



JanusCentret

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

Statusrapport XIII  
2003-2016



|   |           |
|---|-----------|
| <b>Del 1 - Dataresultater</b>                                       | <b>6</b>  |
| 1. Karakteristik af JanusCentrets klienter                          | 7         |
| 1.1 Formål med dette års statusrapport                              | 7         |
| 1.2 Datagrundlag  | 8         |
| 1.3 Klienternes køn, alder og nationalitet                          | 8         |
| 1.4 Bopæl   | 8         |
| 1.5 Skoleforhold og mobning   | 9         |
| 1.6 Diagnoser inden visitation til JanusCentret                     | 9         |
| <b>2. Omsorgssvigt</b>  | <b>10</b> |
| 2.1 Passivt omsorgssvigt  | 10        |
| 2.2 Aktivt omsorgssvigt   | 11        |
| 2.2.1 Psykisk vold  | 11        |
| 2.2.2 Fysisk vold   | 11        |
| 2.2.3 Seksuelle overgreb  | 12        |
| 2.3 Mistanke om aktivt omsorgssvigt                                 | 12        |
| 2.4 Seksuel grænseløshed  | 13        |
| 2.5 Samlet antal risikofaktorer                                     | 13        |
| <b>3. Seksuelle adfærdsproblemer og seksuelt bekymrende adfærd</b>  | <b>15</b> |
| 3.1 Typer af seksuelt bekymrende adfærd og andre typer risikoadfærd | 16        |
| 3.2 Pornografiforbrug   | 17        |
| 3.2.1 Betydningen af pornografi for seksuelle krænkelser            | 17        |
| 3.2.2 Forbrug   | 18        |
| 3.2.3 Pornografiforbrug og psykiatriske diagnoser                   | 20        |
| 3.2.4 Alder, familiebaggrund og omsorgssvigt                        | 22        |
| <b>4. Test- og udredningsresultater</b>                             | <b>23</b> |
| 4.1 Intellectuelt funktionsniveau                                   | 23        |
| 4.1.1 Sproglig kompetence   | 24        |
| 4.1.2 Evnen til perceptuel organisation og ræsonnering              | 24        |
| 4.1.3 Arbejdshukommelse og visuomotorisk forarbejdningshastighed    | 24        |
| 4.2 Opmærksomhedsmæssige vanskeligheder                             | 25        |
| 4.3 Personligheds- og følelsesmæssige vanskeligheder                | 26        |
| 4.4 Autismespektrumsforstyrrelse                                    | 26        |
| 4.5 Ildspåsættelse og dyremishandling                               | 26        |
| 4.6 Psykotiske symptomer  | 27        |
| <b>5. Karakteristik af klienternes ofre</b>                         | <b>28</b> |
| 5.1 Køn og alder  | 28        |
| 5.2 Relation mellem offer og klient samt sted for overgreb          | 28        |
| 5.3 Antal overgreb  | 30        |
| 5.4 Type af krænkelse   | 30        |
| 5.5 Brug af tvang og/eller trusler i forbindelse med overgreb       | 31        |
| 5.6 Disclosure – Afsløring af overgrebene                           | 32        |
| <b>6. Hvad kendetegner klienternes forældre?</b>                    | <b>34</b> |
| 6.1 Datagrundlag  | 34        |
| 6.2 Statsborgerskab og nationalitet                                 | 34        |
| 6.3 Civilstatus   | 34        |
| 6.4 Forældrenes beskæftigelse og uddannelsesniveau                  | 34        |
| 6.5 Forældrenes psykiatriske helbredsproblemer                      | 37        |
| 6.6 Forældrenes egne anbringelses- og overgrebshistorier            | 38        |

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| <b>7.</b>  | <b>Henvendelsesstatistik</b>  | <b>39</b> |
| 7.1  | Telefonhenvendelser inden for målgruppen  | 39        |
| 7.2  | Årsag til afslutning  | 39        |
| 7.3  | Telefonhenvendelser om rådgivning uden for målgruppen   | 40        |
| <b>8.</b>  | <b>Kommunekontakt og aktiviteter i JanusCentret 2003-2016</b>   | <b>41</b> |
| <b>Del 2 - Hvordan klarer klienterne sig fremadrettet og erfaringsopsamling af den nationale indsats</b> |   | <b>42</b> |
| <b>9.</b>  | <b>Børn og unge, der har været i været i kontakt med JanusCentret – Registerdataundersøgelse ved Det Nationale Forskningscenter for Velfærd</b> | <b>43</b> |
| 9.1  | Forældrebaggrund  | 43        |
| 9.1.1  | Familieforhold og familiesammensætning  | 43        |
| 9.1.2  | Forældrenes uddannelsesniveau   | 45        |
| 9.1.3  | Forsørgelsesgrundlag  | 47        |
| 9.1.4  | Forældrenes fysiske og psykiske helbred   | 48        |
| 9.1.5  | Misbrug og kriminalitet   | 48        |
| 9.1.6  | Anbringelse   | 49        |
| 9.2  | Hvordan går det de unge i dag?  | 50        |
| 9.2.1  | Uddannelse  | 50        |
| 9.2.2  | Fysisk og psykisk helbred   | 52        |
| 9.2.3  | Misbrug og kriminalitet   | 53        |
| 9.2.4  | Anbringelse og forebyggende foranstaltninger  | 53        |
| 9.2.5  | Ofre og den krænkende part  | 54        |
| 9.3  | Sammenfatning   | 56        |
| <b>10.</b>   | <b>Erfaringsevaluering af "Børn, der krænker andre børn"</b>  | <b>57</b> |
| 10.1   | Evaluering af klientgruppen   | 57        |
| 10.2   | Udredning og behandling   | 58        |
| 10.3   | Kommunernes kendskab til og samarbejde med de tre behandlingssteder   | 59        |
| 10.4   | Kommunernes brug af andre tilbud  | 60        |
| 10.5   | Kommunernes viden på fagområdet   | 61        |
| 10.6   | Hvad viser Ankestyrelsens undersøgelse?   | 61        |
| 10.6.1   | Den børnesagkyndige konsultants vurdering af ti sager   | 62        |
| 10.6.2   | Ankestyrelsens sagsgennemgang af 21 sager   | 62        |
| 10.6.3   | Interview med sagsbehandlere  | 62        |
| 10.6.4   | Opmærksomhedspunkter  | 63        |
| 10.8   | Virkingen på børnene  | 63        |
| 10.9   | Sammenfatning   | 64        |
| <b>Del 3 - Særtema: Traumatiserede klienter</b>  |   | <b>66</b> |
| <b>11.</b>   | <b>Traumatiserede klienter</b>  | <b>67</b> |
| 11.1   | Traumeinterventioner  | 67        |
| 11.1.1   | Tidlig traumeterapi   | 67        |
| 11.1.2   | Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)  | 69        |
| 11.2   | Klienter med flygtningebaggrund   | 71        |
| <b>Referencer</b>  |   | <b>72</b> |
| <b>Litteraturliste</b>   |   | <b>72</b> |

## Forord til Statusrapport XIV (2003-2016)

Januscentret har siden 2003 undersøgt og behandlet børn og unge under 18 år med seksuelle adfærdsproblemer (klinikfunktion) og indsamlet og formidlet viden om målgruppen (videnscenterfunktion).

Siden 2014 har Januscentret været nationalt videnscenter og stået for landsdækkende vidensindsamling.

En tredjedel af samtlige seksuelle overgreb mod børn begås af andre børn og unge. Viden om målgruppen er en nødvendig forudsætning for at kunne forebygge overgreb mellem børn, opspore uhensigtsmæssig adfærd og intervenere så tidligt som muligt samt yde bedst mulig behandling til børn, hvor overgreb er sket. Dette sikrer, at indsatser sker på et vidensbaseret grundlag.

Der er tale om børn, som oftest har en række vanskeligheder, der kalder på tværsektorielt og tværfagligt samarbejde: Fælles børn – fælles ansvar.

Det nye, større antal børn og unge, som udgør datagrundlaget i nærværende rapport, understøtter de fund, vi tidligere har offentliggjort. Der er ofte tale om børn med en række forskellige vanskeligheder såsom neuropsykiatriske udfordringer, opmærksomhedsforstyrrelser, sociale vanskeligheder med videre. Derudover har størstedelen været ofre for omsorgssvigt af enten fysisk, psykisk og/eller seksuel karakter. For en del børns vedkommende er der tale om, at de er eksponeret for flere forskellige risikofaktorer, som tilsammen – desværre – giver en kumulativ effekt. Samlet skaber dette en udtalt udsathed, som for mange følger barnet helt ind i voksenlivet, hvilket vi i denne rapport for første gang kan publicere dokumenteret viden om.

### Rapporten falder i tre dele:

1. Udvalgte data fra nyeste dataindsamling med opdateret viden om målgruppen, som ligeledes beskriver, hvordan en række forskellige sårbarheder samlet skaber udgangspunktet for børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd. Dette strækker sig fra alt mellem forskellige former for omsorgssvigt til ikke-alderssvarende brug af pornografisk materiale. For de fleste gør en grundlæggende udsathed sig gældende.
2. Hvordan er det gået de børn og unge, der har været i kontakt med centret? De vigtigste fund i en registerdataundersøgelse, som Januscentret har fået foretaget af SFI, fremlægges her. Grundlæggende udviser tidligere klienter samme vedholdende belastningsgrad som deres forældre inden for parametrene uddannelse, psykiske helbredsproblemer samt seksuel viktisering. Hvordan den nationale indsats for målgruppen kan optimeres, så klienterne får tilstrækkelig støtte til at bryde den negative sociale arv fremadrettet, bliver præsenteret ved gennemgangen af de vigtigste pointer fra evaluering af det landsdækkende projekt (KORA's erfaringsopsamling).
3. Særligt fokus på traumer: En del børn med seksuelle adfærdsproblemer er selv traumatiserede. Dette kalder på særlige indsatser, der målretter sig barnets voldsomme oplevelser og direkte behandler traumerelaterede vanskeligheder. Tidlig traumeterapi er dokumenteret som en lovende behandlingstilgang og EMDR-terapi er en evidensbaseret metode i arbejdet med både traumatiserede børn og voksne. Begge udgør en vigtig del af den kliniske praksis i JanusCentret. Disse beskrives dybdegående i afsnittet.

Regeringens Overgrebspakke (2013-2016), som Januscentret har været en del af, har medført gennemførelse af en række initiativer, som har styrket indsatsen i forhold til forebyggelse af seksuelle overgreb mod børn betragteligt. Her skal særligt fremhæves:

- Børnehuse med samråd, hvor der udveksles oplysninger mellem tre instanser (politi, social- og sundhedssektoren)
- Landsdækkende netværk til børn med seksuelle adfærdsproblemer
- Red Barnets undervisningsmateriale "Stærke sammen" til mellemtrinnet (4.-6. klasse) om vold og seksuelle overgreb
- Skærpelse af underretningspligten (24 timers reglen, særligt fokus på seksuelle overgreb med videre)
- Følgegruppe til Overgrebspakken, hvor forskellige sektorer og faggrupper blev bragt sammen.
- Hertil kommer øget forskning. SFI/VIVEs undersøgelse af vold og seksuelle overgreb mod børn i Danmark (Oldrup et al., 2016) og senest undersøgelse af vold og seksuelle overgreb mod børn og unge med handicap gennemført af Holt et al. (2017).

Under mottoet: "Fælles børn, fælles ansvar – på et vidensbaseret grundlag" har Januscentret videreudviklet såvel kliniske som forskningsmæssige tiltag samt publiceret bøger/artikler/antologier siden sidste statusrapport i 2016. Du kan læse nærmere om det hele i nærværende rapport.

*Med venlig hilsen og god læselyst*

*På JanusCentrets vegne*

*Mimi Strange  
Direktør*

” JanusCentret har siden 2003 undersøgt og behandlet børn og unge under 18 år med seksuelle adfærdsproblemer og indsamlet og formidlet viden om målgruppen.

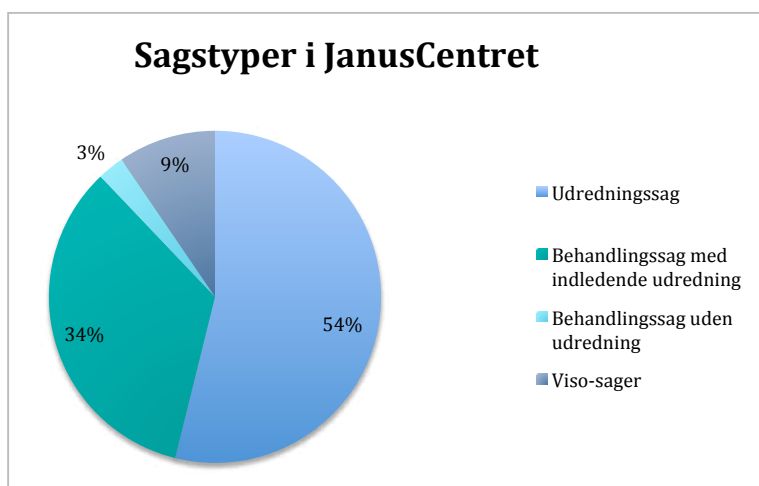
# Del 1

## Dataresultater

## 1. Karakteristik af JanusCentrets klienter

JanusCentret har i perioden 2003-2016 indsamlet data i 420 sager<sup>1</sup> omhandlende børn og unge i alderen 4-18 år, der har udvist seksuelt bekymrende og/eller seksuelt krænkende adfærd over for andre børn. I rapporten omtales disse børn og unge som klienter. Derudover har JanusCentret registreret data om i alt 555 ofre, hvor størstedelen er børn under 12 år.

Den procentmæssige fordeling af de 420 klientsager er illustreret i figur 1.1. Sammenlagt har sagerne fordelt sig på henholdsvis 226 udredningssager, 143 udredningssager med efterfølgende behandlingsforløb, 11 behandlingssager uden forudgående udredning samt 40 registrerede VISO-udredningssager<sup>2</sup>. Det er værd at bemærke, at næsten halvdelen af de 42 nye sager i 2016 har været behandlingssager med indledende udredning.



Figur 1.1: Procentmæssig fordeling af sagstyper i JanusCentret, N = 420

### 1.1 Formål med dette års statusrapport

Formålet med denne rapport er at beskrive klientgruppen ved JanusCentret og forskellige udvalgte undergrupper af klinisk og forskningsmæssig interesse. Dette gøres med særligt henblik på at viderefordre den indsamlede viden til professionelle, der arbejder med børn og unge. Som den 14. i rækken af årlige statusrapporter kan nærværende rapport endvidere bygge videre på det vidensgrundlag, JanusCentret har videreudviklet siden 2003 i en national kontekst. Den vedvarende forøgelse af datagrundlaget er med til at underbygge validiteten af dataanalyserne og dermed yderligere afdække den særegne klientprofil, der knytter sig til børn og unge med seksuelt bekymrende og/eller seksuelt krænkende adfærd. Datagrundlaget er i nærværende rapport forøget med 72 klienter fordelt på henholdsvis 32 nye klienter og 40 inkluderede VISO-sager sammenlignet med forrige statusrapport (JanusCentret, 2016). Gruppen af klienter i JanusCentret er en klinisk population og datagrundlaget udgør derfor ikke et repræsentativt udsnit af danske børn og unge med seksuel overgrebsadfærd eller seksuelle adfærdsproblemer. Alle analyser og fortolkninger bør derfor læses og forstås i lyset heraf.

<sup>1</sup> Sagsnummer 1237, 3218 og 3320 er frasorteret det samlede datasæt grundet alder uden for målgruppe

<sup>2</sup> JanusCentret har siden 2013 været VISO-leverandør.

### 1.2 Datagrundlag

En række inklusions- og eksklusionskriterier er afgørende for, hvilke børn og unge, der kan henvises til udredning og behandling i JanusCentret. Der er overvejende tale om børn og unge op til 18 år, og i sager om overgrebsadfærd er der tale om børn og unge, som har udvist krænkende adfærd over for andre børn.

Der anvendes i forbindelse med registreringen af klientdata flere forskellige datakilder og materialer, herunder de psykologiske udredningsinterviews, der foretages af JanusCentrets psykologer. Herudover inddrages interviews og samtaler med barnets eller den unges netværk (forældre eller andre omsorgspersoner) samt information fra sagsakter.

Det er ikke altid muligt at indsamle alle de ønskede oplysninger vedrørende klienterne og ofrene. Der vil derfor løbende i rapporten blive angivet, hvor mange personer, der indgår i den enkelte analyse ved brugen af markøren *N*.

### 1.3 Klienternes køn, alder og nationalitet

Kønsfordelingen blandt de 420 klienter er henholdsvis 89% drenge og 11% piger. Pigerne udgør således fortsat et mindretal i gruppen af klienter. Klienterne har en gennemsnitsalder på 12,6 år<sup>3</sup> på visitationstidspunktet og en gennemsnitsalder på 11,4 år<sup>4</sup> ved første krænkelse. Dette betyder, at der i gennemsnit går over et år fra første overgreb, til de tilbydes et specialiseret udrednings- og/eller behandlingsforløb i JanusCentret.

JanusCentret har siden 2013 registreret klienternes nationalitet. 264 (86,3%) af disse klienter er danske, mens der for 42 (13,7%) af klienterne er angivet en anden nationalitet end dansk<sup>5</sup>. Der er her primært tale om indvandrere og flygtninge fra ikke-vestlige lande.

### 1.4 Bopæl

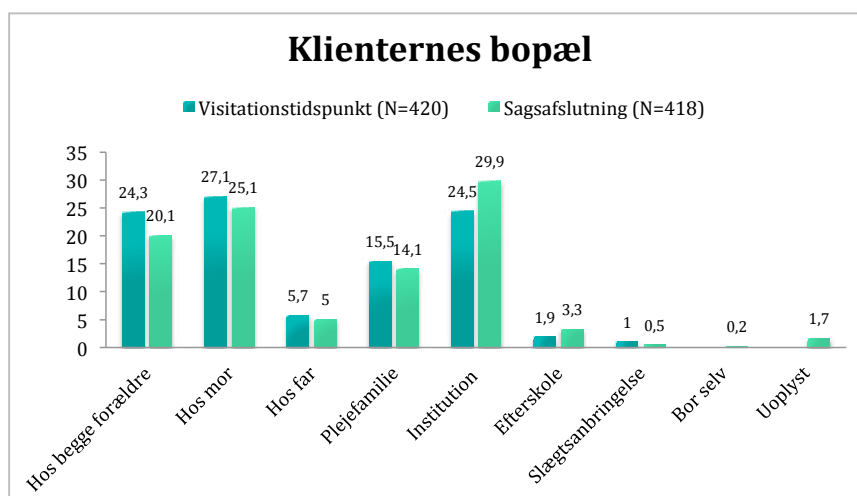
Som det fremgår af figur 1.2, bor lidt over halvdelen af klienterne (57%) hjemme hos den ene eller begge forældre på visitationstidspunktet. 40 % er anbragt uden for hjemmet på en døgninstitution eller i plejefamilie. Dette antal er markant højere end den almene børne- og ungepopulation, hvor kun 10,2 pr. 1000 0-22-årige er kommunalt anbragt uden for hjemmet (KL, 2017). Der er derfor en stærk overrepræsentation af anbragte børn og unge blandt JanusCentrets klienter. Denne tendens bliver endnu tydeligere ved sammenligning af klienternes bopælsforhold ved sagsafslutning, hvor antallet af anbragte klienter stiger til 44,5 %<sup>6</sup>, hvilket er signifikant flere end på visitationstidspunktet<sup>7</sup>.

Årsager til denne stigning kan være mange, men en gennemgang af sagsakter peger på en række særligt betydningsfulde forhold. Først og fremmest fremgår det, at udredningsforløbet hos JanusCentret har givet anledning til anbringelse af en række klienter. Dette har blandt andet været på grund af klienternes vanskeligheder, der ofte har været for udfordrende for forældrene at håndtere. Samtidig forekommer der sager, hvor forældrene ikke har haft tilstrækkelige omsorgsevner til at tage vare på barnet og har været direkte kilde til omsorgssvigt. Derudover ses der også en række sager, hvor anbringelse er sket på baggrund af en bekymrende udvikling i klientens seksuelle adfærdsproblemer, og hvor anbringelse på et opholdssted ligeledes har været et middel til at forebygge overgreb mod klientens søskende eller andre plejebørn i en potentiel plejefamilie. Endelig er der også en række sager, hvor klienten er blevet flyttet fra en institution til en anden på grund af institutionens manglende ressourcer til at imødekomme klientens særlige behov.

<sup>3</sup> *SD* = 3 · <sup>4</sup> *SD* = 3,1 · <sup>5</sup> *N* = 306 · <sup>6</sup> *N* = 418 · <sup>7</sup>  $\chi^2(1, N = 411) = 296,8, p \leq 0,01$



Ændringer i klienternes bopælsforhold ved sagsafslutning i forhold til visitationstidspunkt er yderligere illustreret i figur 1.2.



**Figur 1.2:** Procentmæssig fordeling af klienternes bopælssituation på visitationstidspunktet og ved sagsafslutning, N=420/418

### 1.5 Skoleforhold og mobning

En høj andel af JanusCentrets klienter har skolemæssige vanskeligheder, idet 242 af klienterne (60,3%) går i specialskole eller specialklasse på visitationstidspunktet<sup>8</sup>. Dette er væsentligt højere sammenlignet med gennemsnitsbefolkningen, hvor omtrent 5 % af eleverne i de kommunale skoler modtager undervisning enten på en specialskole eller i en specialklasse (Ministeriet for børn, unge og ligestilling, 2016). Der ses ligeledes en stor forekomst af skoleskift blandt klienterne forud for visitation til JanusCentret. I gennemsnit har klienterne oplevet 1,8 skoleskift, hvor nogle har oplevet helt op til 11 skift inden visitationstidspunktet. 78,4% af alle klienterne har endvidere oplevet mindst et skoleskift i forbindelse med deres uddannelse og næsten halvdelen har skiftet skole to eller flere gange<sup>9</sup>.

Det fremgår ikke i dataanalyserne, hvilke årsager der ligger til grund for klienternes skoleskift. Da en stor andel af klienterne bor alene med enten deres mor eller far kan skoleskiftene være et muligt resultat af forandringerne i klienternes bopælssituation ved skilsmisse. Dette gør sig også gældende for de anbragte klienter, der kan have skiftet skole i forbindelse med anbringelsen uden for hjemmet. En række af klienterne har ligeledes så store faglige udfordringer, at det må forventes, at skoleskift er sket på baggrund af ønsket om at flytte klienten til en specialskole. Det er samtidig værd at notere sig, at 41,7% af klienterne angiver, at de er blevet mobbet<sup>10</sup>. Mobning kan derfor også være en medvirkende faktor til de mange skoleskift, der forekommer blandt klienterne. Samlet peger analyserne på, at JanusCentrets klienter fremstår som en gruppe med øget faglig og/eller social mistrivsel i skolerne.

### 1.6 Diagnoser inden visitation til JanusCentret

Omtrent halvdelen af klienterne har en eller flere diagnoser forud for, at de visiteres til JanusCentret. Blandt de hyppigst forekommende diagnoser er opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD; 23,8%), tilknytningsforstyrrelse (11,2%), psykisk udviklingshæmning (9%) samt autisme spektrum forstyrrelse (ASF; 6,3%). Forekomsten af psykiatriske diagnoser blandt JanusCentrets klienter vil blive gennemgået mere dybdegående i afsnit fire.

## 2. Omsorgssvigt

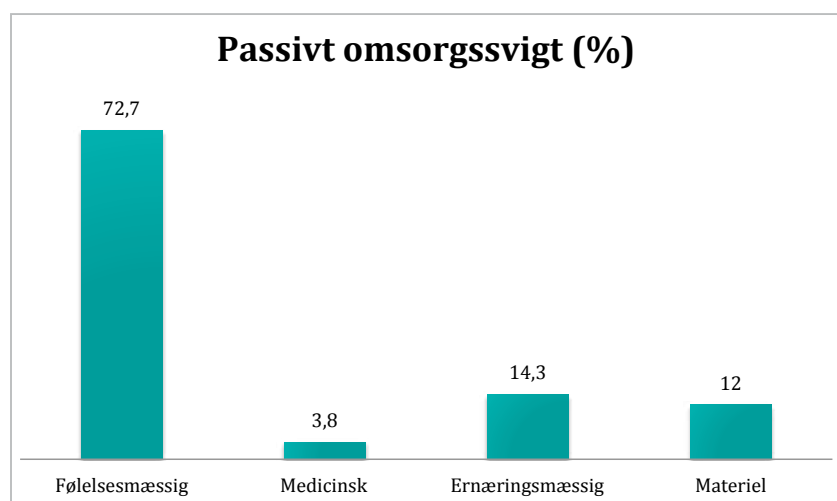
Omsorgssvigt kan anses som en tilstand, hvor et menneske, der er afhængigt af andre, ikke får den omsorg og hjælp, vedkommende har brug for. Omsorgssvigt indebærer herunder, at forældre ikke giver deres barn tilstrækkelig tryghed, og at barnet derfor ikke beskyttes eller stimuleres tilstrækkeligt. Konsekvenserne kan være, at barnet udsættes for direkte eller indirekte fare eller underudvikling i forhold til sit potentiale. Disse konsekvenser kan endvidere være vedvarende, så underudviklingen ikke kan indhentes på trods af ændringer i omsorgskvaliteten. Som et resultat heraf kan omsorgssvigt have alvorlige konsekvenser for børn og unge (Socialstyrelsen, 2017).

