-27. Vol. 33. Nr. 1. Matrixtidsskrift. Oslo.



Udarbejdet af JanusCentret
Alle rettigheder forbeholdes. Mekanisk, elektronisk, fotografisk eller anden gengivelse af eller kopiering fra teksten eller dele heraf er ifølge gældende dansk lov om ophavsretsret ikke tilladt uden JanusCentrets skriftlige samtykke.

JanusCentret

JanusCentret
Udredning, behandling, formidling og forskning

Bryggervangen 55, 4. sal th · 2100 København Ø · T: (+45) 33 69 03 69
info@januscentret.dk · www.januscentret.dk