### 2.1 Passivt omsorgssvigt

Passivt omsorgssvigt defineres af JanusCentret som "at undlade at gøre, hvad man bør gøre" ved eksempelvis ikke at give barnet eller den unge den tryghed og omsorg, som denne har brug for. Passivt omsorgssvigt kan være af både fysisk og psykisk karakter. Der er ikke tale om enkelthandlinger, men handlinger – eller mangel på samme – der har fundet sted over længere tid.

I langt de fleste tilfælde har klienten ifølge psykologens vurdering været udsat for en eller flere former for passivt omsorgssvigt. Mere præcist peger analyserne på, at næsten tre ud af fire klienter har oplevet passivt omsorgssvigt i opvæksten<sup>11</sup>. De forskellige former for passivt omsorgssvigt, klienterne har været udsat for, er illustreret i figur 2.1.

Som figuren viser, vurderes det, at 72,7% har været udsat for følelsesmæssigt omsorgssvigt, hvilket dækker over, at forældrene ikke har været følelsesmæssigt tilgængelige for barnet eller den unge. 14,3% af klienterne vurderes at have været udsat for ernæringsmæssigt omsorgssvigt, hvilket indebærer, at barnet eller den unge ikke har fået nok mad eller for næringsfattig kost. 12% vurderes at have været udsat for omsorgssvigt af materiel art, hvilket for eksempel dækker over, at barnet ikke har været i besiddelse af nødvendige materielle genstande som årstidssvarende beklædning, fodtøj mm. Endelig har 3,8% af klienterne været udsat for medicinsk omsorgssvigt, herunder mangel på nødvendig tandlæge- eller lægehjælp samt medicinsk behandling.



Figur 2.1: Forekomsten af passivt omsorgssvigt angivet i procent, N = 392

<sup>11</sup> N = 392

## 2.2 Aktivt omsorgssvigt

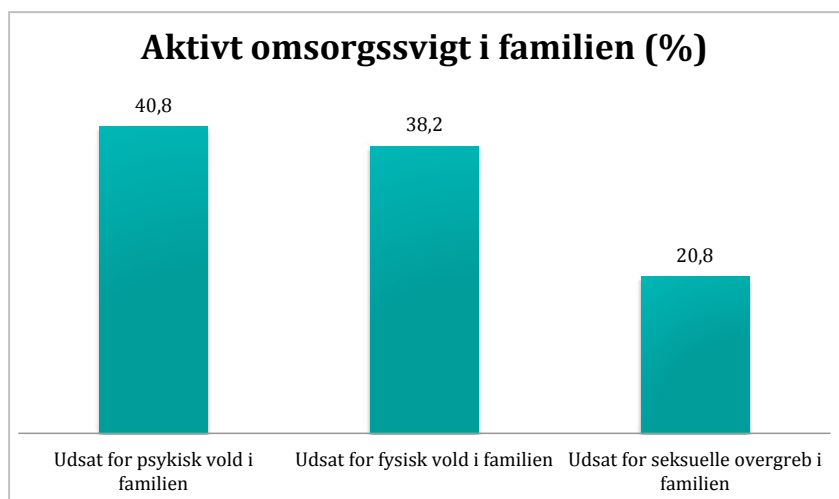
Aktivt omsorgssvigt dækker over "at gøre noget, man ikke bør gøre". Det kan eksempelvis være at udsætte barnet eller den unge for overgreb af fysisk, psykisk eller seksuel karakter. Ifølge Oldrup et al. (2016) viser eksisterende forskning, at udsættelse for vold og overgreb har stor betydning for børns og unges udvikling af et positivt selvbillede og generel livskvalitet. Enhver form for vold bringer barnets udvikling og sundhed i fare. Mere specifikt ses der en tydelig sammenhæng mellem udsættelse for fysisk vold og tilknytningsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser samt påvirkning af den kognitive udvikling hos barnet. Udsættelse for psykisk vold har endvidere vist sig at have betydning for barnets eller den unges relationelle kompetencer samt udvikling af depression og somatiske problemer. Endelig kan seksuelle overgreb medføre lavt selvværd, udvikling af post-traumatisk stressforstyrrelse (PTSD) samt selvmordsovervejelser blandt børn og unge (Oldrup et al., 2016). Det er dog vigtigt at understrege, at også det at overvære vold og overgreb kan have voldsomme konsekvenser. I nogle tilfælde kan det at være vidne til vold resultere i de samme eller lignende symptomer, der ses hos børn og unge, der selv har været direkte udsat herfor (Oldrup et al., 2016). Det fremstår derfor veldokumenteret, at alle former for aktivt omsorgssvigt kan have stor betydning for børns og unges videre trivsel og generelle velbefindende.

### 2.2.1 Psykisk vold

40,8 % af klienterne i JanusCentret har været udsat for psykisk vold i familien og typisk med forældrene som voldsudøvere (47,3%). Psykisk vold kan blandt andet defineres som massive og gentagende trusler, nedsættende bemærkninger, verbale ydmygelser eller råben. Derudover har 40,2% været vidne til psykisk vold i hjemmet, der i 33,7% af tilfældene er foregået forældrene imellem<sup>13</sup>.

### 2.2.2 Fysisk vold

Dataanalyserne viser, at 38,2% af klienterne har været udsat for fysisk vold i familien<sup>14</sup>. I langt de fleste tilfælde er det forældrene og hyppigst faren, der begår vold mod barnet eller den unge. Analyserne peger endvidere på, at vidne til fysisk vold inden for familien også forekommer hyppigt blandt JanusCentrets klienter, da lidt mere end en tredjedel (35,1%)<sup>14</sup> har bevidnet fysisk vold oftest mellem mor og far. 8,6% af klienterne har desuden været udsat for fysisk vold uden for familien, hvor volden i næsten alle tilfælde er begået af et andet barn eller en anden ung under 18 år<sup>16</sup>.



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

### 2.2.3 Seksuelle overgreb

Omkring en tredjedel (32,5%) af klienterne har selv været udsat for seksuelle overgreb forud for deres forløb i JanusCentret<sup>17</sup>. Seksuelle overgreb kan indebære forskellige former for seksuelle krænkelse som for eksempel beføling, penetration eller forsøg på penetration. Omkring en femtedel af klienterne har været ofre for seksuelle overgreb i familien, hvor de intrafamiliarer krænkelse oftest er begået af søskende (9%), klientens far (5,3%) samt andre familiemedlemmer<sup>18</sup> (4,5%)<sup>19</sup>. Derudover har 13,5 % været vidne til seksuelle overgreb i familien, der typisk har udspillet sig mellem forældrene (5,7%)<sup>20</sup>.

22,5 % af klienterne har endvidere været ofre for seksuelle overgreb uden for familien, hvor de ektrafamiliarer krænkelse hyppigst er begået af et andet barn eller en anden ung under 18 år (18,5%)<sup>21</sup>.

### 2.3 Mistanke om aktivt omsorgssvigt

Der er i en række klientsager angivet mistanke om vold og seksuelle overgreb inden for familien, der ikke endeligt har kunnet be- eller afkræftes af JanusCentret. Disse sager er blevet frasorteret de grundlæggende dataanalyser for at sikre hovedresultaternes pålidelighed. Det er dog værd at bemærke, at ved at inddrage disse sager i frekvensanalyserne af fysisk vold og seksuelle overgreb i familien stiger forekomsten til henholdsvis 47% og 32%. Det må derfor forventes, at den egentlige prævalens for aktivt omsorgssvigt i familien ligger mellem 38,2% og 47% for fysisk vold samt 20,8% og 32% for seksuelle overgreb.

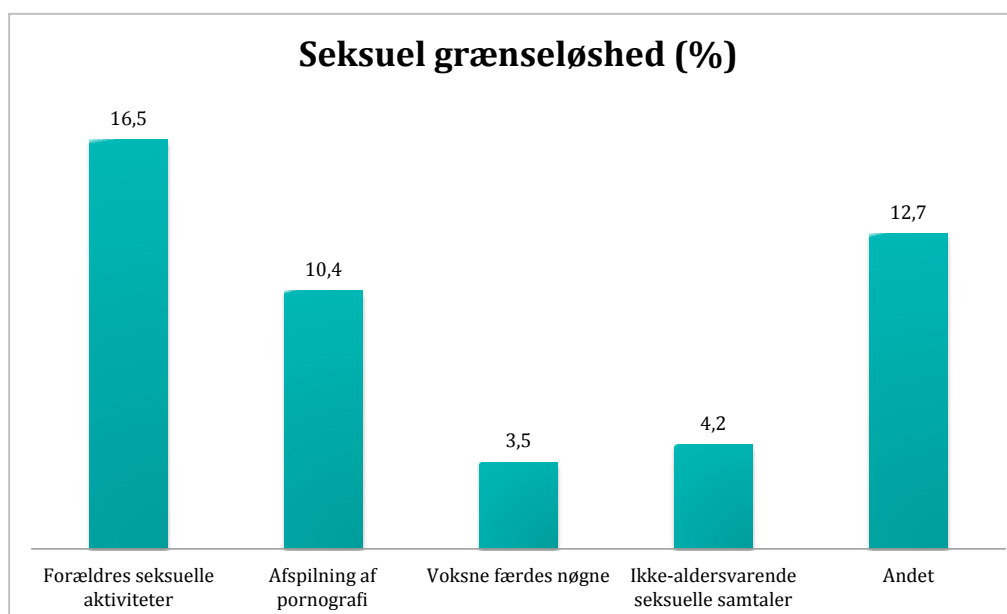
Et illustrerende eksempel på begrundet, men dog ikke bekræftet mistanke om seksuelle overgreb, ses i en klientsag, hvor klientens mor oplyser, at en voldelig ekskæreste med bekendt seksuel interesse for børn gav anledning til, at barnet reagerede med gråd og skrig i interaktion med ekskæresten. Disse adfærdsmønstre begyndte efter moderens sygdomsforløb, hvor klienten havde været alene med ekskæresten. Eftersom klienten på daværende tidspunkt var for lille til selv at fortælle herom, kunne mistanken ikke endeligt bekræftes.



## 2.4 Seksuel grænseløshed

En række af de børn, der kommer i JanusCentret, er vokset op i hjem kendetegnet ved seksuel grænseløshed og grænseoverskridende adfærd. Som et resultat heraf har JanusCentret registreret forekomsten af seksuel grænseløshed i hjemmet blandt sine klienter siden 2012.

Analyseresultaterne peger på, at lidt over en tredjedel (35,4%)<sup>22</sup> af klienterne kommer fra familier kendetegnet ved seksuel grænseløshed. Den hyppigste forekomst af dette ses i forbindelse med, at barnet eller den unge ikke skærmes mod forældrenes eller andre voksnes indbyrdes seksuelle aktiviteter. 16,5% af klienterne angiver, at dette har været tilfældet. Yderligere specifikationer af den seksuelle grænseløshed er præsenteret i figur 2.3.



Figur 2.3: Klienter udsat for forskellige former for seksuel grænseløshed i hjemmet angivet i procent<sup>23</sup>, N = 260

## 2.5 Samlet antal risikofaktorer

For at give et billede af klienternes belastningsgrad er ovennævnte faktorer samlet i en fælles score for antal risikofaktorer. Disse faktorer indebærer 14 forskellige livsoplevelser, der knytter sig til henholdsvis udsættelse og vidne til vold og seksuelle overgreb i og udenfor familien samt forskellige former for passivt omsorgssvigt.

I gennemsnit har klienterne oplevet 3,1<sup>24</sup> risikofaktorer, inden de henvises til JanusCentret. Det er vigtigt at bemærke, at nogle klienter har oplevet hele 11 forskellige risikofaktorer i deres liv. Samtidig ses der ligeledes en mindre andel klienter, hvor der ikke er rapporteret risikofaktorer i opvæksten (13,3%). Analyseresultaterne viser dog tydeligt, at JanusCentrets klienter er en udsat gruppe, hvor en række kumulative risikofaktorer ofte kendetegner klienternes opvækstvilkår. 67,9 % af klienterne har oplevet to eller flere af de 14 risikofaktorer mindst en gang inden visitation. Dette er et vigtigt resultat, da eksisterende forskning peger på en veldokumenteret sammenhæng<sup>25</sup> mellem risikofaktorer i barndommen og generel psykisk og fysisk sygdom i voksenlivet (Felitti et al., 1998). Disse mange risikofaktorer, som JanusCentrets klienter rapporterer, må derfor forventes ikke kun at påvirke klienternes barndom, men også deres generelle fysiske og psykiske helbred samt deres risiko for forhøjet mistrivsel som voksne.

<sup>22</sup> N = 260 . <sup>23</sup> Kategorien "Andet" indebærer blandt andet gentagende overværelse af forældres særprægede seksuelle aktiviteter, seksualiseret sprogbrug med og om klienten, at klienten påtvinges at sove nøgen og bade med forældre . <sup>24</sup> SD = 2,5, N = 392 . <sup>25</sup> Der er her tale om en såkaldt dosis-respons sammenhæng dokumenteret i et deltagerudvalg på over 9000 mennesker, hvor sygelighed i voksenlivet er proportionelt afhængig af antallet af risikofaktorer i barndommen.

Den øvrige fordeling af klienter i forhold til antal risikofaktorer er at finde i tabel 2.1.

| Antal risikofaktorer | Antal klienter (f) | Procent (%) |
|----------------------|--------------------|-------------|
| 0                    | 52                 | 13,3        |
| 1                    | 74                 | 18,9        |
| 2                    | 70                 | 17,9        |
| 3                    | 45                 | 11,5        |
| 4                    | 44                 | 11,2        |
| 5                    | 33                 | 8,4         |
| 6                    | 29                 | 7,4         |
| 7                    | 16                 | 4,1         |
| 8                    | 16                 | 4,1         |
| ≥9                   | 13                 | 3,4         |

**Tabel 2.1:** Antal risikofaktorer fordelt blandt klienter angivet i procent (N = 392)

I forlængelse af ovenstående er der blevet foretaget en række supplerende analyser for at belyse, om der er forskel klienterne imellem i forhold til antal oplevede risikofaktorer. Som udgangspunkt ses der et signifikant højere gennemsnit af antal risikofaktorer blandt klienter, der er anbragt (4,3 risikofaktorer<sup>26</sup>) end blandt hjemmeboende klienter (2,3 risikofaktorer<sup>27</sup>)<sup>28</sup>. Dette er som udgangspunkt ikke et overraskende resultat, da det må forventes, at et øget antal risikofaktorer i klientens opvækstmiljø er medvirkende til beslutningen om anbringelse uden for hjemmet. I forlængelse heraf ses der også et gennemsnitligt højere antal risikofaktorer hos klienter, der er blevet udsat for seksuelle overgreb i familien (4,9 risikofaktorer<sup>29</sup>) sammenlignet med klienter, hvor dette ikke er tilfældet (2,3 risikofaktorer<sup>30</sup>)<sup>31</sup>. Her kan det tænkes, at familier, hvor der har været tale om intrafamiliære seksuelle overgreb, er så svært belastede, at deres vanskeligheder må forventes at påvirke andre aspekter af familiedynamikken og give anledning til andre former for omsorgssvigt.

Ud fra klienternes udrednings- og testresultater ses der ingen forskel blandt klienter med tilknytningsvanskeligheder og opmærksomhedsproblemer i forhold til antal risikofaktorer. Dette er dog i kontrast til, at der i gennemsnit er rapporteret signifikant færre risikofaktorer af klienter med (2,3 risikofaktorer<sup>32</sup>) end klienter uden tegn på autistiske vanskeligheder (3,4 risikofaktorer<sup>33</sup>)<sup>34</sup>.

Klienter, der udviser tegn på ASF, har derfor i mindre grad oplevet vold og overgreb i opvækstmiljøet end de øvrige klienter. Det kan tænkes, at det blandt denne klientgruppe i højere grad er de diagnosespecifikke neuropsykiatriske vanskeligheder, der er udløsende for den seksuelt grænseoverskridende adfærd, og ikke en opvækst kendetegnet ved omfattende omsorgssvigt. Denne pointe er ligeledes beskrevet i forrige års statusrapport (JanusCentret, 2016) og underbygges yderligere af det øgede deltagerudvalg i nærværende rapport.

Endelig er det blevet undersøgt, om der er en sammenhæng mellem antal risikofaktorer og klienternes samlede kognitive funktionsevne målt ud fra IQ. Dette viser sig kun at være tilfældet for sproglig forståelse, hvor en korrelationsanalyse viser en signifikant lille negativ relation mellem antal risikofaktorer og sproglig IQ. Desto flere risikofaktorer, klienten har oplevet, desto mindre sproglig kompetence, udvises der. Dette har vigtige kliniske implikationer, da uddannelse er en betydningsfuld beskyttende faktor for at sikre børns trivsel både på kort og længere sigt (Oldrup et al., 2016). Der er derfor behov for øget fokus på den sproglige udvikling i arbejdet med svært belastede børn og unge for at forebygge fremtidige vanskeligheder relateret til manglende uddannelse.

<sup>26</sup> N = 163, SD = 2,5 · <sup>27</sup> N = 222, SD = 2,1) · <sup>28</sup> t (312) = -7,9, p < 0,01 · <sup>29</sup> N = 129, SD = 2,6 · <sup>30</sup> N = 263, SD = 1,9 · <sup>31</sup> t (196) = -10,1, p < 0,01  
<sup>32</sup> N = 83, SD = 2,0 · <sup>33</sup> N = 287, SD = 2,5 · <sup>34</sup> t (161) = 4,1, p < 0,01

### 3. Seksuelle adfærdsproblemer og seksuelt bekymrende adfærd

I forskningslitteraturen skelnes der begrebsmæssigt overordnet mellem tre former for seksuel adfærd hos børn og unge:

- Normativ seksuel adfærd hos børn (der ikke vækker bekymring)
- Bekymrende seksuel adfærd hos børn
- Seksuelt krænkende adfærd hos unge

De to sidste er JanusCentrets genstandsfelt. "Sexual Behaviour Problems", som på dansk er oversat til "seksuelle adfærdsproblemer", defineres i forskningslitteraturen som forskellige former for adfærd, der falder uden for samfundets accepterede grænser. Seksuelle adfærdsproblemer hos børn er ikke et egentligt medicinsk/psykologisk syndrom, en specifik forstyrrelse eller diagnose, men en adfærd, der anskues som grænseoverskridende set i relation til et givent samfunds rammer og normer (Chaffin et al., 2006). JanusCentret har siden 2010 udgivet og udviklet Bekymringsbarometret<sup>36</sup>, der eksemplificerer forskellige former for seksuel adfærd set ud fra barnets alderstrin. Det er endvidere illustreret, hvornår en given adfærd bør give anledning til bekymring og handling blandt forældre og professionelle. Bekymringsbarometret er over årene blevet oversat til fem forskellige sprog og er særdeles anvendt af professionelle. Derudover bliver det løbende opdateret for at sikre, at den nyeste viden om seksuelle adfærdsproblemer afspejles i materialet. Dette indebærer ligeledes IT-relaterede seksuelle adfærdsproblemer.

Seksuelle adfærdsproblemer defineres overordnet som adfærd, der involverer kropsdele (bl.a. genitalier, anus, baller eller bryster), og som adfærd, der vurderes udviklingsmæssigt upassende eller potentielt skadeligt for barnet, der udviser den, eller for andre. Selvom termen "seksuel" anvendes om adfærden, er barnets intention og motivation ikke nødvendigvis relateret til seksuel tilfredsstillelse eller stimulering (Stevnhøj & Strange, 2016). Adfærden kan også være relateret til blandt andet nysgerrighed, angst, imitation, opmærksomhedssøgning og selvberoligelse (Chaffin et al., 2006).

Seksuelle adfærdsproblemer spænder både over adfærd, der er selvfokuseret og over adfærd, der på forskellig vis involverer andre børn. Adfærd, der involverer andre børn, kan variere i graden af gensidighed eller tvang, type af seksuel handling og risiko for skade. De alvorligste former for seksuelle adfærdsproblemer er kendetegnet ved aldersmæssige eller udviklingsmæssige uligheder; avanceret seksuel adfærd, aggression, tvang og skade eller potentiale for skade (Chaffin et al., 2006).

” Selvom termen "seksuel" anvendes om adfærden, er barnets intention og motivation ikke nødvendigvis relateret til seksuel tilfredsstillelse eller stimulering.

<sup>36</sup> Bekymringsbarometeret er et værktøj, der kan bruges ved tvivl om, hvor bekymret man skal være over den adfærd, barnet eller den unge udviser. 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](http://www.januscentret.dk)) og kan rekvireres på telefon 33690369.

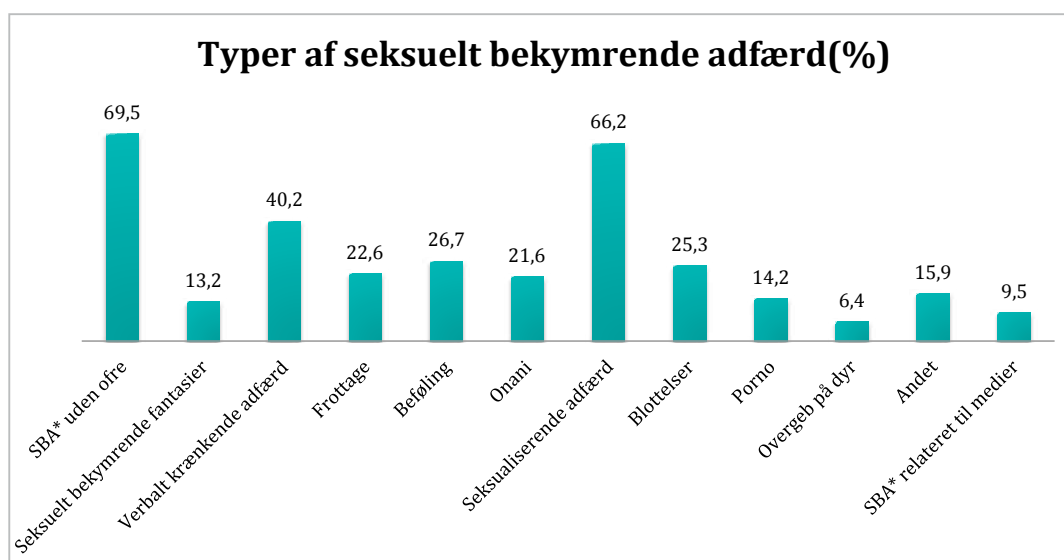
I JanusCentret skelnes der begrebsmæssigt mellem seksuelt bekymrende adfærd og seksuelt krænkende adfærd. Kategoriseringen af adfærden afhænger altid af klientens alder og funktionsniveau, mentale udvikling, seksuelle udviklingsstadiet samt adfærdens alvor (se også Bekymringsbarometeret, JanusCentret, 2016). Ligeledes vurderes de aldersmæssige og udviklingsmæssige forskelle på de børn, der er involveret i adfærden. Det er JanusCentrets psykologer, der i hver enkelt sag vurderer alvorligheden og karakteren af adfærden.

26,4% af JanusCentrets klienter har ingen egentlige ofre, men er udelukkende henvist på baggrund af seksuelle adfærdsproblemer. 73,6% har udvist krænkende adfærd mod et eller flere ofre. Klienter uden ofre er i gennemsnit signifikant yngre (10,9 år) end klienter, der har begået krænkelse mod andre (13,1 år). Der ses derfor en tydelig forbindelse mellem barnets eller den unges alder og risikoen for at begå krænkelse mod andre børn.

### 3.1 Typer af seksuelt bekymrende adfærd og andre typer risikoadfærd

69,5% af JanusCentrets klienter har udvist seksuelt bekymrende adfærd foruden eventuelt krænkende adfærd. Seksuelt bekymrende adfærd kan have stået på i kortere eller længere tid før henvisning til centret. Tendensen er dog, at størstedelen af klienterne har udvist seksuelt bekymrende adfærd i lang tid inden, de bliver henvist til JanusCentret. Mere præcist har 186 klienter (70,7%) udvist adfærden i et eller flere år, hvor den således i mange tilfælde har været observerbar for omverdenen gennem en længerevarende periode. Endvidere har 104 (25,6%) begået andre overgreb forud for henvisningsårsagen. Analyseresultaterne tyder derfor på, at der forekommer en række advarselstegn på klienternes adfærdsproblemer forud for eventuelle krænkelse, der må menes at kunne forebygges gennem rettidig identifikation og specialtilpasset intervention. Dette understreger nødvendigheden af tilstrækkelig oplysning og opkvalificering af barnets voksne, så de bliver i stand til at reagere på bekymrende risikoadfærd og herigennem ikke kun beskytte klienten selv, men også dennes omgivelser.

I figur 3.1 nedenfor ses de forskellige typer af seksuelt bekymrende adfærd, som klienterne har udvist. Klienterne kan have udvist flere former for bekymrende adfærd, hvorfor søjlerne summerer til mere end 100 %.



Figur 3.1: Procentmæssig fordeling af typer af seksuelt bekymrende adfærd<sup>43</sup>, N = 296

\*= seksuelt bekymrende adfærd

<sup>43</sup> Denne kategori indebærer forskellige former for seksuelle lege med og uden andre børn, selvpenetration, prostitution, indtagelse af egne ekskrementer, seksuelt selvskadende adfærd og ikke-aldersvarende seksuel viden.

<sup>44</sup> Kategorien "SBA 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



### 3.2 Pornografiforbrug

Mindst 93% af børn og unge i alderen 9-17 år er online, og en stor andel heraf har adgang til internettet uden at være under opsyn af en voksen (Springate & Omar, 2013). Nordiske undersøgelser viser, at 99% af alle drenge mellem 14 år til 18 år har været i kontakt med pornografi. Det samme gælder for 86% af pigerne (Sørensen & Knudsen, 2006). Sammenlignet med unge, der ikke er blevet eksponeret for online pornografi, har unge med pornografisk forbrug i højere grad tendens til tidligere seksuel debut og at have flere sexpartnere (Braun-Courville & Rojas, 2009; Lo & Wei, 2005). Unge, der ser pornografi, er endvidere mere tilbøjelige til at udvise mindre progressive kønsrolleattituder samt seksuel eftergivenhed i forhold til andre mennesker (Lo & Wei, 2005; Flood, 2009). Det er dog vigtigt at pointere, at pornografis potentielle indflydelse på børn og unge afhænger af en lang række faktorer såsom barnets eller den unges karakteristika, barnets eller den unges eget engagement i det pornografiske materiale samt selve kontekstens for eksponering. Særligt barnets alder, køn, kulturelle baggrund, seksuelle erfaring, fysiske modenhed samt forældreinvolvering har stor medierende betydning for pornografiens mulige konsekvenser (Flood, 2009; Stevnhøj & Strange, 2016). Som eksempel kan yngre børn blive forskrækket eller forstyrret af for tidlig pornografisk eksponering, så materialet kan forekomme uforståeligt og derigennem skræmmende for barnet (Flood, 2009; Stevnhøj & Strange, 2016).

JanusCentret har med det stigende antal af digitale medier haft fokus på klienternes forbrug af internetpornografi og siden 2012 registreret informationer vedrørende klienternes eksponering for pornografisk materiale. I forlængelse af ovenstående vil det følgende afsnit beskæftige sig med JanusCentrets klienters forbrug af pornografi og den mulige forbindelse til seksuelt bekymrende adfærd eller seksuelle krænkelser. Det vil endvidere blive belyst, hvorledes specifikke klientkarakteristika kan forbindes til klienternes pornografiforbrug, samt hvordan klienterne i JanusCentret adskiller sig fra andre børn og unge i forhold til brug af pornografi.

#### 3.2.1 Betydningen af pornografi for seksuelle krænkelser

En række undersøgelser har beskæftiget sig med pornografiforbrug og dets betydning for unge i alderen 18-25 år, der krænker andre seksuelt. Noget forskning har vist en sammenhæng mellem hyppigt brug af pornografi, tidlig udsættelse for pornografisk materiale samt udsættelse for især voldspornografi og seksuelle overgreb begået af voksne mænd (Malamuth et al., 2000). Endvidere fremstår det veldokumenteret, at pornografi særligt kendetegnet ved vold og overgreb har en forbindelse til seksuel aggression især blandt mænd i risikogruppen (Malamuth et al., 2000; Flood, 2009). På trods af eksisterende litteratur på voksenområdet er betydningen af pornografiforbrug blandt børn og unge med seksuelt bekymrende eller seksuelt krænkende adfærd stærkt underbelyst (Burton et al., 2008). Den beskedne viden på området indbefatter, at unge, der krænker, i højere grad end andre unge er blevet eksponeret for pornografi og voldspornografi inden 10 års alderen. En mulig tolkning kan her indebære, at pornografi opildner seksuelle aggressionsfantasier, og at mulig seksuel tilfredsstillelse opnået herved kan styrke kognitive repræsentationer af seksuel adfærd, aggression og seksuel viktimering. Endelig er det endnu en hypotese, at unges brug af pornografi kan fungere som et middel til følelsesregulering i forbindelse med negative emotionelle tilstande (Burton et al., 2008).

### 3.2.2 Forbrug

Grundlæggende viser dataanalyserne, at en stor andel af klienterne tidligt får et fast forbrug af pornografi, som ofte er vedvarende over en længere periode. Gennemsnitsalderen for første pornografiske eksponering er 9,7 år<sup>45</sup>, hvilket er betydeligt yngre end de 12-14 år, der estimeres som normaliteten for nordiske unge (Sørensen & Knudsen, 2006<sup>46</sup>). JanusCentrets klienter eksponeres derfor tidligere for pornografi end deres jævnaldrende, og før de har opnået seksuel modenhed. 82,6 % af alle klienterne har set en eller anden form for pornografi i deres levetid<sup>47</sup> og for 69,6% har forbruget været mindst ét år<sup>48</sup>. I lidt over halvdelen af forholdene har klienterne endvidere onaneret i forbindelse med pornografiforbruget. Her er det dog vigtigt at bemærke, at kun 54 af klienterne har besvaret dette spørgsmål, hvilket skal tages med i vurderingen af resultatets almen gyldighed.

I tabel 2.2 samt figurerne 2.2 og 2.3 ses en oversigt over den type af pornografi, klienterne har set samt i hvilken kontekst, de har set det i. Det fremstår tydeligt, at langt størstedelen af klienterne anvender såkaldt normativ pornografi og ofte i en kontekst, hvor de er alene. Det er vigtigt at klargøre, at normativ pornografi i denne sammenhæng defineres som ikke kriminell pornografi og pornografi uden, hvad der må betragtes som kontroversielt indhold herunder stærk vold, omgang med ekskrementer samt tegnefilm pornografi. Næsten 10 % af klienterne indgår dog i ulovlige aktiviteter gennem deres forbrug af overgrebspornografi med børn. Samtidig er der også en stor andel af klienterne på samlet 55 %, der delagtiggør andre børn/unge eller søskende i eget pornografiforbrug<sup>49</sup>.

Til sammenligning har nordiske børn og unge generelt været i kontakt med de fleste pornografi-genre, men det er dog de færreste, der har stiftet bekendtskab med de kriminelle og kontroversielle pornografiformer (Sørensen & Knudsen, 2006). Derudover viser undersøgelser af børns og unges pornografiforbrug, at pigernes første erfaringer med pornografi ofte er af individuel karakter, mens drengene er mere kollektivt baserede med udveksling af pornobilleder og pornoforbrug som social omgangsform i drengegruppen (Sørensen & Knudsen, 2006). Dette kan muligvis være en forklaring på den store andel klienter, der har benyttet sig af pornografi i fællesskab med venner/skolekammerater samt søskende.

” JanusCentrets klienter eksponeres derfor tidligere for pornografi end deres jævnaldrende, og før de har opnået seksuel modenhed.

<sup>45</sup> SD = 3 · <sup>46</sup> Det er vigtigt at bemærke, at der her er tale om resultater fra en ældre rapport udgivet i 2006. Denne er inkluderet, da der ikke foreligger nogle nyere nordiske opgørelser af unges forbrug af pornografisk materiale. Det er dog plausibelt at unges øgede adgang til internettet for eksempel ved hjælp af smartphones har en betydning for, hvornår de første gang eksponeres for pornografi. · <sup>47</sup> N = 316 · <sup>48</sup> N = 112 · <sup>49</sup> N = 211

Som udgangspunkt er der ikke en højere forekomst af pornografiforbrug blandt klienter, der har krænket andre børn sammenlignet med klienter, der udelukkende har udvist seksuelt bekymrende adfærd uden egentlige ofre. Selvom der her ikke er nogen statistisk forbindelse mellem pornografiforbrug og klienternes seksuelle krænkelser mod andre, vurderes det dog i 19,2 % af sagerne, at pornografien har ansporet/inspireret til overgreb<sup>50</sup>. Som eksempel på hvordan pornografi kan anspore til seksuelle overgreb kan casen om Jonas<sup>51</sup> fremhæves.

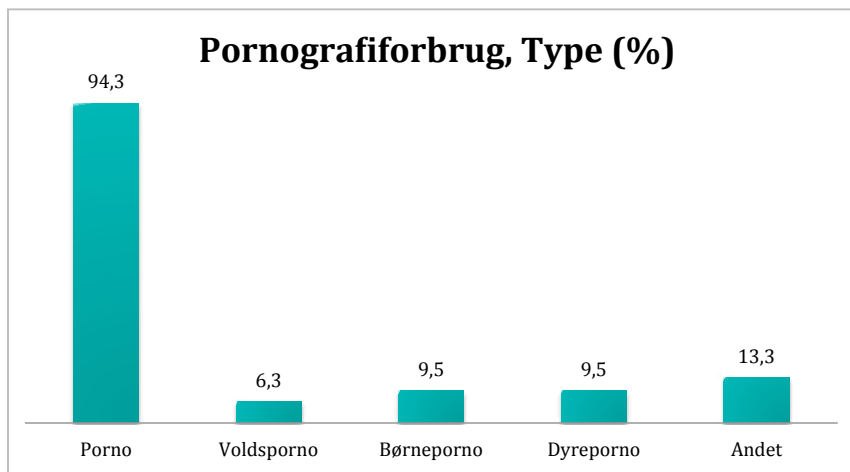
*”Jonas er en dreng på 10 år med autistiske vanskeligheder, der har ageret seksuelt grænseoverskridende overfor sine klassekammerater. Under udredningsforløbet hos JanusCentret fortæller Jonas, at en ældre dreng har vist ham porno. Herefter er Jonas blevet meget optaget af sex og kan ikke få filmen ud af hovedet. Jonas fortæller, at han ønsker hjælp til at stoppe, da han ikke på egen hånd føler, at han kan stoppe med at se porno.”*

Som det fremgår af casen, bliver Jonas eksponeret for pornografi i en meget tidlig alder i forbindelse med, at en ældre dreng viser ham materialet. Dette igangsætter Jonas' interesse for porno, hvor han på trods af et ønske om at stoppe forbruget udvikler et nærmest tvangspræget forhold til pornografisk materiale. Det vurderes i JanusCentret, at Jonas' forhold til pornografi i kombination med hans autistiske vanskeligheder er medvirkende til hans seksuelt bekymrende adfærd. Noget tyder på, at Jonas udlever det sete pornografi i relationen til andre børn.

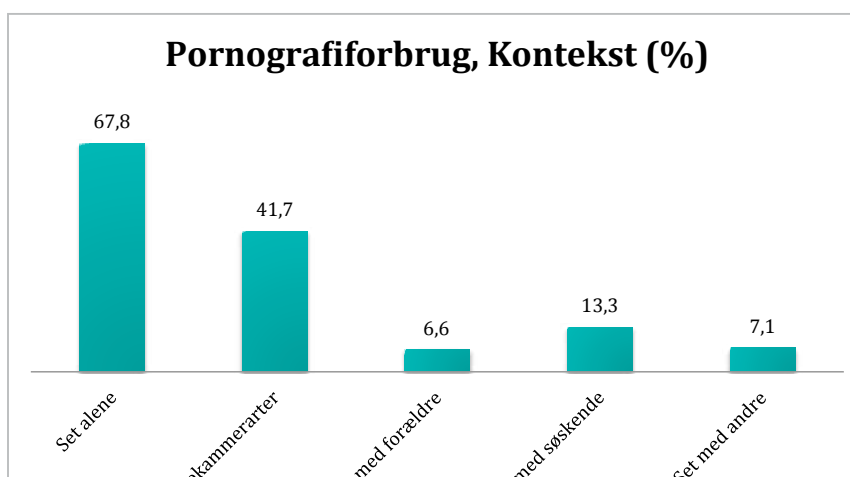
| Pornografitype                      | N   | f   | %    | Kontekst for forbrug                  | N   | f   | %    |
|-------------------------------------|-----|-----|------|---------------------------------------|-----|-----|------|
| <b>Pornografi</b>                   | 158 | 149 | 94,3 | <b>Set alene</b>                      | 211 | 143 | 67,8 |
| <b>Voldspornografi</b>              | 158 | 10  | 6,3  | <b>Set med venner/skolekammerater</b> | 211 | 88  | 41,7 |
| <b>Overgrebspornografi med børn</b> | 158 | 15  | 9,5  | <b>Set med forældre</b>               | 211 | 14  | 6,6  |
| <b>Dyrepornografi</b>               | 158 | 15  | 9,5  | <b>Set med søskende</b>               | 211 | 28  | 13,3 |
| <b>Andet<sup>52</sup></b>           | 158 | 21  | 13,3 | <b>Set med andre<sup>53</sup></b>     | 211 | 15  | 7,1  |

**Tabel 3.1:** Pornografitype og kontekst for forbrug fordelt på frekvens (f) og procent (%).

<sup>50</sup> N = 240 · <sup>51</sup> Klientens navn er blevet anonymiseret i forbindelse med udarbejdelsen af nærværende rapport for at sikre fuld fortrolighed og anonymitet. · <sup>52</sup> Ekstremt voldelig tegnefilmspornografi, kvælningspornografi, voldtægtspornografi samt karikaturpornografi · <sup>53</sup> Perifere bekendtskaber, naboer, plejeforældre, forældres venner samt anden familie.



Figur 3.2: Type af pornografi fordelt på procent (%), N = 158



Figur 3.3: Procentmæssige fordeling af konteksten for pornografiforbrug, N = 211

### 3.2.3 Pornografiforbrug og psykiatriske diagnoser

Som udgangspunkt er der ingen statistisk sikker sammenhæng mellem klienternes pornografiforbrug og forekomsten af psykiatriske diagnoser. Dette gør sig gældende for både tilknytningsvanskeligheder, mental funktionsnedsættelse samt opmærksomhedsforstyrrelse. Det forholder sig dog anderledes i forhold til klienter med tegn på ASF. Hele 94% af klienterne med ASF har set pornografi (72/77), hvor det for klienter uden denne diagnose kun gør sig gældende 79 % (177/225). Analyser viser, at denne forskel er signifikant,<sup>54</sup> og at der derfor er en klar forbindelse mellem ASF og brugen af pornografisk materiale blandt klienterne. Denne forbindelse er JanusCentret bekendt ikke blevet dokumenteret empirisk før. Dette er på trods af, at resultatet stemmer godt overens med centrets kliniske erfaring og resultatet kan forstås i forlængelse af en lang række klientsager, som det ligeledes er illustreret i ovenstående case om Jonas.

<sup>54</sup>  $\chi^2(1, N=302) = 8,73, p = \leq 0,01$

På den ene side kan forbindelsen mellem ASF og pornografiforbrug muligvis skyldes de diagnosespecifikke karakteristika, der knytter sig til klienter med ASF. Rigide adfærdsmønstre og udprægede særinteresser kan muligvis medvirke til, at klienten udvikler et tvangspræget forhold til pornografi og overfører det erfarede fra det pornografiske materiale til interaktionen med andre børn og unge. De udtalte sociale vanskeligheder, der ligeledes knytter sig til ASF, kan endvidere tænkes at medvirke til, at social information overhøres, og at klienten derfor er i større risiko for at agere seksuelt grænseoverskridende. Dette kan især knyttes til børn med autisms svigtende evne til social afkodning i interpersonelle relationer. På den anden side kan ASF medvirke til en større villighed til at rapportere om nuværende pornografiforbrug, hvilket ikke gør sig gældende blandt klienter uden tegn på autistiske vanskeligheder. I forlængelse heraf kan man forestille sig, at klienter med ASF ikke søger at skjule deres pornografiforbrug på samme vis som de øvrige klienter. Som konsekvens heraf er der større sandsynlighed for, at voksne omkring klienter med ASF i højere grad er opmærksom på deres barns forbrug af pornografisk materiale. Resultatet kan derfor også være udtryk for generel underreportering blandt klienter uden ASF sammenlignet med klienterne med tegn herpå. Det er dog værd at understrege, at som ved alle andre analyseresultater i nærværende rapport, bygger resultaterne på undersøgelser gennemført i en klinisk population. Det er derfor ikke selvsagt, at en større andel personer med autistiske vanskeligheder i normalpopulationen anvender pornografisk materiale i højere grad end almenbefolkningen.

Lignende resultater forefindes også blandt klienter med dyssocialt adfærdsmønster. I datasættet vurderes det som dyssocial adfærd, hvis klienten har medvirket til ildspåsættelse og/eller dyremishandling. Blandt klienter, der har medvirket til ildspåsættelser og/eller mishandlet dyr, har 92 % set pornografisk materiale (57/62), hvilket er en smule højere end de 80,5% (136/169), der ikke har udvist samme dyssociale adfærdsmønster. Denne forskel er ligeledes signifikant og det kan derfor konkluderes, at der er en forbindelse mellem dyssocial adfærd og pornografiforbrug blandt børn og unge med seksuelle adfærdsproblemer. Det er ikke givet, hvad dette resultat skyldes. En mulig forklaring kan være, at klienter med dyssocial adfærd på samme vis som klienter med ASF ikke erkender det tabuiserede i at se pornografisk materiale og derfor ikke ønsker at holde deres forbrug af pornografi skjult. Som et resultat heraf bestræber de sig ikke på at holde forbruget hemmeligt for omverdenen og fortæller frit, hvis de bliver adspurgt herom. Alt i alt kan analyseresultatet derfor være et udtryk for generel underreportering i den øvrige klientgruppe fremfor en øget forekomst af pornografiforbrug blandt klienter med dyssocialt adfærdsmønster. En anden forklaring kan dog også indebære, at klienter med dyssocial adfærd i højere grad end de øvrige klienter føler sig relationelt hæmmet og derfor søger pornografi som kilde til seksuel afreaktion fremfor at søge intime relationer med jævnaldrende. Dette er dog hypoteser og supplerende undersøgelser bør gennemføres fremadrettet for at belyse området yderligere.



### 3.2.4 Alder, familiebaggrund og omsorgssvigt

I JanusCentret er der blevet foretaget en række analyser med henblik på at belyse mulige sammenhænge mellem klientens alder, familiære baggrund og pornografiforbrug. Her er der blandt andet blevet undersøgt mulige forbindelser mellem at have set pornografisk materiale og seksuelt bekymrende adfærd, seksuelle krænkelse både begået af og mod klienten, seksuel grænseløshed i hjemmet samt aktivt og passivt omsorgssvigt. Det er endvidere blevet udforsket, om klienter under 10 år, der har set pornografi, adskiller sig fra de øvrige klienter inden for ovennævnte område. Ingen af analyserne har kunne dokumentere nogle sikre og tydelige sammenhænge. Der var heller ingen markante resultater ved undersøgelse af klienter med kontroversiel pornografiforbrug herunder anvendelse af volds- og overgrebspornografi. Det er dog vigtigt at understrege, at manglen på signifikante resultater kan skyldes den beskedne andel klienter med afvigende pornografiforbrug, og at statistisk sikre resultater muligvis kan findes i et større deltagerudvalg. Endvidere er det også sandsynligt, at klientgruppens pornografiforbrug adskiller sig fra børn og unge i normalpopulationen, og at en sammenhæng mellem pornografiforbrug og seksuelle adfærdsproblemer blandt børn og unge muligvis ville kunne findes i analyser med brug af en kontrolgruppe.

Der ses dog en enkelt undtagelse i forhold til udbredelse af pornografiforbrug blandt klienter, der har været offer for fysisk vold inden for familien. Blandt de klienter, der ikke har været udsat for fysisk vold inden for familien, har 86% (176/205) set pornografi. Til sammenligning har 76% (85/111) af de klienter, der har været ofre for intrafamiliær vold, set en eller anden form for pornografi. Klienter udsat for fysisk vold af familiemedlemmer har derfor en lidt mindre tendens til at se pornografisk materiale sammenlignet med de øvrige klienter. Denne forskel er ligeledes statistisk sikker<sup>56</sup>. Det kan tænkes, at eftersom fysisk vold mod mindre børn giver anledning til tidlig anbringelse, har klienter med voldelig familiebaggrund derfor ikke tilgang til pornografisk materiale på lige fod med de øvrige klienter, når de bliver ældre. Denne tolkning understøttes endvidere af, at en signifikant større andel klienter udsat for fysisk vold i familien er anbragt uden for hjemmet (53%; 72/137) sammenlignet med klienter, der ikke har oplevet intrafamiliær fysisk vold (36%; 100/274)<sup>57</sup>. Resultatet er derfor nødvendigvis ikke et udtryk for en mindsket interesse for pornografisk materiale blandt klienter udsat for intrafamiliær vold, men et udtryk for øgede restriktioner på anbringelsessteder i forhold til uovervåget internetadgang.



<sup>56</sup>  $\chi^2(1, N=316) = 4,3, p = \leq 0,05$

<sup>57</sup>  $\chi^2(1, N=411) = 9,7, p = \leq 0,01$

## 4. Test- og udredningsresultater

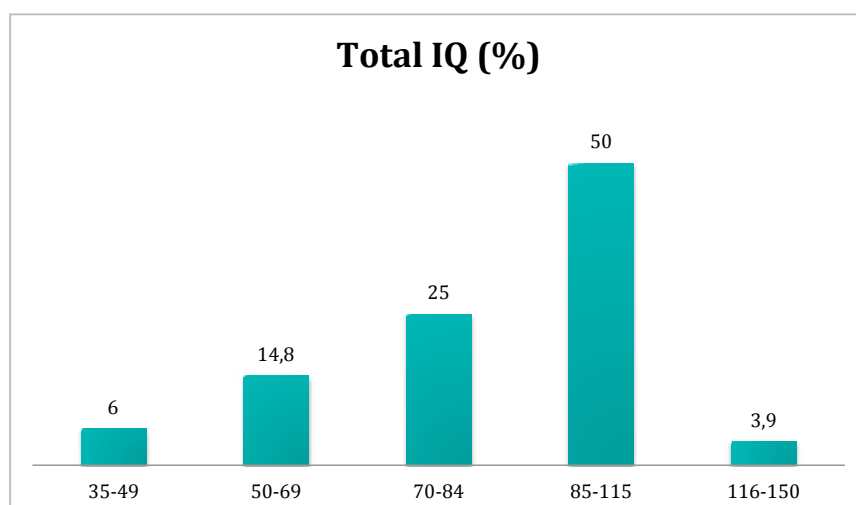
I perioden 2003-2016 er 375 børn og unge blevet udredt i JanusCentret. Formålet med de psykologiske undersøgelser er at vurdere, om klienten har særlige kognitive samt personligheds- og følelsesmæssige vanskeligheder, som det er vigtigt at tage hensyn til i forbindelse med den videre behandlingsindsats.

Til den samlede psykologiske udredning anvendes følgende tests: WISC-IV (indtil 2011 WISC-III), WPPSI og WAIS, TOVA og Rorschach. Med udgangspunkt i testresultaterne foretages en vurdering af klientens intellektuelle funktionsniveau, forekomsten af eventuelle opmærksomhedsmæssige vanskeligheder (for eksempel ADHD) og personlighedsmæssige ressourcer, herunder følelsesmæssig forvaltning, interpersonel/social kompetence samt tilknytningsevne.

### 4.1 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 områder, 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 ansvar for sig selv som voksen (WHO, 1992). Hvordan JanusCentrets klienter placerer sig begavelsesmæssigt set ud fra de fire underkategorier og det samlede intellektuelle funktionsniveau er fremlagt i figur 4.1.

Halvdelen af klienterne befinder sig intelligensmæssigt i gennemsnittet for alderen (IQ 85-115) og yderligere 3,9 % ligger begavelsesmæssigt over middel. Samlet betyder dette, at godt 54 % af klienterne må forventes at kunne udvikle sig alderssvarende til at tage vare på sig selv og være ansvarlig for eget liv. 25 % befinder sig op til en standardafvigelse under normalområdet (IQ 70-84). Ydermere er 14,8 % mentalt retarderet i lettere grad (IQ 50-69) og 6 % i middelsvær grad (IQ<50)<sup>58</sup>. Derfor er 45,8 % udfordret i deres intellektuelle udvikling og især de nederste 20,8 % vil være begrænsede i deres fremtidige erhvervs muligheder og have brug for særligt støtte og omsorg hele livet igennem. Børn og unge med begaveshandicap (IQ<70) er endvidere i særlig forhøjet risiko for vold og overgreb (Holt et al., 2017) og er derfor afhængig af øget pædagogisk opmærksomhed for at sikre deres udvikling og beskyttelse.



Figur 4.1: Procentmæssig fordeling af samlet IQ-score inden for faste kategorier, N = 384

<sup>58</sup> N = 384

#### 4.1.1 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, refleksion og hvorvidt man vil profitere af psykoterapeutiske samtaleforløb.

I gennemsnit udviser klienterne en sproglig kompetence, der ligger i den lave ende af middelloområdet<sup>59</sup>. 5,2% har en sproglig kompetence over gennemsnittet for alderen, mens 53,5% ligger inden for gennemsnittet. 58,8% af klienterne vurderes derfor til at have en sproglig kompetence, så de kan modtage samtalebaseret behandling. Omvendt har 41,3% af klienterne ikke tilstrækkelige sproglige kompetencer til at kunne profitere af traditionel indsigtsgivende psykoterapeutisk behandling. I disse sammenhænge er det vigtigt at sætte fokus på opkvalificering af barnets eller den unges netværk for dermed at sikre, at klienten bliver tilbudt den påkrævede støtte og omsorg i sit daglige miljø og modtager tilpasset sproglig stimulering. JanusCentret har i den forbindelse gode erfaringer med fastlagte netværksforløb, hvor klienter med specifikke vanskeligheder sammen med det nærmeste netværk indgår i planlagte behandlings- og undervisningsforløb. Udover konkret hjælp til barnet eller den unge er der her fokus på at støtte forældre og professionelle til fremadrettet at varetage det videre arbejde med barnets eller den unges vanskeligheder.

#### 4.1.2 Evnen til perceptuel organisation og ræsonnering

Evnen til perceptuel organisation hører til de mere konkrete, praktiske og logiske kompetencer, der undersøges ved anvendelse af WISC-IV. Hvis man er i stand til at forholde sig analytisk til noget komplekst, skabes der ofte bedre forudsætninger for overblik, planlægning og evne til at forudse konsekvenserne af egne handlinger.

28% af JanusCentrets klienter har store problemer med at få overblik over og organisere konkret materiale. Samlet set er det dog inden for denne underkategori, at klienterne klarer sig bedst med en gennemsnitsscore på 94<sup>60</sup>. Den sproglige kompetence er derfor generelt dårligere end den handleprægede. Dette betyder, at klienterne typisk er sprogligt udfordrede, men bedre i stand til at løse opgaver relateret til logisk tænkning og praktisk-konkrete handlinger.

#### 4.1.3 Arbejdshukommelse og visuomotorisk forarbejdningshastighed

Arbejdshukommelse og forarbejdningshastighed er et udtryk for, hvor god klienten er til at fastholde og bearbejde mental information til fordel for en given opgave. Kompetencemangler inden for dette område kan være indikatorer på, at klienten har specifikke vanskeligheder med opmærksomhedsstyringen, som det for eksempel ses ved ADHD.

Dataanalyserne viser, at JanusCentrets klienter generelt har store vanskeligheder inden for disse to områder med en gennemsnitlig score lige under normalområdet for både arbejdshukommelse<sup>61</sup> og forarbejdningshastighed<sup>62</sup>. Endvidere har 51,3% af klienterne specifikke vanskeligheder med arbejdshukommelsen, og 49,8% har specifikke vanskeligheder med forarbejdningshastigheden i sådan en grad, at det må forventes at have betydning for deres akademiske præstation i skolen.



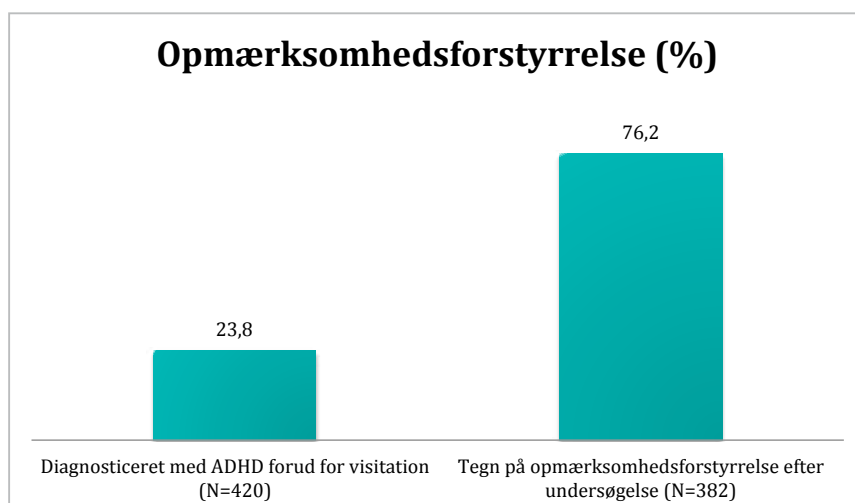
#### 4.2 Opmærksomhedsmæssige vanskeligheder

I forlængelse af ovenstående beskrives JanusCentrets klienter ofte med store koncentrations- og adfærdsproblemer, hvilket kan give mistanke om opmærksomhedsmæssige vanskeligheder. Til den kliniske vurdering heraf anvendes TOVA-testen, som er en computerbaseret opmærksomhedstest.

Testen vurderer evnen til at "holde sig vågen" (opretholde et relevant vågenhedsniveau i hjernen), reaktionshastigheden, evnen til at hæmme impulser og evnen til vedvarende og fokuseret opmærksomhed (koncentrationsevnen). Vanskelighederne hos klienterne kan være af lettere eller sværere grad.

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 udleveres 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 understreger dette vigtigheden af at afdække potentielle opmærksomhedsproblemer og sikre klients trivsel fremadrettet.

På baggrund af gennemførelsen af TOVA-testen peger resultaterne på, at 76,2% af JanusCentrets klienter viser tegn på opmærksomhedsforstyrrelse<sup>63</sup>. Denne procentdel er næsten tre gange højere end de 23,8% klienter, der forud for deres forløb i JanusCentret er blevet diagnosticeret med ADHD<sup>64</sup>. Forskellen er ligeledes illustreret i figur 4.2. Det vurderes endvidere, at kun 34,2 % af klienterne med diagnosticeret ADHD forud for visitation til JanusCentret forekommer velbehandlet<sup>65</sup>. Der er derfor tale om en gruppe børn og unge, der fremstår svært forstyrret i deres opmærksomhedsstyring, deres evne til at koncentrere sig samt evne til at hæmme indgående idéer og impulser.



**Figur 4.2:** Procentmæssig fordeling af klienter diagnosticeret med ADHD forud for visitation og efter undersøgelsesforløb, N = 420/382

Det er vigtigt at pointere, at opmærksomhedsmæssige vanskeligheder også kan forekomme i forlængelse af andre kliniske tilstande end ADHD. Her kan fremhæves posttraumatisk stressforstyrrelse, depression, angst, stress, autisme, søvnforstyrrelser, hovedtraumer, medicinindtag samt forskellige former for misbrug. Disse parametre bør derfor altid indgå i vurderingen af den enkelte klientens specifikke vanskeligheder.

#### 4.3 Personligheds- og følelsesmæssige vanskeligheder

Personlighedsstrukturen vurderes med Rorschach-testen<sup>66</sup>. Testen beskriver forskellige parametre af klientens personlighed og belyser blandt andet følelsesforvaltning, mestringsstrategier og evne til tilknytning. Både effektive mestringsstrategier og tilknytningsevne er vigtige forudsætninger for, at mennesker kan indgå i tilfredsstillende interpersonelle relationer og være i stand til at navigere i den sociale omverdens almindelige krav og forventninger.

Grundlæggende viser analyserne, at størstedelen af JanusCentrets klienter har store emotionelle udfordringer. Mere præcist viser testene, at 75,3% oplever følelsesmæssige vanskeligheder i alvorlig grad<sup>67</sup>, 66% udviser ineffektive mestringsstrategier<sup>68</sup> og hele 91,6% er forstyrret i deres tilknytningsevne<sup>69</sup>. 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.

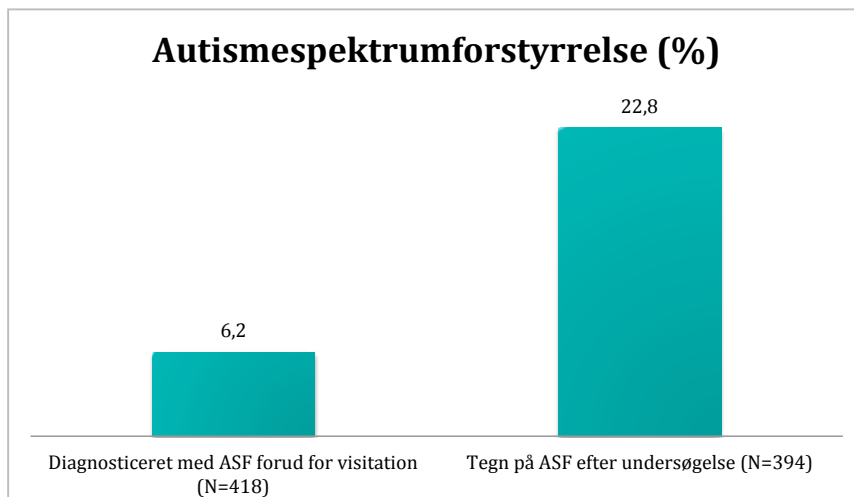
#### 4.4 Autismespektrumsforstyrrelse

Børn med autistiske vanskeligheder har generelt svært ved at kommunikere både verbalt og non-verbalt med andre. De har problemer med den gensidige sociale interaktion, idet de har svært ved at aflæse mennesker og vanskeligt ved at afkode sociale situationer. De er ofte rigide i deres adfærd, rutiner og legemønstre samt kan reagere meget kraftigt, hvis dette forstyrres (Nolen-Hoeksema, 2011).

I udredningsforløbet hos JanusCentret foreligger der en klinisk vurdering af, hvorvidt klienterne udviser tegn på ASF. 6,3% er forud for visitationstidspunktet diagnosticeret med ASF<sup>70</sup>, mens 22,8% viser tegn på forstyrrelsen under testningsforløbene<sup>71</sup>. Denne forskel er illustreret i figur 4.3. 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 menneskers grænser. Vanskelighederne kan derfor være medvirkende til, at klienter med ASF overskrider andre børns 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 Ildspåsættelse og dyremishandling

Involvering i ildspåsættelse og medvirken til mishandling af dyr er dyssociale adfærdsmønstre, der klinisk forbindes med 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).



**Figur 4.3:** Procentmæssig fordeling af klienter diagnosticeret med ASF forud for visitation og efter undersøgelsesforløb, N = 418/394

Henholdsvis 19,6% og 15,5% af klienterne har været involveret i ildspåsættelse og dyremishandling<sup>72</sup>. Samlet set har 27,4 % udvist mindst et af de to adfærdssymptomer<sup>73</sup>. Der ses endvidere i udvalget en tydelig signifikant forbindelse mellem de to adfærdsmønstre samt en moderat til stærk effektstørrelse<sup>74</sup>. Samlet betyder dette, at ildspåsættelse og dyremishandling ofte forekommer hos samme klient og kan derfor samlet betragtes som led i et generelt dyssocialt adfærdsmønster. Det er dog værd at notere, at kun 6,7 % af de klienter, som har besvaret begge spørgsmål, både har været involveret i ildspåsættelse og dyremishandling<sup>75</sup>. Det er derfor kun et fåtal af JanusCentrets klienter, der forekommer dyssocialt adfærdsforsværede.

Gruppen af klienter med ét eller flere symptomer på adfærdsforsværelse adskiller sig signifikant fra den øvrige klientgruppe på en række områder<sup>76</sup>. Først og fremmest ses der en signifikant højere anbringelsesprocent blandt klienter med dyssocial adfærd, da 59 %<sup>77</sup> af klienter med symptomer på adfærdsforsværelse er anbragt uden for hjemmet sammenlignet med 32,4 %<sup>78</sup> af den øvrige klientgruppe, der ikke udviser symptomer herpå<sup>79</sup>. Derudover kommer flere klienter med dyssocial adfærd fra udsatte familier, da en signifikant større andel har været vidne til fysisk<sup>80</sup> og psykisk<sup>81</sup> vold i familien samt selv været offer for intrafamilial psykisk vold<sup>82</sup> sammenlignet med klienter uden tegn på dyssocial adfærd. Endelig ses der også en statistisk sikker større andel klienter med dyssocial adfærd, der ved henvisning har krænket andre børn og unge, sammenlignet med klienter uden tegn på samme vanskeligheder<sup>83</sup>. Analyserne tegner derfor et billede, hvor klienter med dyssocial adfærd i højere grad har oplevet relationelle vanskeligheder i familien, hvilket i særdeleshed kommer til udtryk ved psykisk vold både familiemedlemmerne imellem og mod klienten selv. Dette kan medføre svære sociale vanskeligheder hos klienten og være en medvirkende årsag til, hvorfor klienter med dyssocialt adfærdsmønster overskrider andres grænser og i højere grad end den øvrige målgruppe krænker andre børn og unge.

#### 4.6 Psykotiske symptomer

Undersøgelserne viser, at 12,3% af klienterne udviser tegn på psykose i form af hallucinationer, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser<sup>84</sup>. Der er her tale om en gruppe børn og unge, som fremstår meget psykisk skrøbelige og ofte bliver tegn på psykoser betragtet som et omfattende belastningssymptom relateret til klienternes betyngede opvækstvilkår.

<sup>72</sup>  $N = 275/264$  · <sup>73</sup>  $N = 285$  · <sup>74</sup>  $\chi^2(1, N=254) = 33, p \leq 0,01, \phi = 0,36$  · <sup>75</sup>  $N = 254$  · <sup>76</sup> Der er udover de præsenterede resultater ligeledes gennemført analyser i forhold til forskellen mellem klienter med og uden dyssocial adfærd inden for områderne alder, seksuelle overgreb samt udsættelse for fysisk vold. Disse analyser viste ingen sikre sammenhænge · <sup>77</sup> 46 ud af 78 · <sup>78</sup> 67 ud af 202 · <sup>79</sup>  $\chi^2(1, N=280) = 15,6, p \leq 0,01, \phi = 0,24$  · <sup>80</sup> 35,9 % (28/78) af klienter med dyssocial adfærd sammenlignet med 23,2% (48/207) af den øvrige klientgruppe,  $\chi^2(1, N=285) = 4,7, p \leq 0,05, \phi = 0,13$  · <sup>81</sup> 46,2 % (36/78) af klienter med dyssocial adfærd sammenlignet med 23,7% (49/207) af den øvrige klientgruppe,  $\chi^2(1, N=285) = 13,7, p \leq 0,01, \phi = 0,22$  · <sup>82</sup> 48,7 % (38/78) af klienter med dyssocial adfærd sammenlignet med 30% (62/207) af den øvrige klientgruppe,  $\chi^2(1, N=285) = 8,8, p \leq 0,01, \phi = 0,18$  · <sup>83</sup> 75,6 % (59/78) af klienter med dyssocial adfærd sammenlignet med 61,8% (128/207) af den øvrige klientgruppe,  $\chi^2(1, N=285) = 4,8, p \leq 0,05, \phi = 0,13$  · <sup>84</sup>  $N = 391$

## 5. Karakteristik af klienternes ofre

73,6% af JanusCentrets samlede klientgruppe har udvist krænkende adfærd mod et eller flere ofre. De fleste af disse klienter har primært haft et enkelt offer (56,3%) og kun et fåtal har krænkede fem eller flere (4,2%)<sup>85</sup>. Den yderligere fordeling i forhold til klienter fordelt på antal ofre kan findes i tabel 5.1.

| Antal ofre | Antal klienter (f) | Procent (%) |
|------------|--------------------|-------------|
| 1          | 174                | 56,3        |
| 2          | 74                 | 23,9        |
| 3          | 31                 | 10          |
| 4          | 17                 | 5,5         |
| 5 ≤        | 13                 | 4,2         |

**Tabel 5.1:** Klienter fordelt på antal ofre angivet i frekvens og procent, N = 309

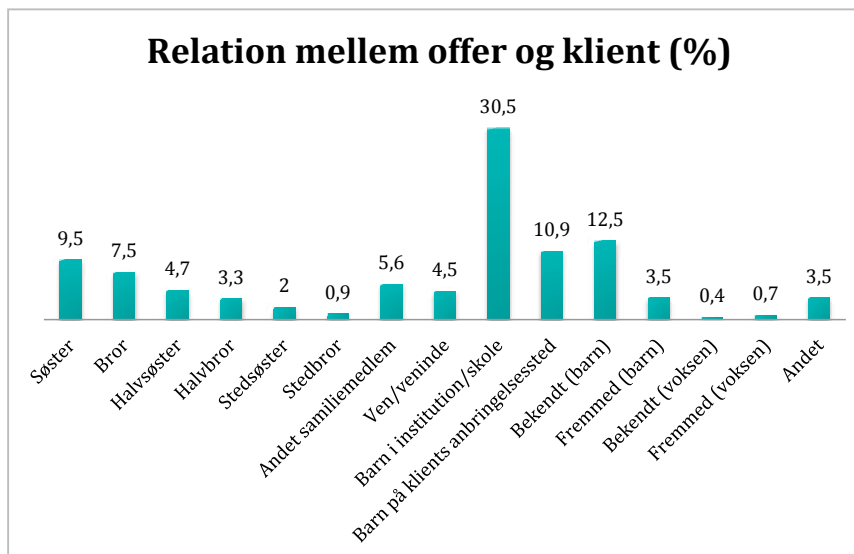
JanusCentret har siden 2003 indsamlet oplysninger om i alt 555 ofre i forbindelse med udrednings- og behandlingssager af klienter. Oplysninger om klienternes ofre er vigtige i forhold til den forebyggende indsats, da det giver indblik i konteksten for krænkelse, overgrebenes karakteristika og selve arenaen for overgrebene. Derudover giver det ligeledes specifik viden om relationerne mellem de involverede børn, samt hvordan krænkelse er blevet afsløret. Alt i alt kan disse oplysninger i kombination med specifik viden om klienterne sætte fokus på de særlige risikoforhold, der kendetegner seksuelle krænkelse mellem børn og unge.

### 5.1 Køn og alder

Grundlæggende ses der en lille overvægt af piger (55,5%) blandt ofrene sammenlignet med drenge (44,5%). Der er således næsten en ligelig fordeling mellem kønnene. Dette er markant forskelligt fra overgreb, hvor den krænkende part er voksen. Her er mellem 70-80% af ofrene piger (Center for Seksuelle Overgreb, 2017). Ofrene er ved klienternes visitation til JanusCentret i gennemsnit 9,8 år<sup>86</sup>. Dog er gennemsnitsalderen ved første overgreb mindre, da den her er 8,9 år<sup>87</sup>. Dette er venteligt, da JanusCentrets målgruppe er børn og unge, som har begået overgreb mod andre børn. Det kan derfor forventes, at ofrene primært er under 12 år ved første overgreb.

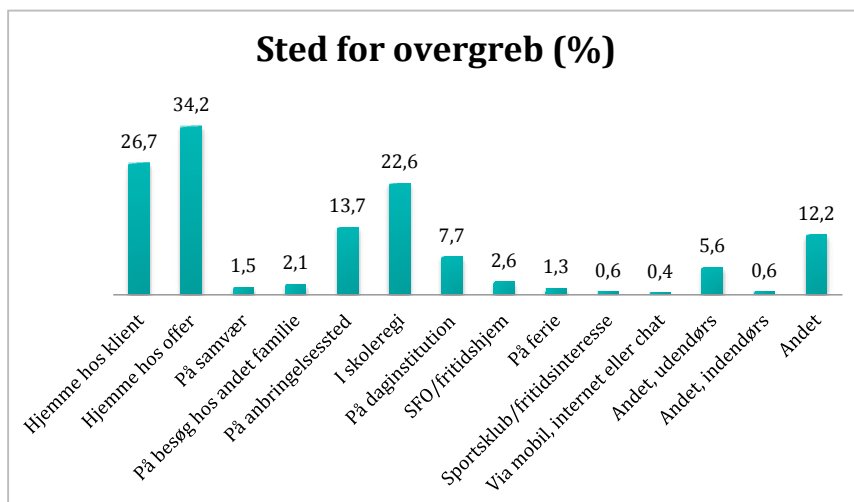
### 5.2 Relation mellem offer og klient samt sted for overgreb

Som det fremgår af figur 5.1 har ofrene og klienterne næsten altid en forudgående relation, da kun 3,5 % af ofrene er fremmede børn og 0,7 % er fremmede voksne. Den typiske relation bygger på klient og offers tilknytning til samme daginstitution/skole (30,5%) eller en form for søskendeforhold (27,8%)<sup>88</sup>. Endvidere har 1,3% af klienterne opnået kontakt med ofret gennem internet<sup>89</sup>. Der er således altovervejende tale om børn og unge, som kender hinanden i forvejen. Dette adskiller sig fra voksne med seksuel interesse i børn, der kan opsøge fremmede børn på forskellig vis og indgå i en såkaldt "grooming"-proces, hvor den krænkende part søger at manipulere barnet til at medvirke i seksuel interaktion (Stevnhøj & Strange, 2016).



**Figur 5.1:** Relation mellem offer og klient opgivet i procent på baggrund af kategorier,  $N = 550$

I forhold til hvor overgrebet har fundet sted, har størstedelen foregået enten i klientens (26,7%) eller ofrets eget hjem (34,2%)<sup>90</sup>. Som det ses i figur 5.2 forekommer der dog ligeledes en stor andel overgreb på børnenes fælles skole (22,6%) eller anbringelsessted (13,7%). Ofrene kan dog have været udsat for overgreb i flere forskellige kontekster og under forskellige omgivelser som for eksempel ved overgreb mod en søskende, hvor den krænkende part er anbragt og begår overgreb ved hjemmebesøg.

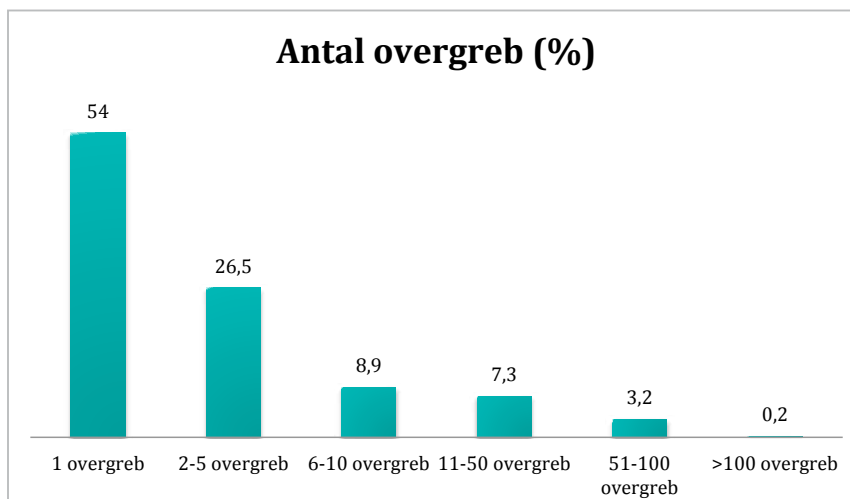


**Figur 5.2:** Sted for overgreb angivet i procent,  $N = 532$

<sup>90</sup>  $N = 532$

### 5.3 Antal overgreb

Figur 5.3 nedenfor viser ofrene fordelt på de antal overgreb, de har været udsat for. Lidt over halvdelen af ofrene (54 %) har udelukkende været udsat for et enkelt overgreb af klienten, mens 26,5% har været udsat for 2-5 overgreb. 8,9% af ofrene har været udsat for 6-10-overgreb, mens 10,7% har været udsat for mere end 10 overgreb af klienten.



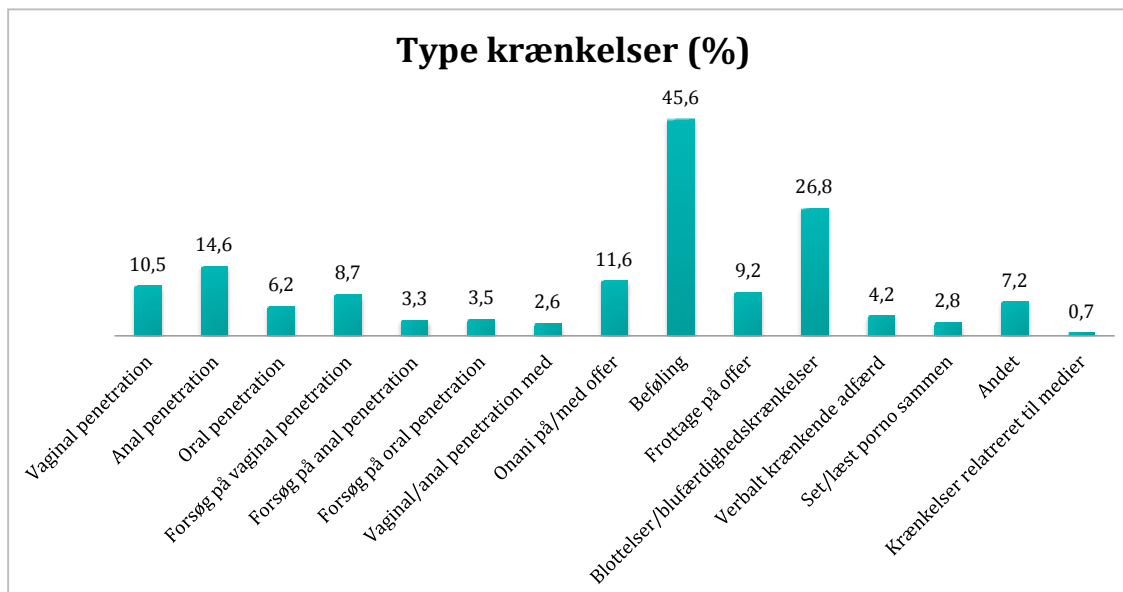
Figur 5.3: Procentmæssig fordeling af antal overgreb inddelt i kategorier, N = 506

### 5.4 Type af krænkelse

Figur 5.4 viser, hvilke typer af krænkelse ofrene er blevet udsat for. Ofrene kan have været udsat for flere forskellige former for seksuelt krænkende adfærd, hvilket er grunden til, at det samlede procentantal er højere end 100 %.

Den hyppigste form for seksuelle krænkelse, ofrene har oplevet, er beføling på kroppen. Næsten halvdelen har været udsat herfor (45,6%)<sup>91</sup>. Det er dog værd at notere, at en stor andel ofre har været udsat for meget mere alvorlige seksuelle overgreb enten i form vaginal, anal eller oral penetration (40,5%) samt forsøg på samme (22,7%)<sup>92</sup>. I disse tilfælde må konsekvenserne af overgrebene forventes både at være psykiske, men også fysiske.

26,8% af ofrene har endvidere været udsat for blottelser eller anden form for blufærdighedskrænkende adfærd.

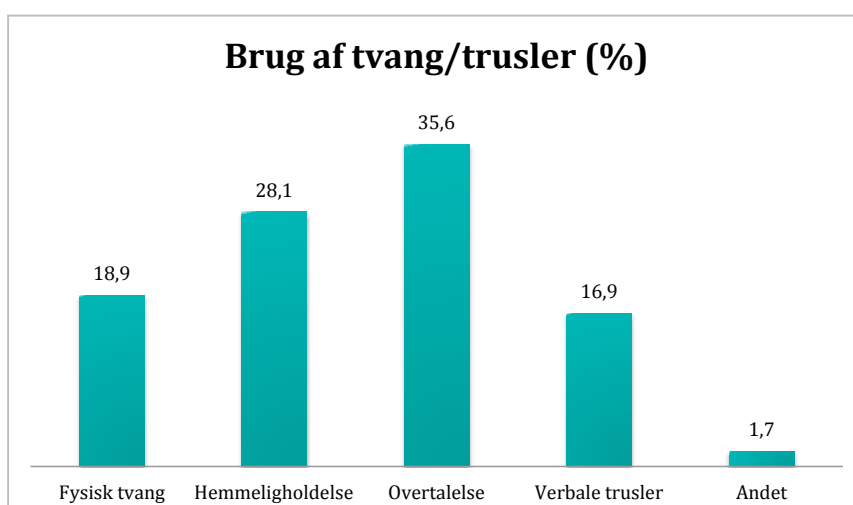


**Figur 5.4:** Procentmæssig fordeling af type af krænkelser, N = 542

### 5.5 Brug af tvang og/eller trusler i forbindelse med overgreb

Som beskrevet tidligere kender offer og klient i de fleste overgrebstilfælde hinanden i forvejen og har en relation til hinanden, fordi de for eksempel er søskende eller går i samme skole/institution. Denne forudgående kontakt ændrer ikke på, at næsten en femtedel af ofrene bliver udsat for fysisk tvang, og 16,9% bliver udsat for verbale trusler i forbindelse med overgrebet af klienten<sup>93</sup>.

Derudover er 35,6 % af ofrene blevet overtalt til at indgå i den seksuelt krænkende aktivitet. Klienten kan også have fået ofret til at holde overgrebet hemmeligt for eksempel for forældre eller andre voksne. Dette har været tilfældet for 28 % af ofrene.

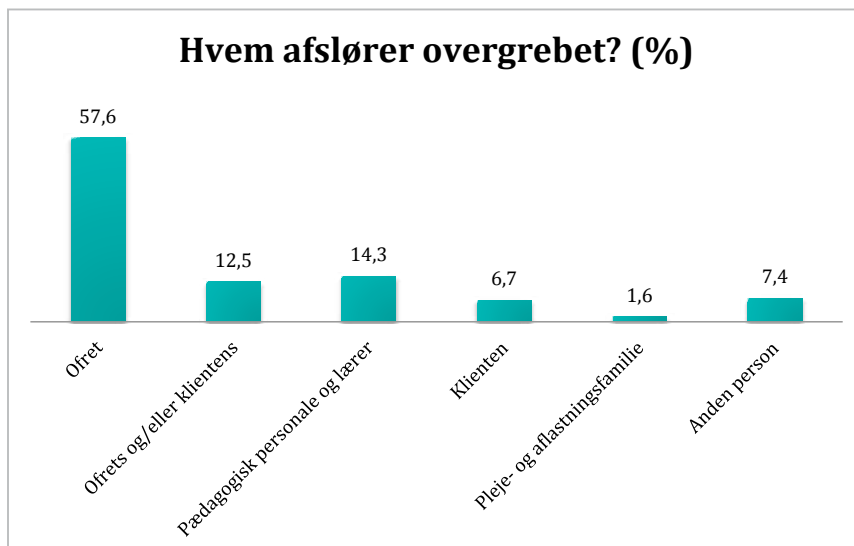


**Figur 5.5:** Fordeling af forekomsten af tvang/trusler i forbindelse med overgrebet, N = 413

<sup>93</sup> N = 413

### 5.6 Disclosure – Afsløring af overgrebene

Som det fremgår af figur 5.6, bliver overgrebet i 57,8% af sagerne afsløret af ofret. Til sammenligning er det kun 6,7 % af tilfældene, hvor klienten betror sig til nogen om krænkelserne<sup>94</sup>. I langt de fleste tilfælde er det derfor ofret, der sikrer, at krænkelserne opdages og efterfølgende stoppes.

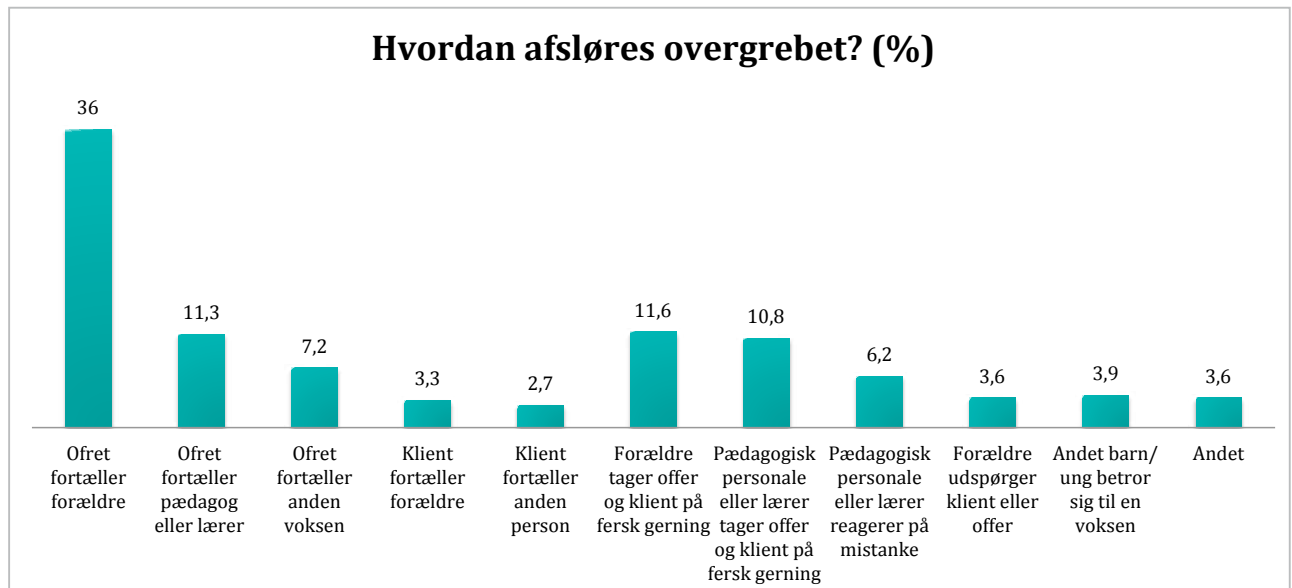


Figur 5.6: Procentmæssig fordeling over hvem, der afslører overgrebet, N = 420

I 36% af sagerne, hvor der foreligger oplysninger om afsløringen af overgrebet, er det ofret der betror sig til sine forældre, og hermed er drivkraften i afsløringen. Pædagogisk personale og lærere kan dog også spille en afgørende rolle, da de i 11,3% af sagerne bliver ofrets fortrolige. I 10,8 % af sagerne tager de enddog børnene eller de unge på fersk gerning i overgrebssituationen<sup>95</sup>. understreger vigtigheden af, at lærere og pædagogisk personale er klædt på til at respondere hensigtsmæssigt på barnets eller den unges adfærd samt påtager sig ansvar for at involvere forældre og relevante myndigheder. Endelig er det essentielt, at professionelle besidder den fornødne viden i forhold til at identificere seksuelle adfærdsproblemer i praksis, så de dermed kan fremme opsporingen af både ofre og den krænkende part. Hermed kan det sikres, at begge tilbydes den nødvendige hjælp og omsorg. Nødvendigheden underbygges yderligere af, at 44% af overgrebene angives at være foregået enten i skolen eller i dag- eller døgninstitutionen. Der er derfor en stor andel overgreb, der foregår i skolerne og institutionerne, der ikke opdages af de ansvarshavende voksne.



Hvordan overgrebet ellers kan blive afsløret er illustreret i figur 5.7



**Figur 5.7:** Procentmæssig fordeling over hvordan, overgrebet afsløres<sup>96</sup>, N = 389



<sup>96</sup> "Andet" dækker for eksempel over, at andre børn, bekendte voksne eller andre professionelle på forskellig vis har afsløret overgrebet.

## 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 vedrørende 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 opvækstvilkår. 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 175-365 besvarelse alt afhængig af pågældende variable. Mulige analyseresultater kan derfor med forsigtighed anses som valide og statistisk sikre tendenser.

### 6.2 Statsborgerskab og nationalitet

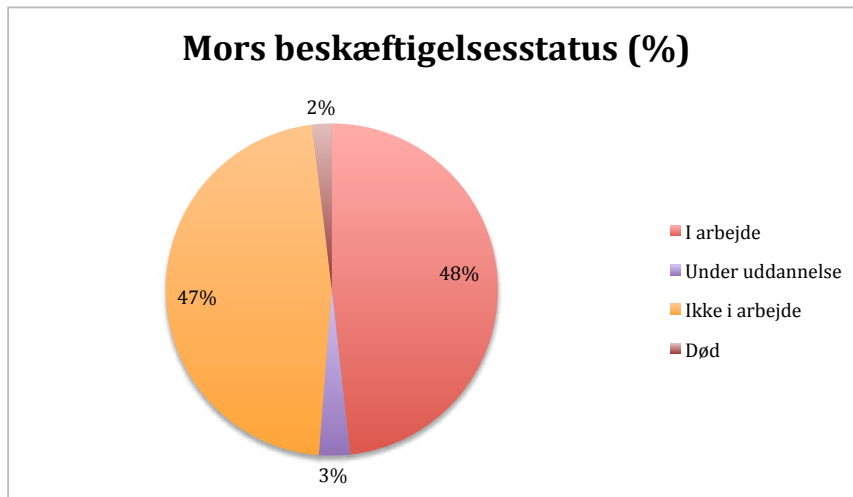
Analyserne viser, at størstedelen af forældrene til JanusCentrets klienter har dansk statsborgerskab og er af dansk afstamning. Mere præcist har 94,9 % af mødrene og 92 % af fædrene dansk statsborgerskab<sup>97</sup>. Blandt mødrene er 87,6 % endvidere af dansk nationalitet, 2,3 % er flygtninge, 4,4% er indvandrere og endeligt er det uvist med de resterende 5,7%<sup>98</sup>. Blandt fædrene tegner der sig et lignende billede, da 87,1 % er af dansk nationalitet, 1,7 % er flygtninge, 3,8% er indvandrere og det er ligeledes uvist med de resterende 7,3%<sup>99</sup>. 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. Næsten tre ud af fire forældrepar bor hver for sig (72 %) <sup>100</sup>. Dette placerer sig væsentligt over landsgennemsnittet, hvor det estimeres, at omkring halvdelen af alle ægteskaber går i opløsning (50,8%; Dansk Statistik, 2016a). I lidt over halvdelen af tilfældene har forældrene fundet sig en ny samlever eller ægtefælle. 54,9% af mødrene har en ny samlever<sup>101</sup>, hvor det gør sig gældende for 59% af fædrene<sup>102</sup>.

### 6.4 Forældrenes beskæftigelse og uddannelsesniveau

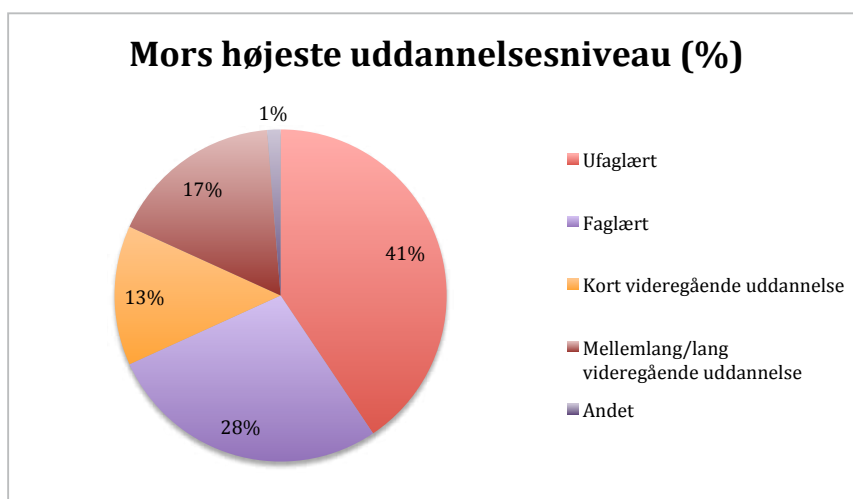
Grundlæggende viser analyseresultaterne, at en stor andel af klienternes mødre ikke er i beskæftigelse. Som det fremgår af figur 6.1, ses der en nogenlunde ligelig fordeling mellem mødre, der er i arbejde (48,3 %) og dem, der står uden for arbejdsmarkedet (46,8%)<sup>103</sup>. Mødrene uden for arbejdsmarkedet kan enten være ledige, sygemeldte eller på pensionsordning. Endelig er en lille procentdel under uddannelse (3%) eller gået bort (2%). Til sammenligning er procentsatsen for fuldtidsledige kvinder i Danmark på 3,6% (Dansk Statistik, 2016b). 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,  $N = 365$

I forhold til mødrenes uddannelsesniveau er størstedelen ufaglærte med grundskolen som højeste gennemførte uddannelse (40,6%). Herefter følger faglært uddannelse, som 27,6% af mødrene rapporterer. Endelig har 30 % en videregående uddannelse af enten kort-, mellemlang eller lang varighed<sup>104</sup>. 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 (41%) sammenlignet med almenbefolkningen i alderen 25-69 år (19,4%; Dansk Statistik, 2016c). Derudover har en væsentlig mindre andel af mødrene en mellemlang til lang videregående uddannelse (17%) sammenholdt med gennemsnittet (26%; Dansk Statistik, 2016c). Mødrene har derfor et generelt lavt uddannelsesniveau i sammenligning med den almene danske voksenbefolkning.

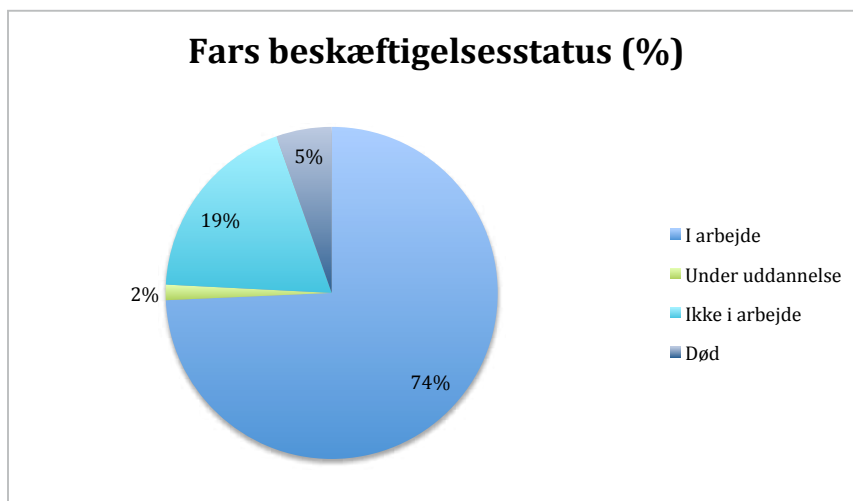


**Figur 6.2:** Mors højeste uddannelsesniveau angivet i procent (%),  $N = 308$

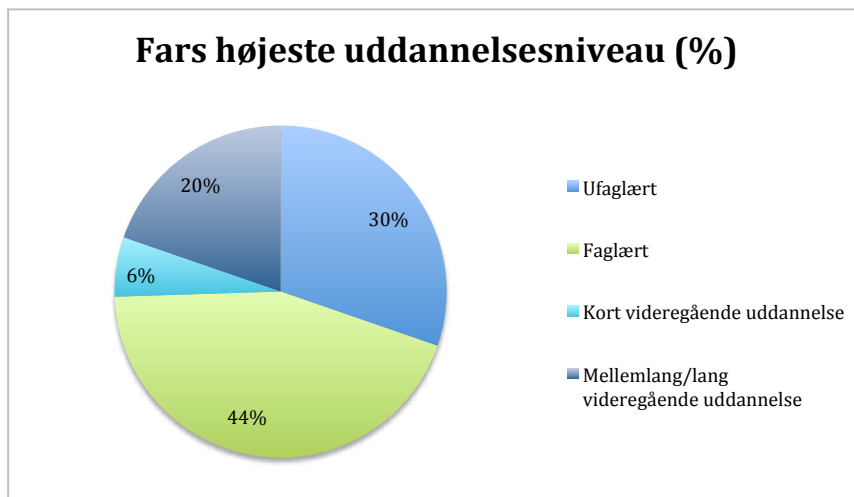
<sup>104</sup>  $N = 308$

Generelt er der en højere beskæftigelsesrate blandt klienternes fædre end klienternes mødre, da næsten tre ud af fire fædre (74,3%) er i beskæftigelse på visitationstidspunktet og kun 18,8% er ikke i arbejde<sup>105</sup>. På trods heraf ligger ledighedsniveauet blandt fædrene fortsat højere end landsgennemsnittet på 3,2% for mænd (Dansk Statistik, 2016b).

Fædrene har ligeledes et gennemsnitligt højere uddannelsesniveau end mødrene. 70% af fædrene har en eller anden form for supplerende uddannelse til grundskolen<sup>106</sup>, hvilket kun gør sig gældende for 58% af mødrene<sup>107</sup>. Modsat har flere af mødrene en videregående uddannelse (30%) sammenlignet med fædrene (26%). Den typiske uddannelsestype blandt fædrene er dog faglært, som kendetegner 44,2% af undersøgelsesudvalget. Her har en større andel af fædrene til klienterne en erhvervsfaglig uddannelse end landsgennemsnittet på 35,5% (Dansk Statistik, 2016c). 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 (30%) end blandt normalbefolkningen (19,4%; Dansk Statistik, 2016c). 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 i voksenlivet.



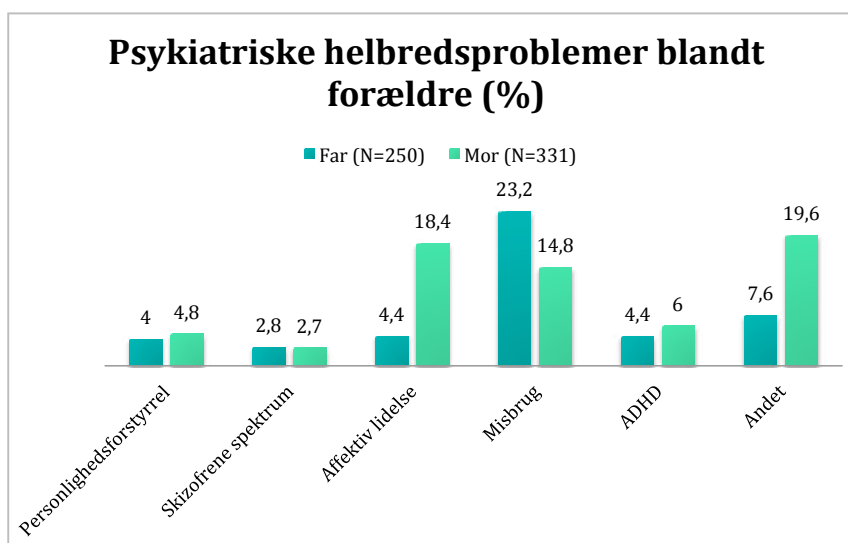
**Figur 6.3:** Procentmæssig fordeling af fars beskæftigelsesstatus på visitationstidspunktet, N = 261



**Figur 6.4:** Fars højeste uddannelsesnivea angivet i procent (%),  $N = 208$

### 6.5 Forældrenes psykiske helbredsproblemer

Psykiske helbredsproblemer er ganske udbredt blandt forældrene til klienterne i JanusCentret. 49,5% af mødrene og 37,6% af fædrene har mindst en psykiatrisk diagnose. Næsten hver fjerde far har endvidere et eller andet form for misbrug (23,2%)<sup>108</sup>, og hver femte mor lider under en affektiv lidelse såsom depression (18,4%)<sup>109</sup>. Den kategoriske fordeling af diagnoserne kan ses i figur 6.5. Til sammenligning ses der en prævalens af psykiske lidelser på 0,3-12 % i normalbefolkningen alt afhængig af pågældende diagnose, hvor især angstlidelser (ca. 12%) og depression (8%) 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.

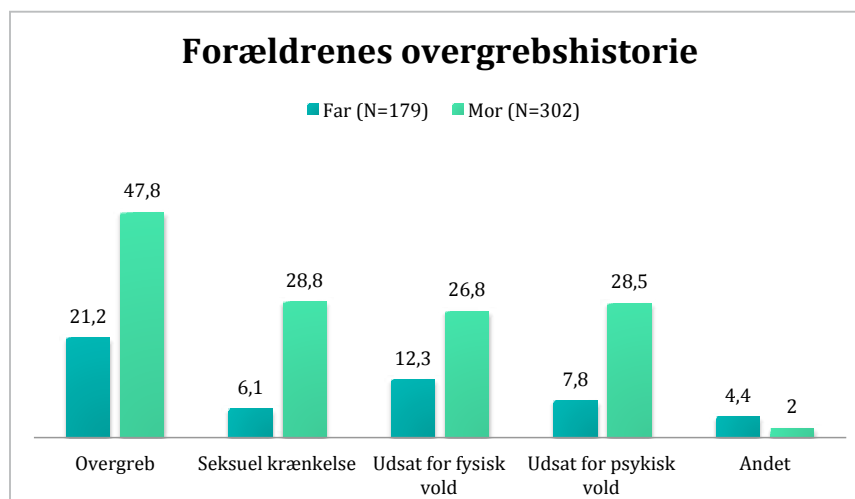


**Figur 6.5:** Procentmæssig fordeling af psykopatologi blandt forældre opdelt i henholdsvis klienternes fædre og mødre,  $N = 250/331$

### 6.6 Forældrenes egne anbringelses- og overgrebshistorier

Analyserne viser, at 18,7 % af klienternes mødre som børn har været anbragt uden for hjemmet<sup>110</sup>. Det samme gør sig gældende for 11,7% af fædrene<sup>111</sup>. Endvidere er forekomsten af overgreb i forældrenes egen barndom høj. Som det ses i figur 6.6 har næsten halvdelen af klienternes mødre (47,8%)<sup>112</sup> og lidt over en femtedel af klienternes fædre (21,2%)<sup>113</sup> 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.

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 mistro og seksuelle adfærdsproblemer.



**Figur 6.6:** Illustration af forældrenes overgrebshistorie adskilt mellem far og mor samt fordelt på tværs af kategorier, N = 179/302

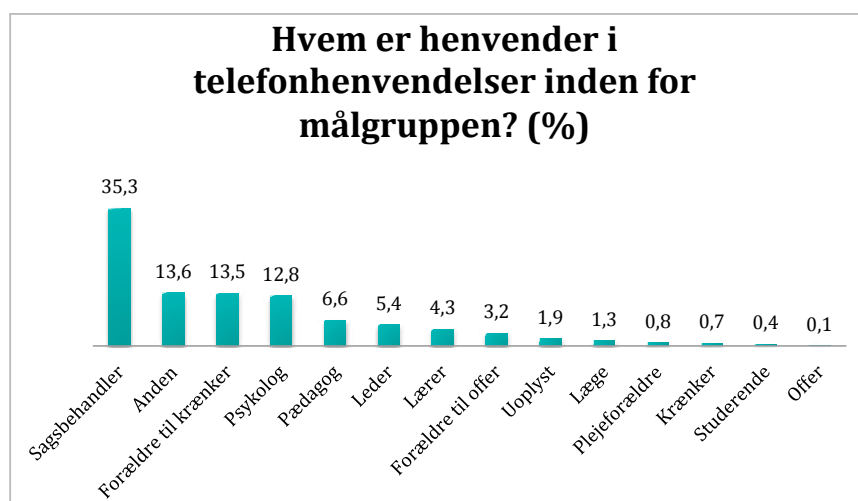
” Anbringelse uden for hjemmet er en dokumenteret risikofaktor for udvikling af et usikkert og desorganiseret tilknytningsmønster

## 7. Henvendelsesstatistik

### 7.1 Telefonhenvendelser inden for målgruppen

I perioden 2003-2016 har JanusCentret registreret i alt 1550 telefonhenvendelser. 960 af disse har været fra professionelle og pårørende, som har ønsket rådgivning i sager inden for centrets målgruppe. Det har derfor primært været sager omhandlende seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd hos et eller flere børn og unge i alderen 4-18 år<sup>114</sup>. De følgende analyser er foretaget på baggrund af telefonhenvendelser inden for denne målgruppe.

Som det fremgår af figur 7.1, kommer de fleste henvendelser fra kommunale sagsbehandlere (35,3%), men også psykologer, forældre og andre pårørende kontakter. "Anden" dækker blandt andet over perifer familie, andet sundhedspersonale, familiebehandlere med mere.



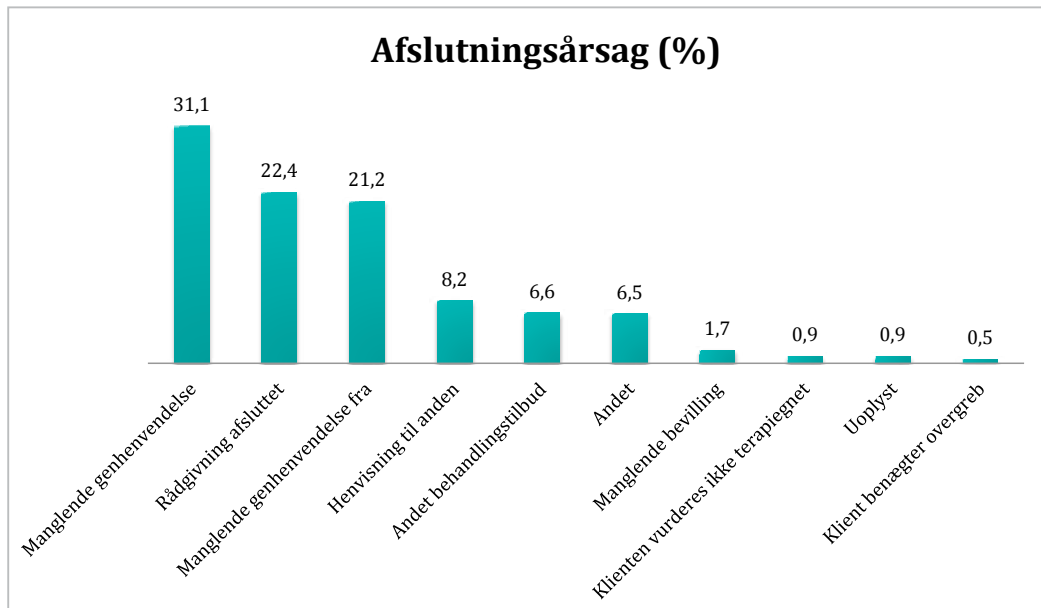
**Figur 7.1:** Procentmæssig fordeling af type henvender ved telefonhenvendelser inden for målgruppen,  $N = 960$

Gennemsnitsalderen for de potentielle klienter, som telefonhenvendelserne inden for målgruppen drejer sig om, er 11,5 år ( $SD = 4,2$ ). 84,5 % af henvendelserne omhandler drenge, hvor 15,5 % omhandler piger.

### 7.2 Årsag til afslutning

Der er forskellige årsager til, at sager inden for målgruppen forbliver telefonsager i stedet for at blive visiteret til JanusCentret som en udrednings- og/eller behandlingssag. I 52,3 % af sagerne skyldes det manglende genhenvendelse fra enten første henvender eller sagsbehandler. Det forekommer uklart, hvorfor en så stor procentdel ikke vender tilbage efter første telefonhenvendelse. En mulighed kunne dog være, at henvenderen har følt sig tilstrækkeligt rådgivet, eller at der er fundet andet udrednings- og behandlingstilbud. De resterende afslutningsårsager er yderligere illustreret i figur 7.2. Det er dog værd at bemærke, at i 22,4 % af sagerne afsluttes rådgivningen telefonisk, og i 14,8 % af sagerne videregives der til andet behandlingstilbud eller anden rådgivningsinstans. Dette kan for eksempel skyldes store geografiske afstande mellem JanusCentret og den potentielle klient.

<sup>114</sup> Enkelte henvendelser, hvor klienten falder uden for aldersgruppen er gennem årene blevet inddraget i datasystemet og dermed de statistiske analyser. Dette har primært været i forbindelse med mediationsforløb.



**Figur 7.2:** Kategorisk fordeling af årsager til sagsafslutning angivet i procent (%), N = 968

### 7.3 Telefonhenvendelser om rådgivning uden for målgruppen

JanusCentret har siden 2003 haft 590 telefonhenvendelser fra professionelle eller pårørende, som har ønsket rådgivning i problemstillinger, der ligger uden for centrets målgruppe. Disse drejer sig ofte om offerproblematikker (52,6%) eller klienter, der aldersmæssigt ligger uden for centrets primære målgruppe (15,8%). Når en henvendelse er uden for centrets målgruppe, henvises der videre til en passende rådgivningsinstans.





## 8. Kommunekontakt og aktiviteter i JanusCentret 2003-2016

JanusCentret har i perioden 2003-2016 været i kontakt med 95 af landets 98 kommuner i forbindelse med forskellige ydelser. 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, fordeles sig over 66 kommuner. I 2016 har JanusCentret alene serviceret 25 kommuner og således gennemført udrednings- og behandlingsopgaver flere steder i landet. Der har i dette år endvidere været kontakt med 62 kommuner, og der er tilbudt telefonrådgivning og vidensformidling til henholdsvis 57 og 17 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 conferencebidrag, som JanusCentrets medarbejdere i en betragtelig mængde har afholdt både i in- 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 2016 været medforfatter på bogen "Børn og seksualitet" i samarbejde med journalist Anna Louise Stevnhøj samt bidraget til antologierne "Lige muligheder – om pædagogens arbejde med køn, seksualitet og mangfoldighed" (Hjerrild, 2015) og "Møder mellem offer og krænker – En antologi om mægling i en terapeutisk ramme ved seksuelle overgreb" (Andersson & Madsen, 2016). Mimi Strange har ligeledes i 2017 været gæsterektor 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<sup>115</sup>.

<sup>115</sup> Yderligere information om ovennævnte litteratur findes i referencelisten.

## Del 2

# Hvordan klarer klienterne sig fremadrettet og erfaringsopsamling af den nationale indsats

## 9. Børn og unge, der har været i været i kontakt med JanusCentret

### -Registerdataundersøgelse ved Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Siden JanusCentrets oprettelse i 2003 har centret fungeret som udrednings- og behandlingsklinik med vidensindsamling og siden 2014 varetaget funktionen som nationalt videnscenter. En af videnscentrets kerneopgaver er at medvirke i en kontinuerlig vidensopsamling og med udgangspunkt i grundig dataregistrering beskrive de særlige karakteristika, der knytter sig til børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd. Dette sker som et led i at sikre vidensbaseret udredning og behandling i det kliniske arbejde på landsplan samt fremme professionel oplysning omkring målgruppen.

Eftersom JanusCentrets datamateriale bygger på information om tidligere og nuværende klienter, har det været vanskeligt at afdække, hvordan klienterne klarer sig efter afslutning af et udrednings- og behandlingsforløb og senere i voksenlivet. Som en konsekvens heraf har JanusCentret bedt Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) om at udarbejde en deskriptiv analyse af den samlede klientgruppe. Hensigten har her været at belyse klientgruppens familiebaggrund i forhold til socioøkonomiske faktorer og afdække tidligere klienters nuværende situation vurderet ud fra uddannelse, beskæftigelse, helbred og kriminalitet. Dette er blevet gjort med udgangspunkt i JanusCentrets eget datamateriale samt registerdata fra Danmarks Statistik vedrørende 330 tidligere klienter inddelt i tre forskellige aldersgrupper. Endelig er der blevet inddraget et tilsvarende dataudsnit omhandlende ikke-udsatte børn og unge samt anbragte børn og unge. Dette er blevet gjort for at sikre et relevant sammenligningsgrundlag og hermed sætte klienternes samt deres forældres sociale baggrund i perspektiv i forhold til en udsat gruppe. Samtidig fremlægges det, hvordan det forholder sig blandt ikke-udsatte børn og unge i Danmark. Samlet set er det første gang, at en så omfattende tværnsundersøgelse om børn og unge med seksuelle adfærdsproblemer er gennemført i Norden.

Der vil i det følgende blive præsenteret og gennemgået kernerestater fra rapporten samt reflekteret over, hvordan denne nye viden kan bruges i forhold til indsatsen for børn og unge med seksuelle adfærdsproblemer.

### 9.1 Forældrebaggrund

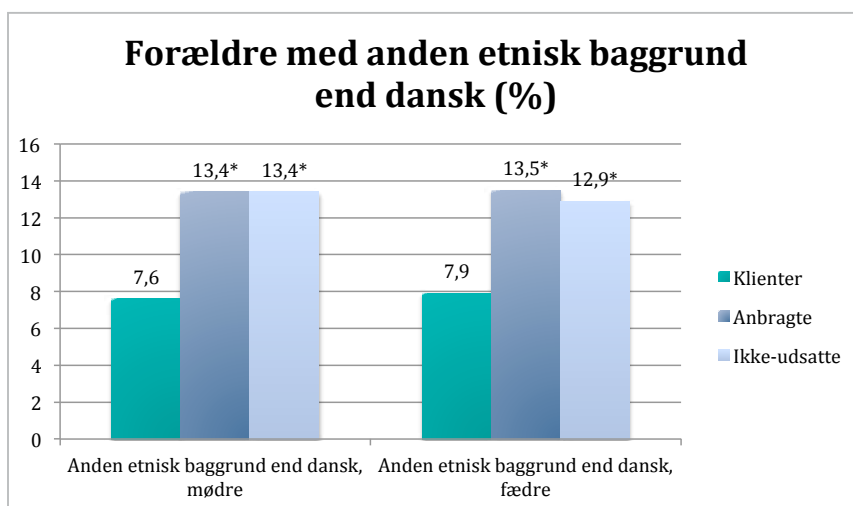
#### 9.1.1 Familieforhold og familiesammensætning

Forældres aktuelle socioøkonomiske situation samt fysiske og psykiske helbred har stor indflydelse på, hvordan børn og unge klarer sig livet igennem. Omsorgssvigt i barndommen og problematiske familieforhold kendetegnet ved psykosociale problemer kan være med til at øge risikoen for, at det enkelte individ mister tilhørsforholdet til fællesskabet (Benjaminsen et al., 2015; Lausten, 2016). En situation, der ofte kendetegner svært udsatte børn og unge.

” Forældres aktuelle socioøkonomiske situation samt fysiske og psykiske helbred har stor indflydelse på, hvordan børn og unge klarer sig livet igennem

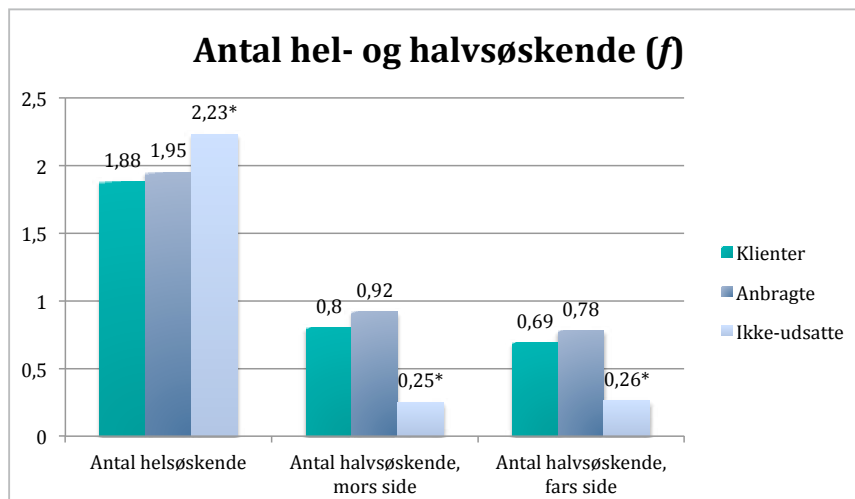
Fælles for størstedelen af analyseresultaterne er, at klienter fra JanusCentret placerer sig mellem de ikke-udsatte børn og de anbragte/tidligere anbragte børn i forhold til en række familieparametre. Inden for kategorierne at "have forældre med anden etnisk herkomst end dansk", "at bo sammen med begge forældre" samt "antal hel- og halvsøskende" er der signifikant forskel enten mellem nogle af grupperne eller samtlige grupper. Færre klienter har forældre med anden etnisk herkomst end dansk (7,9%) sammenlignet med børn, der er eller har været anbragt uden for hjemmet (13,5%) og ikke-udsatte børn (12,9%). Dette er i overensstemmelse med JanusCentrets egne forældredata, som blev præsenteret i foregående afsnit. En lang højere andel af JanusCentrets klienter bor ligeledes sammen med begge sine forældre (15,5%), hvilket ikke gør sig gældende for anbragte børn og unge (3,7%). Dog ses den største forekomst af børn og unge, der bor sammen med begge forældre, blandt de ikke-udsatte (51,3%). Endelig har klienterne fra JanusCentret i gennemsnit et signifikant mindre antal søskende (1,88) sammenlignet med ikke-udsatte børn og unge (2,23). Det modsatte gør sig dog gældende ved antal halvsøskende, hvor klienterne i gennemsnit har flere halvsøskende (0,8) end ikke-udsatte (0,25). Resultaterne er ligeledes illustreret i figur 9.1. og 9.2.

Samlet kan man sammenfatte, at den typiske klient i JanusCentret kommer fra en etnisk dansk familie, der oftest er opløst og med stor forekomst af både søskende og i særdeleshed halvsøskende.



**Figur 9.1:** Procentmæssig fordeling af forældre med anden etnisk baggrund end dansk fordelt på henholdsvis klienter fra JanusCentret, anbragte børn og unge samt blandt ikke-udsatte

\*= Gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for gruppen af klienter ved JanusCentret



**Figur 9.2:** Antal hel- og halvsøskende fordelt på henholdsvis klienter fra JanusCentret, anbragte børn og unge samt blandt ikke-udsatte

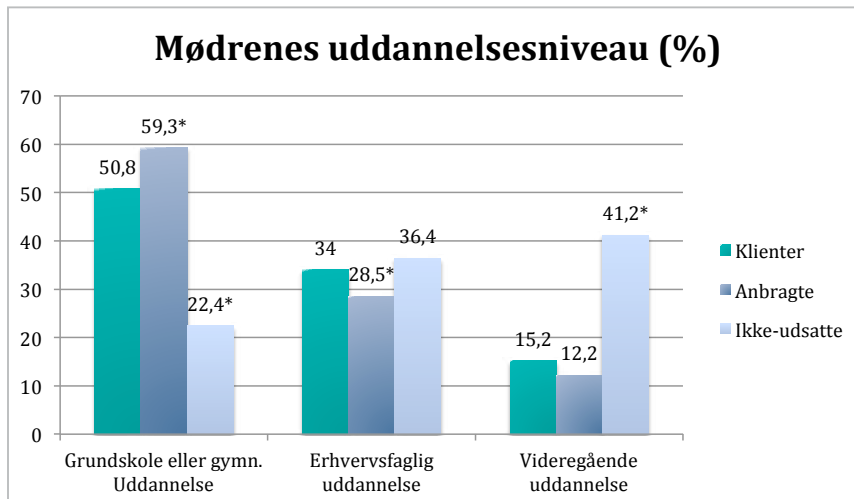
\*= Gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for gruppen af klienter ved JanusCentret

### 9.1.2 Forældrenes uddannelsesniveau

Forældrenes uddannelsesniveau hænger oftest sammen med deres tilknytning til arbejdsmarked og dermed også familiens samlede forsørgelsesgrundlag. Derfor er forældrenes uddannelsesniveau vigtigt for at få indsigt i den familiebaggrund, der kendetegner børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd (Lausten, 2016).

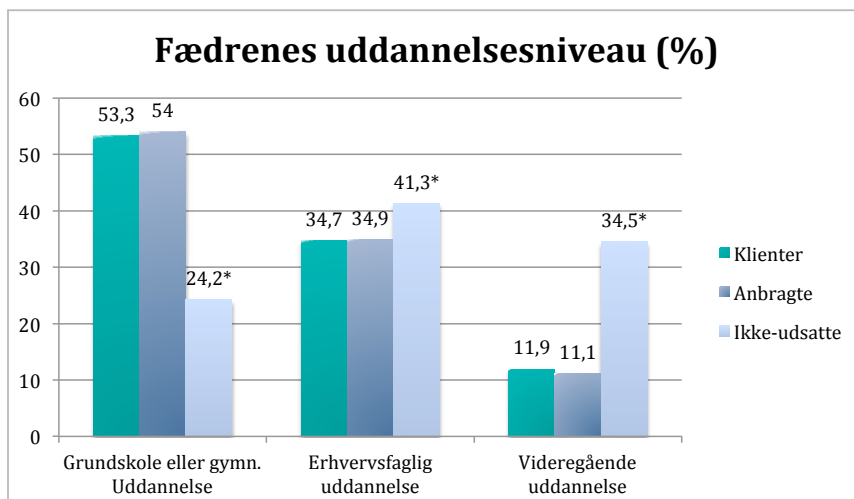
Som det fremgår af figur 9.3, placerer mødre til klienter i JanusCentret sig under gennemsnitsniveauet for højeste gennemførte uddannelse, men dog over mødre til anbragte børn og unge. 50,9% af klienternes mødre har ingen uddannelse udover grundskole eller ungdomsuddannelse, hvilket kun gør sig gældende for 22% af mødre til ikke-udsatte. Derudover har 41,2% af ikke-udsattes mødre en videregående uddannelse, hvilket kun gør sig gældende for 15,2% af klienternes mødre. Disse forskelle er ligeledes statistisk sikre.

” Forældrenes uddannelsesniveau hænger oftest sammen med deres tilknytning til arbejdsmarked og dermed også familiens samlede forsørgelsesgrundlag



**Figur 9.3:** Mødre fordelt efter uddannelsesniveau angivet i procent

\*= Gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for gruppen af klienter ved JanusCentret



**Figur 9.4:** Fædre fordelt efter uddannelsesniveau angivet i procent

\*= Gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for gruppen af klienter ved JanusCentret

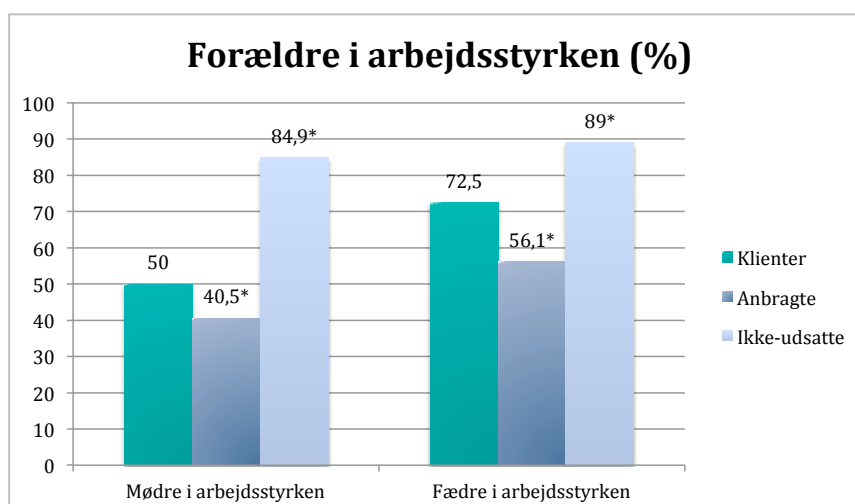
Generelt ligger fædrenes uddannelsesniveau på samme lave niveau som forældre til anbragte børn og unge. Der foreligger ingen signifikante resultater mellem de to grupper. Til gengæld er fædre til klienter i JanusCentret signifikant dårligere uddannet end fædre til ikke-udsatte børn og unge. Over halvdelen har ikke en erhvervskompetencegivende uddannelse (53,3%), mens kun 11,9% har en videregående uddannelse. Til sammenligning har 34,5% af fædre til ikke-udsatte denne type uddannelse. Resultaterne ses ligeledes i figur 9.4.

Der tegner sig derfor et billede af forældre, der har en beskeden uddannelsesbaggrund sammenlignet med forældre til ikke-udsatte børn og unge. Den manglende statistisk sikre forskel mellem forældre til klienter og forældre til anbragte viser endvidere, at JanusCentrets klienter kan komme fra lige så lavt uddannede familier som anbragte børn og unge.

### 9.1.3 Forsørgelsesgrundlag

Forældre til klienterne ved JanusCentret har en anderledes tilknytning til arbejdsmarked end både forældre til de anbragte og forældre til ikke-udsatte. Generelt placerer forældre til klienterne sig mellem forældre til anbragte og forældre til ikke-udsatte inden for parametrene "tilknytning til arbejdsmarkedet", "modtagelse af kontanthjælp" samt "forekomsten af førtidspension". Halvdelen af mødrene til klienterne i JanusCentret er for eksempel tilknyttet arbejdsmarked enten via beskæftigelse eller midlertidig ledighed. En fjerdedel af mødrene er kontanthjælpsmodtagere og 18,5% er førtidspensionister. Dette er modsat de to andre grupper, hvor mødre til anbragte børn og unge i signifikant højere grad er førtidspensionister (31,1%) og mødre til ikke-udsatte hovedsageligt er i arbejdsstyrken (84,9%).

Derudover har fædrene til klienter i JanusCentret i langt højere grad tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette er næsten på samme niveau som fædre til ikke-udsatte. Mere præcist er knap tre ud af fire fædre i arbejdsstyrken, mens 11,7% og 13,1% er henholdsvis førtidspensionister og kontanthjælpsmodtagere. Der er derfor en grundlæggende kønsforskel mellem mænd og kvinder i forhold til beskæftigelse med en generelt højere andel fædre med tilknytning til arbejdsmarkedet sammenlignet med mødre på tværs af de tre forældregrupper. Resultaterne for den procentmæssige fordeling af forældre i arbejdsstyrken er ligeledes at finde i figur 9.5.



**Figur 9.5:** Procentmæssig fordeling af forældre i arbejdsstyrken

\*= Gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for gruppen af klienter ved JanusCentret

Samlet tegner rapporten et billede af en opvækstbaggrund, hvor klienternes fædre i mange tilfælde har et fast arbejde og dermed et økonomisk forsørgelsesgrundlag. Anderledes forholder det sig for klienternes mødre, der i højere grad står uden for arbejdsmarkedet, men dog ikke i lige så høj grad som blandt mødre til anbragte børn og unge.

#### 9.1.4 Forældrenes fysiske og psykiske helbred

Forskning peger på, at forældres sygdomshistorie er en essentiel risikofaktor, der påvirker hele familiens trivsel og barnets udvikling gennem barndommen (Berg-Nielsen et al., 2002). Både fysisk og psykisk sygdom hos forældrene må derfor ses som betydningsfulde faktorer i forståelsen af JanusCentrets klienters familiebaggrund.

Som udgangspunkt ses der en generelle større forekomst af sygelighed blandt forældre til klienter i JanusCentret sammenlignet med forældre til ikke-udsatte. Dette er illustreret ved en statistisk sikker større forekomst af indlæggelser inden for de seneste fem år for mødre (49,9%) og fædre (33,3%) til klienter sammenlignet med mødre (39,5%) og fædre (23%) til ikke-udsatte. Samme tendens ses også i forbindelse med forekomsten af psykiatriske diagnoser. Tæt på hver tredje mor til både klienter ved JanusCentret (29,7%) og til anbragte børn og unge (35,7%) har mindst en psykiatrisk diagnose. Til sammenligning har lidt under hver tiende mor til ikke-udsatte en psykiatrisk diagnose. Blandt fædre ses en lignende tendens, da hver fjerde far til klienter hos JanusCentret (25,5%) har en psykiatrisk diagnose, og kun 7,1% af fædre til ikke-udsatte oplever lignede problemer. Der ses ligeledes en stor forekomst af flere sameksisterende diagnoser også kaldet psykiatrisk komorbiditet på tværs af de tre forældregrupper. Der forekommer i gennemsnit 4,6 forskellige diagnoser blandt mødre til klienter og 5,2 diagnoser blandt fædre til klienter.

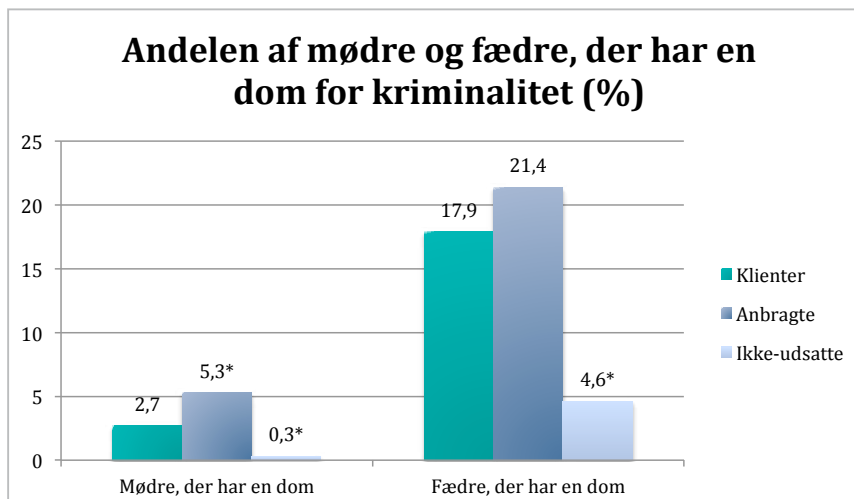
Analyserne peger derfor på, at mange forældre til klienterne i JanusCentret er svært psykisk udfordrede sammenlignet med forældre til ikke-udsatte. Derudover peger den store forekomst af flere forskellige diagnoser på meget brede vanskeligheder, der må betegnes som komplekse og alsidige. Dette kan i praksis betyde, at forældrene kan være begrænsede i deres forældrekompetence inden for en række områder, der alt i alt vil påvirke deres daglige interaktion med deres barn og udfordre deres evne til at varetage omsorgsopgaven.

#### 9.1.5 Misbrug og kriminalitet

Rapporten peger på, at der er signifikant flere forældre til klienter hos JanusCentret, der er i behandling for en eller anden form for misbrug (3,2%/4,5%) sammenlignet med mødre og fædre til ikke-udsatte børn og unge (0,3%/0,9%). Der er dog samtidig signifikant flere mødre til anbragte børn og unge, der er i misbrugsbehandling (7%). Også her placerer forældre til klienter hos JanusCentret sig mellem to yderpoler. Det er dog vigtigt at notere, at dataregistreringen tager udgangspunkt i forældre officielt registreret til at indgå i misbrugsbehandling. Der er derfor risiko for forekomsten af mørketal, da en række forældre kan fortsætte deres misbrug uden at opsøge hjælp.

” Analyserne peger derfor på, at mange forældre til klienterne i JanusCentret er svært psykisk udfordrede sammenlignet med forældre til ikke-udsatte.





**Figur 9.6:** Procentmæssig andel af mødre og fædre, der har en dom for kriminalitet særskilt for de tre grupper

\*= Gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for gruppen af klienter ved JanusCentret

Som det kan ses af figur 9.6 er mænd generelt mere kriminelle end kvinder. Færre mødre til klienter i JanusCentret har begået kriminalitet (2,7%) end mødre til anbragte børn og unge (5,3%), men dog flere end mødre til ikke-udsatte (0,3%). Modsat peger resultaterne på, at hvis en mor til en klient i JanusCentret har modtaget en dom, har hun i gennemsnit modtaget 5,2 domme. Dette er signifikant flere end både mødre til anbragte børn og unge (2,2) og mødre til ikke-udsatte (1,4). Denne samme tendens gør sig også gældende for fædre. Her er det vigtigt at understrege, at resultaterne udelukkende afdækker forekomsten af modtaget domme og ikke den kriminelle adfærds omfang eller alvorlighed.

En række klienter vokser derfor op under familieforhold kendetegnet ved misbrug og kriminalitet. Forskning viser, at børn af misbrugere er i højere risiko for selv at udvikle misbrug (Rossow et al., 2016) og udviser flere adfærdsrelaterede og emotionelle problemer. Dette skyldes ofte en række medierende faktorer, der knytter sig til misbruget som for eksempel øget risiko for omsorgssvigt og overgreb i familiemiljøet (Phillips et al., 2009). Endelig kan kriminalitet medvirke til opløsning af familien gennem den ene eller begge forældres fængsling samt på kort eller længere sigt mindske familiens forsørgelsesgrundlag og hermed skabe økonomisk usikkerhed i barnet opvækst (Phillips et al., 2009).

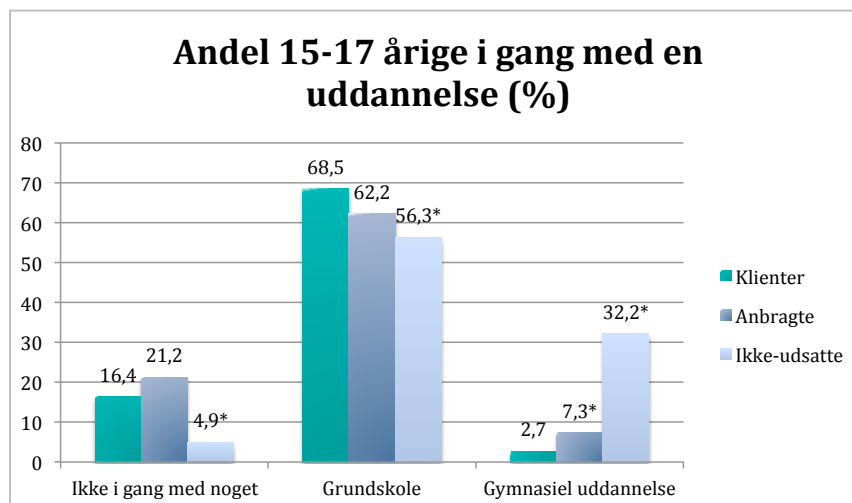
### 9.1.6 Anbringelse

Rapporten peger på, at forældre til klienter i JanusCentret på samme niveau som forældre til anbragte børn og unge selv har været anbragt som barn. Denne tendens gælder for både mødre og fædre, dog med en større udbredelse blandt klientens mor (23,2%) end klientens far (18,2%). Som tidligere beskrevet i nærværende rapport, kan anbringelse uden for hjemmet påvirke dannelsen af sikkert tilknytningsmønster (Garcia Quiroga & Hamilton-Giachritsis, 2016), hvilket må forventes at kunne have indflydelse på forældrenes evne til at indgå i en tæt tilknytningsrelation med deres barn. Det kan derfor tænkes, at forældrenes egen anbringelsehistorie har betydning for klienternes relationelle opvækstvilkår.

## 9.2 Hvordan går det de unge i dag?

### 9.2.1 Uddannelse

Opnåelse af erhvervskompetence gennem uddannelse er vigtig for, at barnet eller den unge efterfølgende kan etablere sig selv på arbejdsmarkedet og skabe sig et selvstændigt forsørgelsesgrundlag (Lausten, 2016). Derudover peger en større undersøgelse på, at en vellykket skolegang fungerer som en beskyttende faktor for blandt andet fysisk vold og seksuelle overgreb (Oldrup et al., 2016). Dataanalyserne peger dog på, at klienter fra JanusCentret generelt placerer sig ugunstigt i forhold til andre børn og unge inden for uddannelse. Resultaterne viser, at blandt unge i alderen 15-17 år er flere klienter og anbragte/tidligere anbragte unge mere tilbøjelige til ikke at være i gang med en uddannelse (henholdsvis 16,4% og 21,2%) sammenlignet med ikke-udsatte unge (4,9%). Endvidere har langt flere ikke-udsatte (32,2%), men også anbragte unge (7,3%) større sandsynlighed for at have påbegyndt en gymnasial ungdomsuddannelse sammenlignet med klienter fra JanusCentret (2,7%). JanusCentrets klienter er derfor den af de tre grupper, der har mindst sandsynlighed for at påbegynde en boglig uddannelse. Resultaterne ses også i figur 9.7.

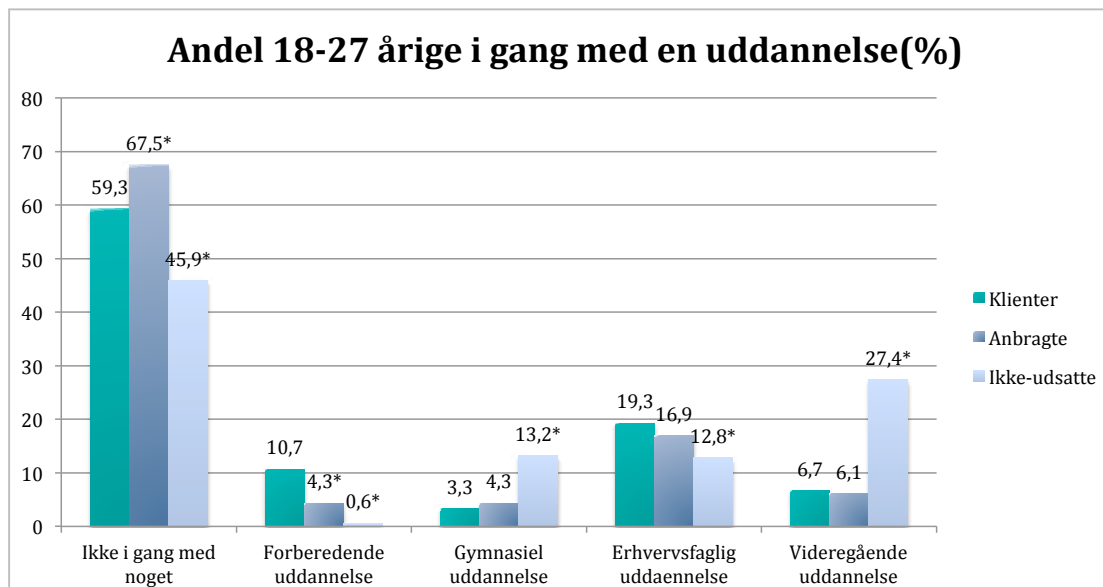


**Figur 9.7:** Procentmæssig andel af 15-17-årige i gang med en uddannelse

\*= Gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for gruppen af klienter ved JanusCentret

Samme tendens forekommer endnu tydeligere i analyserne af de 18-27-årige. Her bliver skellet mellem klienter og anbragte på den ene side og ikke-udsatte på den anden side større. Som det ses i figur 9.8, er mere end halvdelen af de unge klienter (59,3%) og anbragte unge (67,5%) ikke i gang med en uddannelse, hvor dette kun gør sig gældende for 46% af de ikke-udsatte unge. Klienterne er i særdeleshed repræsenteret blandt forberedende uddannelser (10,7%) og erhvervsfaglige uddannelser (19,3%), mens de ikke-udsatte i højere grad vælger gymnasiale uddannelser (13,2%) og videregående uddannelser (27,4%). Her er klienterne stærk underrepræsenteret og på samme niveau som tidligere anbragte unge.

Den generelle høje forekomst af unge uden igangværende uddannelse på tværs af grupperne kan dog skyldes gruppens store aldersmæssige spændingsvidde, der medfører, at unge mellem ungdomsuddannelser og videregående uddannelser samt unge, der eventuelt har afsluttet sin uddannelse, vil fremstå som ikke-aktive studerende. Det er derfor også relevant at forholde sig til højest gennemførte uddannelse.

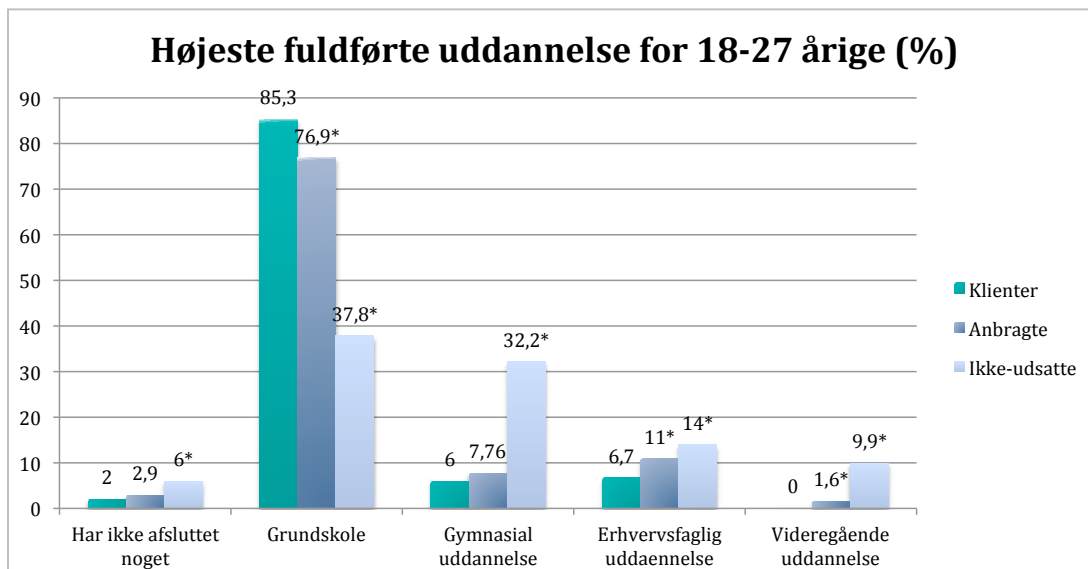


**Figur 9.8:** Procentmæssig andel af 18-27 årige i gang med en uddannelse

\*= Gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for gruppen af klienter ved JanusCentret

Som det er illustreret i figur 9.9, adskiller både de tidligere anbragte unge og de ikke-udsatte sig fra gruppen af klienter i forhold til at have afsluttet en uddannelse over grundskoleniveau. 85,3% af klienterne har udelukkende kompetencer fra grundskolen, hvor dette kun gør sig gældende for 76,9% af de tidligere anbragte unge og 37,8% af de ikke-udsatte. Forskellen mellem de tre grupper er ligeledes statistisk signifikant. Derudover har kun 6% af klienterne en gymnasial uddannelse, hvilket er en mindre procentdel både blandt de ikke-udsatte unge (32,19%) og de tidligere anbragte (7,8%). Endelig har ingen af klienterne gennemført en videregående uddannelse som den eneste af de tre grupper. Som ved ovenstående kan også dette resultat anses som statistisk sikker.

Analyserne peger derfor på, at klienter fra JanusCentret falder bagud i forhold til uddannelse sammenlignet med ikke-udsatte unge og tidligere anbragte unge, der på trods af svære udfordringer klarer sig bedre på uddannelsesområdet end klienterne. Mere end tre ud af fire klienter får ikke gennemført en uddannelse over folkeskoleniveau, og de, der gør, vælger oftest en kortere forberedende uddannelse eller en erhvervsfaglig uddannelse. Endelig er der ingen af klienterne, der gennemfører en boglig videregående uddannelse. En mulig forklaring herpå kan findes i næste afsnit, der beskriver forekomsten af fysiske og psykiske helbredsproblemer i undersøgelsesudvalget.



**Figur 9.9:** Procentmæssig fordeling af højest fuldførte uddannelse blandt 18-27-årige

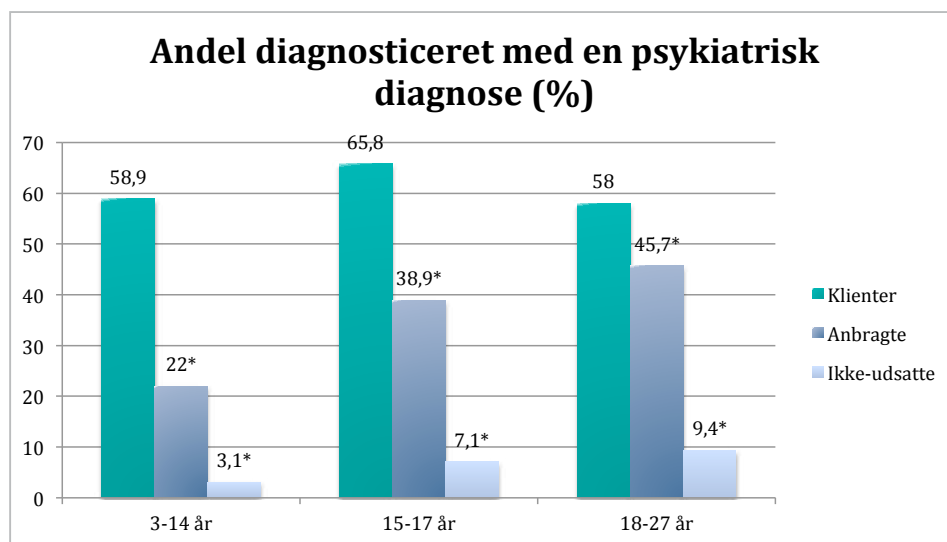
\*= Gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for gruppen af klienter ved JanusCentret

### 9.2.2 Fysisk og psykisk helbred

Omkring hvert tredje barn i alderen 3-14 år har været indlagt på et somatisk hospital inden for de seneste 5 år. Her er der ingen forskel grupperne i mellem. I alderen 15-17-årige forholder det sig dog anderledes, da kun 18,6% af ikke-udsatte unge inden for denne periode har været indlagt, hvilket adskiller sig fra både klienter (30%) og anbragte unge (34,2%). I alderen 18-27-årige er det dog særligt anbragte unge, der adskiller sig ved at have en overrepræsentation af indlæggelser inden for de seneste fem år (45,7%). I denne aldersgruppe har klienter ligeledes næsten dobbelt så mange besøg på skadestuen (3,5%) end ikke-udsatte unge (1,8%). Bortset herfra er der ingen signifikante forskelle grupperne imellem inden for det somatiske område.

En vigtig forskel ses inden for forekomsten af psykiatriske diagnoser, hvor klienter fra JanusCentret er stærkt overrepræsenteret på tværs af aldersgrupper og i forhold til både ikke-udsatte, men også anbragte/tidligere anbragte børn og unge. Uanset aldersgruppe har langt over halvdelen af klienter fra JanusCentret fået en psykiatrisk diagnose ved udgangen af 2013. Dette er signifikant højere end de øvrige to grupper. Forskellen er dog størst i 3-14 års alderen, hvor 58,9% af klienterne er diagnosticeret med mindst én psykiatrisk diagnose, hvilket kun gør sig gældende for 22% af de anbragte børn og 3,1% af de ikke-udsatte børn. For gruppen af anbragte og gruppen af ikke-udsatte er der en udvikling over alder i andelen, der har mindst én psykiatrisk diagnose. Denne udvikling ses ikke blandt klienterne. For klienternes vedkommende gælder det, at omtrent 60% har en diagnose uanset alder. Endvidere har klienter i 3-14 års alderen med psykiatriske vanskeligheder et større antal sameksisterende diagnoser (2,87) sammenlignet med både ikke-udsatte (2) og anbragte børn i samme aldersgruppe (2,4).

Klienterne er derfor svært psykiatrisk udfordrede gennem hele deres barndom og ungdom, hvilket må forventes at have betydning for klienternes skolegang, men også deres generelle trivsel. Det store antal forskellige diagnoser indikerer ligeledes både omfattende, men også komplekse vanskeligheder, der kan forekomme yderst behandlingskrævende og invaliderende for klienten. Endelig er det værd at bemærke, at en markant andel af klienterne diagnosticeres allerede fra en meget tidlig alder, hvilket kan skyldes tidlig opsporing, men også forekomst af mere gennemgribende diagnoser såsom udviklingsforstyrrelser. Yderligere forskelle mellem grupperne er illustreret i figur 9.10.



**Figur 9.10:** Andel diagnosticeret med en psykiatrisk diagnose angivet i procent opdelt for aldersgrupper

\*= Gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for gruppen af klienter ved JanusCentret

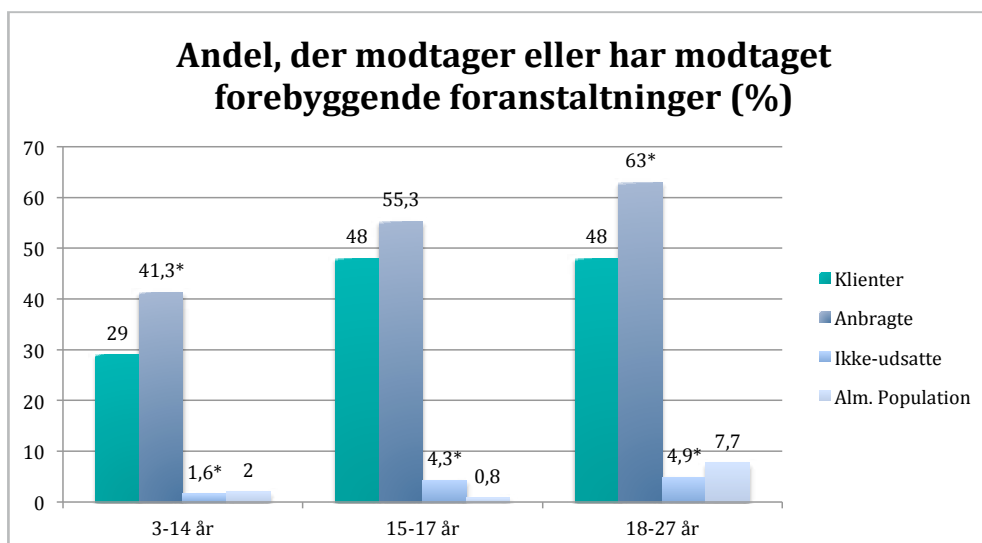
### 9.2.3 Misbrug og kriminalitet

Som det ligeledes er blevet dokumenteret af SFI, er forældre til klienter oftere i misbrugsbehandling og har oftere begået en strafbar handling sammenlignet med forældre til ikke-udsatte. Analyserne viser, at 4% klienter, 8,5% tidligere anbragte unge og 0,9% af ikke-udsatte unge i alderen 18-27 år er registreret i misbrugsbehandling. De udsatte unge er derfor på samme måde som deres forældre overrepræsenteret i misbrugsbehandling. Det samme gør sig gældende i forhold til kriminalitet, da knap 11% af de tidligere anbragte 18-27-årige og 4,7% af klienterne fra JanusCentret i samme aldersgruppe er dømt for en lovovertrædelse. Det samme gælder kun for 1% af de ikke-udsatte unge.

### 9.2.4 Anbringelse og forebyggende foranstaltninger

Størstedelen af klienterne i JanusCentret må betragtes som svært belastede både set ud fra deres familiebaggrund, opvækstvilkår samt egne psykiske udfordringer. Forekomsten af anbringelser uden for hjemmet og kommunalt iværksatte forebyggende foranstaltninger er derfor som forventet udbredt blandt den samlede klientgruppe. Ud fra målingen den 31. december 2013 er eller har 37,4% af alle klienter i alderen 3-14 år været anbragt uden for hjemmet. Det samme gør sig gældende for 56% af de 15-17-årige klienter og 67,3% af de 18-27-årige. Til sammenligning gælder det, at 1% af den samlede population af 13-14-årige er eller har været anbragt uden for hjemmet, mens 3% af 15-17-årige og knap 5% af den samlede population af 18-27-årige har været anbragt.

JanusCentret klienter er derfor stærkt overrepræsenterede blandt anbragte børn og unge, hvilket er i god overensstemmelse med resultater præsenteret i nærværende rapport og tidligere statusrapporter. Samme tendens gør sig gældende i forhold til kommunalt forebyggende foranstaltninger i hjemmet. Her har 29% af de 3-14-årige samt 48% af de 15-17-årige og 18-27-årige klienter modtaget en eller anden form for støtte i hjemmet på et tidspunkt i deres barn- og ungdom. Til sammenligning er det henholdsvis kun 2% (3-14-årige), 5,8% (15-17-årige) samt 7,7% (18-27-årige) af normalbefolkningen, der modtager sådan en form for hjælp i deres opvækst. Fordelingen kan også ses i figur 9.11. Samlet indikerer den høje forekomst af forebyggende foranstaltninger, at klienterne allerede forud for visitation til JanusCentret var udpeget af kommunerne som potentielt udsatte børn og unge med behov for ekstra støtte.

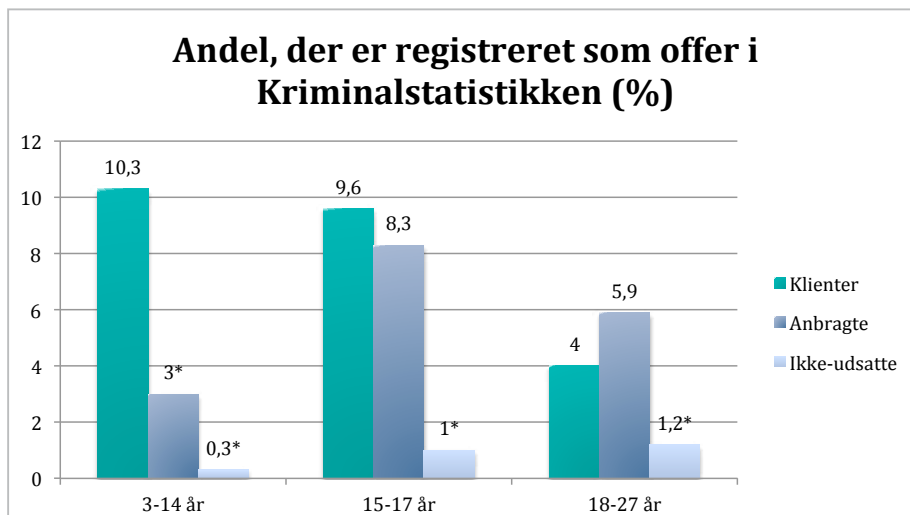


**Figur 9.11:** Illustration af procentmæssig andel der modtager eller har modtaget forebyggende foranstaltninger.

\*= Gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for gruppen af klienter ved JanusCentret

### 9.2.5 Ofre og den krænkende part

Som den sidste analyse har SFI undersøgt JanusCentrets klienters repræsentation i Danmarks Statistiks register over ofre for kriminelle handlinger i perioden 2001-2013. Der er her taget udgangspunkt i udbredelsen af seksualforbrydelser begået mod børn og unge tilknyttet de tre undersøgelsesgrupper. Som figur 9.12 viser, er klienter fra JanusCentret stærkt seksuelt viktimiserede sammenlignet med både anbragte børn og unge samt ikke-udsatte. Dette gør sig især gældende i aldersgruppen 3-14 år, hvor klienterne signifikant adskiller sig fra de to andre grupper i forhold til den procentmæssige andel, der har været offer for en seksualforbrydelse. Analyserne viser, at 10,3% af klienter i alderen 3-14 år har været offer for en registreret seksualforbrydelse, hvilket er væsentligt højere end blandt anbragte (3%) og ikke-udsatte børn (0,3%). Samme tendens gør sig gældende i alderen 15-17 år, dog er forskellene i aldersgrupperne 15-17 år og 18-27 år ikke statistisk sikre og kan derfor være et udtryk for tilfældighed. Det er dog værd at notere sig, at der her er tale om registrerede seksualforbrydelser, og at der derfor må forventes et vis mørketal. Dette skyldes, at ikke alle seksuelle overgreb begået mod børn bliver afsløret eller anmeldt. Forekomsten af seksuel viktimisering er derfor sandsynligvis højere på tværs af de tre grupper og de tre aldersgrupper.



**Figur 9.12:** Illustration af procentmæssig andel der er registreret som offer i Kriminalstatistikken fordelt på tre aldersgrupper

\*= Gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for gruppen af klienter ved JanusCentret

Der er ligeledes blevet gennemført analyser vedrørende registrerede domme i sager om seksualforbrydelser i Kriminalstatistikken. Dette er blevet gjort på tværs af de tre grupper, men kun blandt de to ældste aldersgrupper, da børn og unge i alderen 3-14 år er under den kriminelle lavalder og derfor ikke kan være registreret blandt domsafgørelser. Dataresultaterne afspejler, hvorvidt klienterne er registreret i Kriminalstatistikken for seksualforbrydelser og ikke i hvilke sammenhænge eller hvornår, overgrebene er fundet sted. Det samlede klientantal blandt de 15-27-årige med registrering i Kriminalstatistikken er endvidere så småt (under 20), at det af hensyn til anonymisering af undersøgelsesdeltagerne ikke er muligt at specificere, hvorvidt domsafgørelserne er faldet forud for eller efter klienterne har modtaget udredning og/eller behandling i JanusCentret. Resultaterne giver derfor ikke et validt indtryk af risikoen for recidiv adfærd blandt klienterne. Eksisterende forskning peger på, at størstedelen af børn og unge med seksuelt krænkende adfærd ikke begår krænkelse igen og at den samlede risiko for recidiv adfærd ligger på 7,6 %, hvilket er betydeligt lavere end voksne, der har begået seksualforbrydelser (Friedrich, 2007). En fremtidig undersøgelse med et større deltagerudvalg vil kunne kaste lys over forekomsten af mulig recidiv adfærd blandt JanusCentrets klienter.

” Eksisterende forskning peger på, at størstedelen af børn og unge med seksuelt krænkende adfærd ikke begår krænkelse igen

### 9.3 Sammenfatning

Sammenfattende kan man konkludere, at rapporten tegner et billede af JanusCentrets klienter som en svært udsat målgruppe. I forhold til familiebaggrund placerer klienterne sig mellem to yderpoler, da begge forældres uddannelses- og beskæftigelsesniveau samt psykiske helbred ligger signifikant under forældre til ikke-udsatte, men over forældre til anbragte børn og unge. Der er dog en række områder, hvor forældrene til klienterne har lige så ugunstige vilkår, som det ses blandt forældre til anbragte. Her kan fremhæves forældrenes egen anbringelsesbaggrund samt misbrugsproblemer og psykiatriske diagnoser blandt fædre. JanusCentrets klienter kommer derfor fra belastede opvækstvilkår, der på mange måder kan sammenlignes med forholdene blandt de mest udsatte befolkningsgrupper i Danmark.

Som en mulig konsekvens af uhensigtsmæssige opvækstbetingelser er der mange tidligere klienter, der ikke klarer sig godt i deres voksenliv målt ud fra parametrene uddannelse, kriminalitet og psykisk sygdom. Sammenlagt udviser de samme udsathed som deres forældre, og resultaterne tyder på, at de ikke får tilstrækkelig støtte til at bryde den negative sociale arv. Det fremstår særligt markant, at klienter fra JanusCentret i signifikant højere grad lider under psykiatriske diagnoser og i mange tilfælde flere sameksisterende psykiatriske vanskeligheder sammenlignet med både tidligere anbragte og ikke-udsatte børn og unge. Endvidere har en meget stor andel af klienter i alderen 3-14 år diagnosticerede psykiske problemer. Klienterne er derfor i højere grad end de to andre grupper væsentligt tidligere diagnosticeret og psykisk plaget af deres ofte komplekse symptomer. De udtalte psykiatriske vanskeligheder kan muligvis være en forklaring på, hvorfor klienterne ligeledes placerer sig uheldigt i forhold til uddannelse. Som udgangspunkt har klienterne vanskeligt ved at fastholde og gennemføre en uddannelse, og næsten ni ud af ti klienter har udelukkende grundskolen som højeste fuldførte uddannelse. Endvidere formår signifikant færre klienter at påbegynde en boglig uddannelse og ingen af klienterne i deltagerudvalget har gennemført en videregående uddannelse. Til sammenligning har næsten 2 % af tidligere anbragte unge en videregående uddannelse. I forhold til registrering i forbindelse med seksualforbrydelser er klienterne ved JanusCentret mere udsat end både gruppen af anbragte og ikke-udsatte. Klienterne har i højere grad været ofre for seksualforbrydelser. Forekomsten af klienter, der har været udsat for dømte seksualforbrydelser, er størst blandt de 3-14-årige, hvor 10,3% er registreret som ofre.

Samlet peger rapporten på, at JanusCentrets klienter har brug for omfattende støtte og vejledning, så de på samme vis som deres ikke-udsatte jævnaldrende kan blive velfungerende og få etableret et voksenliv kendetegnet ved psykisk trivsel.



” Som en mulig konsekvens af uhensigtsmæssige opvækstbetingelser er der mange tidligere klienter, der ikke klarer sig godt i deres voksenliv målt ud fra parametrene uddannelse, kriminalitet og psykisk sygdom.



## 10. Erfaringsevaluering af ”Børn, der krænker andre børn”

I forbindelse med en evaluering af satspuljeprojektet ”Børn, der krænker andre børn”, har Socialstyrelsen bedt KORA om at udfærdige en erfaringsopsamling af den landsdækkende indsats for udredning og behandling af børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd. Dette inkluderer JanusCentret samt Projekt JUNO og Projekt SEBA i henholdsvis Århus og Aalborg. Evalueringsprojektet har indgået som del af den samlede indsats knyttet til Overgrebspakken, der har til formål at beskytte børn og unge mod overgreb. Projektet har kørt fra oktober 2013 og blev afsluttet i slutningen af 2016.

I dette afsnit vil der sættes fokus på hovedpointerne fra KORAs rapport samt dertilhørende undersøgelsesresultater og opmærksomhedspunkter fra Ankestyrelsen. Rapporten bygger på et meget bredt datagrundlag bestående af interviews af medarbejdere på behandlingsstederne og i kommunerne, spørgeskemaundersøgelser, registerdata og sagsakter fra behandlingsstederne samt kommunerne selv. Hovedformålet har været at beskrive målgruppen, behandlingsstedernes udredninger og behandlinger, samarbejde med landets kommuner samt kommunernes generelle sagshåndtering i forbindelse med børn og unge med seksuelle adfærdsproblemer. Endelig er behandlingsstedernes status i forhold til forankring og selvfinansiering ligeledes blevet undersøgt. Rapportens hovedpointer vil her blive gennemgået kronologisk.

### 10.1 Evaluering af klientgruppen

Evalueringen af klientgruppen tager udgangspunkt i 87 afsluttede klientsager fra perioden oktober 2013 til slutningen af 2016. Rapporten peger på, at langt størstedelen af klienterne er drenge og af dansk nationalitet. Derudover er der en ligelig fordeling mellem klienter i alderen 5-12 år og 13-17 år på tværs af de tre behandlingssteder. Klientgruppen fremstår svært socialt udsat. Med udgangspunkt i ugunstige baggrundskarakteristika herunder traumeoplevelser, psykiatriske diagnoser og lav IQ viser rapporten, at alle klienter har mindst én af disse karakteristika. Derudover viser analyserne blandt andet, at 85 % har været ofre for passivt omsorgssvigt, 60 % har en diagnose, 51 % har været udsat for fysisk vold, og endelig har 67 % andre former for sociale problemer herunder skolefravær, mobning eller misbrug. Dette billede af en meget belastet gruppe børn og unge er i høj overensstemmelse med JanusCentrets kliniske erfaringer og egne statistiske opgørelser.

Klientgruppen kan opdeles i henholdsvis børn og unge med krænkende adfærd og seksuelt bekymrende adfærd. Rapporten finder ingen store forskelle på de to gruppers baggrundskarakteristika. På trods heraf er der ifølge rapporten formentlig en større andel børn og unge med krænkende adfærd hos de tre behandlingssteder, end der er i målgruppen som helhed. Dette skyldes, at rapporten med udgangspunkt i en spørgeskemaundersøgelse blandt kommunernes myndighedsafdelinger viser, at 43 % af de i alt 66 adspurgte kommuner har brugt et af de tre centre i forbindelse med udredning. Modsat har i alt 80 % af kommunerne i stedet enten brugt VISO eller andre kommunale tilbud. Undersøgelsen tyder på, at nogle kommuner i højere grad bruger de tre behandlingstilbud i sager, hvor der er tale om en tydelig krænkelse og stærkt alvorlige overgrebssager. Det kan derfor forventes, at andelen af klienter hos behandlingstilbuddene med en krænkende adfærd formentlig er højere end forekomsten af klienter udelukkende med seksuelt bekymrende adfærd.

## 10.2 Udredning og behandling

Fælles for alle tre behandlingssteder er ifølge rapporten en overvægt af udredningssager uden efterfølgende behandling. Behandlingsforløb er dog mere hyppigt blandt klienter med krænkende adfærd end klienter udelukkende med seksuelt bekymrende adfærd. Dette er understøttet af, at ca. en tredjedel af klienter, der har krænket andre, har modtaget en behandlingsindsats. Til sammenligning har knap 20 % af børn og unge med udelukkende seksuelt bekymrende adfærd modtaget et lignende tilbud. Generelt er der ellers kun få forskelle mellem klienter, der modtager og ikke modtager behandling.

Behandlingsstederne tilbyder alle en dybdegående udredning, som indeholder forskellige psykologiske test, kliniske interviews, anamneseindsamling samt en risikovurdering i forhold til fremtidig krænkende adfærd. Der er dog forskelle i antal medarbejdere involveret i det enkelte udredningsforløb samt brugen af tidligere undersøgelser af pågældende klient. For eksempel anvender Janus-Centret ikke tidligere testresultater, hvis de er mere end 1,5 år gamle.

Alle tre behandlingssteder udarbejder efter endt udredning en testrapport og en erklæring med anbefalinger til kommunen. Anbefalingerne kan rette sig både mod specifik overgrebsfokuseret behandling og/eller andre problematikker i barnets eller den unges liv. Dette kan for eksempel indebære netværksforløb, anbefaling af skærpet opsyn eller særlig støtte til klienten i interaktion med andre børn og unge. Endelig kan der anbefales særlig støtte til forældrene.

Med udgangspunkt i en spørgeskemaundersøgelse udført af 16 medarbejdere på de tre behandlingssteder, peger rapporten på, at de fleste medarbejdere oplever, at kommunerne i nogen grad følger anbefalingerne. Det er dog medarbejdernes opfattelse, at kommunerne i højere grad prioriterer overgrebsfokuseret behandling end anbefalinger om andre typer behandlings- eller indsatsformer. Disse kunne være rettet mod andre elementer i barnet eller den unges liv som for eksempel social færdighedstræning eller traumebehandling. Endelig fremhæver medarbejderne, at en lav risikovurdering i forhold til, om barnet eller den unge vil krænke andre fremadrettet, kan betyde mindre vilje til at igangsætte sociale indsatser i kommunerne. Det er derfor medarbejdernes opfattelse, at lav risiko for recidiv adfærd mindsker barnets muligheder for at modtage de sociale indsatser, som det anbefales i behandlingsstedernes rapport.

Ifølge en spørgeskemaundersøgelse blandt kommunerne selv udføres der dog en række instanser efter endt udredning; 81 % har iværksat foranstaltninger efter § 52 i serviceloven, 67 % har udarbejdet handleplaner, 50 % har haft fokus på inddragelse af netværk, 20 % har iværksat en indsats efter § 11 i serviceloven og 9 % har brugt andre udredningstilbud. Endelig har 15 % lukket sagen efter udredningsforløbet. Blandt de klienter, der tilbydes behandling, modtager næsten 70 % endvidere individuel terapi. Der er desuden i 25 % af sagerne tilbudt netværksforløb. Endelig kan disse behandlinger suppleres med eventuelle forældre- eller familiesamtaler og mediation. 74 % af kommunerne iværksætter efter endt behandling foranstaltninger efter servicelovens § 52. Herudover reviderer 67 % eksisterende handleplaner og følger løbende op på sagen. 22 % har lukket en sag efter endt behandling.

Samlet kan man sige, at rapporten peger på en uoverensstemmelse mellem medarbejdernes på behandlingsstederne og kommunernes opfattelse af sagshåndtering efter endt udrednings- og behandlingsforløb.

### 10.3 Kommunernes kendskab til og samarbejde med de tre behandlingssteder

Grundlæggende viser erfaringsopsamlingsrapporten, at kendskabet til de tre behandlingssteder er stort. 64 ud af de adspurgte 65 kommuner kender til mindst et af stederne. Det største kendskab ses dog i forhold til JanusCentret, som er kendt af 88% af kommunerne. På trods af det brede kendskab til stederne er det få kommuner, der har indsigt i de ydelser, der tilbydes. Dette gør sig særligt gældende for behandlingstilbuddene. Det oplyser de 16 medarbejdere, der har medvirket i undersøgelsen. Kendskabet til udredning- og rådgivningsforløb vurderes dog at være større.

Behandlingsstedernes telefoniske rådgivning er meget brugt. Dette ses ved, at 77 % af de adspurgte kommuner har brugt mindst et af de tre behandlingssteder i forbindelse med telefonrådgivning. Nogle af kommunerne har ligeledes henvendt sig gentagne gange telefonisk. Spørgeskemaundersøgelsen blandt kommunerne viser, at der er tilfredshed med rådgivning. JanusCentret er det behandlingssted, der er blevet anvendt af flest kommuner. Mere præcist har 60 % af kommunerne fået rådgivning heraf, hvoraf 93 % har været tilfredse eller meget tilfredse. Kun to kommuner har erklæret sig hverken tilfredse eller utilfredse.

I forhold til udredning har 28 kommuner i perioden fra 2014 til og med 2015 angivet, at de har visiteret til udredning på et eller flere af de tre behandlingssteder. Også her rapporteres der generel stor tilfredshed. 16 af de i alt 18 kommuner, der har visiteret til udredning på JanusCentret, har været meget tilfredse eller tilfredse med kvaliteten af udredningen. Der er her kun tale om to kommuner, der ikke har været tilfredse med udredningsforløbet. De fremhæver, at der er for stort fokus på at skærme barnet for at begå nye overgreb i forhold til ønsket om at arbejde med barnets sociale relationer til andre børn. Derudover var de to mindre tilfredse kommuner enige om, at deres viden om barnet ikke kom i spil i samarbejdet med behandlingsstedet.

I samme tidsperiode har 26 kommuner (40%) angivet, at de har visiteret til behandling på et af de landsdækkende behandlingssteder. Også her er der generel tilfredshed med kvaliteten af behandlingsindsatsen på tværs af de tre steder. Igen har de fleste kommuner benyttet sig af JanusCentret, hvor 17 ud af 18 kommuner har været tilfredse eller meget tilfredse.



Som udgangspunkt peger rapporten på, at en række kommuner har svært ved at give svar på, om de tre behandlingssteder tilbyder den rådgivning, udredning og behandling, som de har brug for. Størstedelen af kommunerne oplever dog i høj eller nogen grad (50-73%), at tilbuddene stemmer overens med deres behov. 24 % af kommunerne har dog svaret, at de har behov for yderligere tilbud til målgruppen. Kommunernes specifikke ønsker til yderligere specialtilbud er illustreret i boks 1.

### Boks 1: De tilbud, der efterspørges, er:

#### Behandling og udredning

- Behandling og udredning med større geografisk spredning. Her tænkes der særligt på kommuner i Region Syddanmark
- Tilbud uden ventetid
- Tilbud målrettet udviklingshæmmede børn og unge
- Tilbud tilpasset børn med lav begavelse
- Familiefokuserede tilbud der ligeledes kan foregå hjemme hos familierne selv
- Tilbud, der håndterer både den krænkende adfærd, men også andre problematikker vedrørende barnet
- Billigere tilbud

#### Vejledning

- Tilbud om supervision af myndighedsrådgivere
- Målrettede tilbud om rådgivning til professionelle
- Rådgivning af lokalsamfundet herunder forældre og andre elever i forhold til situationshåndtering

#### Vejledning

- Temadage i kommunerne om teoretiske tilgange og behandlingsmuligheder
- Billige kurser
- Viden om opsporing

Ifølge undersøgelsen er 15 ud af de 16 medarbejdere på behandlingsstederne tilfredse med samarbejdet med kommunerne. Denne tilfredshed afspejles ligeledes i kommunerne, hvor 93% af dem, der har samarbejdet med JanusCentret, har været tilfredse eller meget tilfredse med samarbejdet. Medarbejderne på behandlingsstederne fremhæver især grundig forventningsafstemning og forvisitationsmøder med sagsbehandleren som essentielle for det gode arbejde. Modsat kan skift i sagsbehandlere og lang sagsbehandling i kommunerne vanskeliggøre behandlingsstedernes daglige arbejde med kommunerne.

#### 10.4 Kommunernes brug af andre tilbud

Grundlæggende peger rapporten på, at en række kommuner også bruger andre tilbud end JanusCentret, Projekt JUNO og Projekt SEBA. På baggrund af interviewene er det generelle indtryk, at kommunerne søger at løse sagerne internt og kun benytter sig af de tre eksterne behandlingssteder, hvis de vurderer, at sagerne er meget alvorlige. Endelig bliver det fremhævet, at særligt afstanden til behandlingsstederne, prisen på ydelser samt lang ventetid kan få kommunerne til at bruge andre tilbud til målgruppen. Herunder oplever Region Syddanmark en særlig geografisk udfordring.

I udredningssager benytter mange kommuner sig af VISO, der først og fremmest er gratis for kommuner og som ligeledes foregår geografisk hos kommunen selv. Det er dog værd at pointere, at både JanusCentret og Rådgivningscentret, som Projekt JUNO er tilknyttet, er VISO-leverandører og derfor kan indgå i udredningssager knyttet hertil. Mere præcist peger rapporten på, at 48% af kommunerne benytter sig af VISO i forbindelse med udredningssager. Herudover bruger kommunerne ligeledes egne almene (32%) og specialiserede tilbud (26%) samt privatpraktiserende psykologer (26%), når de gør brug af andre tilbud til udredning af målgruppen. Som udgangspunkt er kommunerne ligeledes tilfredse med kvaliteten af udredningen på de pågældende steder, da 74 % oplyser, at de enten er tilfredse eller meget tilfredse med sagssamarbejdet. Dog peger spørgeskemaundersøgelsen ligeledes på, at kommunerne kun har begrænset indsigt i hvilke metoder, de øvrige tilbud anvender.

Samme tendens gør sig gældende i forhold til, når kommunerne gør brug af andre tilbud til behandling af målgruppen. 32 % af kommunerne har svaret, at de også her anvender generelle kommunale tilbud, og 23 % gør brug af mere specialiserede tilbud i egen kommune. Endvidere bliver privatpraktiserende psykologer brugt til behandlingen i 28 % af kommunerne. Generelt er der også stor tilfredshed med de andre tilbuds behandlingsarbejde, da hele 74% erklærer sig tilfredse eller meget tilfredse med kvaliteten af behandlingen. Dog er der, som i forbindelse med udredningsforløbene, et lille kendskab blandt kommunerne til, hvilke metoder de øvrige tilbud anvender i forbindelse med behandlingen af målgruppen. Kun ti kommuner (22%) har i spørgeskemaet angivet hvilken metodisk fremgangsmåde, der anvendes til behandling de pågældende steder. Dette fører videre til næste afsnit, der beskæftiger sig med kommunernes viden på området.

### 10.5 Kommunernes viden på fagområdet

Som udgangspunkt oplever over 70 % af kommunerne, at de har brug for mere viden om målgruppen, da det kan være svært at få opbygget et ordentligt erfaringsgrundlag i den enkelte kommune på grund af de relativt få antal sager internt i kommunen. Rapporten fremhæver, at det ifølge kommunerne særligt er i børnenes nære miljøer såsom skoler og dagtilbud, at der mangler viden og opkvalificering. Denne opfattelse deles af medarbejderne på de tre behandlingssteder.

70 % af kommunerne mener på den anden side, at de i nogen eller høj grad har tilstrækkelig viden om målgruppen i forhold til opsporing. Der er dog bred enighed om, at der fortsat er behov for viden inden for området, idet at underretninger kunne komme tidligere i forløbet. Dette er yderligere understøttet af, at 75% af medarbejderne på behandlingsstederne mener, at kommunerne i mindre grad eller slet ikke har tilstrækkelig viden om tidlig opsporing. Dette kommer især til udtryk ved henvendelser til behandlingsstederne. Ifølge medarbejderne er mange kommunalansatte professionelle usikre på alvorligheden af det enkeltes barns adfærd og giver udtryk for en generel forsinket opsporing af børn, der har udvist tegn på bekymrende adfærd i lang tid. Både medarbejderne fra behandlingsstederne og nogle kommuner er enige om, at løsningen på dette problem ligger i en opkvalificering af myndighedssagsbehandlere i forhold til børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd.

### 10.6 Hvad viser Ankestyrelsens undersøgelse?

Parallelt med KORA's erfaringsopsamling har Ankestyrelsen gennemgået en række sager om børn og unge, der har udvist seksuelt krænkende adfærd over for andre børn og unge. Denne sagsgennemgang indgår som en særskilt del af den samlede rapport og indebærer tre forskellige elementer herunder en børnesagkyndig konsultants vurdering af sagsarbejdet, Ankestyrelsens egen sagsgennemgang samt interview med kommunale sagsbehandlere. Resultaterne for hver af de tre dele vil blive gennemgået i det følgende.

### 10.6.1 Den børnesagkyndige konsulents vurdering af ti sager

Rapporten peger på, at den børnesagkyndige konsulent ansat af Ankestyrelsen kun i en mindre andel af de udvalgte ti sager vurderer, at kommunernes samlede indsats har understøttet barnets eller den unges behandlingsbehov. Her tænkes der i særdeleshed i forhold til den seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd.

Som udgangspunkt er størstedelen af sagerne kendetegnet ved et manglende helhedsorienteret syn på barnet, der ifølge rapporten resulterer i unuanceret refleksion over de mulige årsager til barnets seksuelle adfærdsproblemer. Dette kommer for eksempel til udtryk i form af overfladiske børnefaglige undersøgelser og ukonkrete handleplaner, hvor den indhentede specialviden ikke bliver brugt aktivt af kommunen. I langt den overvejende del af de ti sager vurderes det ligeledes, at oplysningsgrundlaget ikke er tilstrækkeligt. Der mangler ofte for eksempel relevante undersøgelser, der kan underbygge valget af foranstaltninger og behandlingstilbud samt skabe nuanceret indsigt i barnets eller den unges vanskeligheder. Desuden fremhæves det i rapporten, at oplysningsgrundlaget ikke er uddybet tilstrækkeligt med den indhentede viden fra forældrene og at indsigten i barnets relationelle kontekst derfor går tabt. Endelig fremhæver den børnesagkyndige konsulent, at det er essentielt for barnets fortsatte motivation og bedring, at lang ventetid undgås.

### 10.6.2 Ankestyrelsens sagsgennemgang af 21 sager

Ankestyrelsens analyser og sagsgennemgang af 21 klientsager viser, at børn og unge med seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd oftest har komplekse og sammensatte vanskeligheder. Der er hovedsageligt tale om børn og unge, der udviser stærke følelses- og adfærdsmæssige vanskeligheder i relationen til andre børn og unge. I 66% af sagerne bliver kommunerne opmærksomme på barnets eller den unges seksuelle adfærdsproblemer gennem underretninger primært fra skole, daginstitution eller fritidsklub. Herefter følger den egentlige sagsbehandling.

I størstedelen af sagerne har kommunerne fokus på at udarbejde en børnefaglig undersøgelse eller et tillæg til tidligere undersøgelser efter underretning om de seksuelle adfærdsproblemer. Disse bygger i høj grad på generelle oplysninger fra fagpersoner i barnet eller den unges hverdag fra for eksempel skole eller børnehave. Der er i mindre grad tale om specialiseret viden om barnets eller den unges seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd. I de fleste sager igangsættes der dog et udredningsforløb sideløbende med den børnefaglige undersøgelse.

I forhold til iværksættelse af støtte viser sagsgennemgangen, at der i størstedelen af sagerne bliver iværksat støtteforanstaltninger på baggrund af underretninger om barnet samt efterfølgende gennemført en børnefaglig undersøgelse. I størstedelen af sagerne inddrages både barnet og forældrene på en relevant og tilstrækkelig måde i forhold til påtænkte foranstaltninger. Rapporten fremhæver dog, at handleplanerne ofte er for uspecifikke i forhold til den seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd. Derudover er størstedelen af sagerne kendetegnet ved utilstrækkelig opfølgning og revision. Som et resultat heraf er det vanskeligt at vurdere, hvilken betydning foranstaltningerne har haft for barnet eller den unge i forhold til de seksuelle adfærdsproblemer og hermed sikre et helhedsorienteret syn på sagen. Godt halvdelen af kommunerne modtager endvidere efterfølgende nye underretninger om pågældende barn eller unge. Dette er ofte på grund af en fortsat bekymring om seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd samt barnets hjemlige forhold.

### 10.6.3 Interview med sagsbehandlere

I forskellige interviews med sagsbehandlere fra tre udvalgte kommuner, bliver der samtidig fremhævet en række udfordringer, der påvirker det daglige arbejde med målgruppen. De interviewede sagsbehandlere peger på, at samtalen med barnet eller den unge samt dennes forældre er svær, da sagsbehandlere ikke oplever sig rustet til samtalen. Det er endvidere vanskeligt for sagsbehandlere at afgrænse barnets eller den unges vanskeligheder i forhold til, hvad der kan betragtes som en almindelig seksuel nysgerrighed, og hvad der reelt er en seksuelt bekymrende og krænkende adfærd. Endelig pointeres der, at opsporing af målgruppen ligeledes kan styrkes ude i børnenes og de unges nære miljøer særligt i skole og daginstitutioner.

### 10.6.4 Opmærksomhedspunkter

På baggrund af de tre beskrevne undersøgelser har Ankestyrelsen opstillet en række punkter, som kommunerne bør have fokus på i sager, hvor børn krænker andre børn. Disse er fremlagt i boks 2.

#### Boks 2: Ankestyrelsens opmærksomhedspunkter

- Kommunerne bør have et helhedsorienteret syn på barnets eller den unges forhold og bruge underretningen til at reflektere over og forstå de mulige årsager til barnets eller den unges seksuelt krænkende eller bekymrende adfærd.
- Kommunen bør foretage en grundig afdækning af forældrenes forhold og deres evner til at tage vare på barnet eller den unge.
- Igangsættelse af støtteforanstaltninger bør ske på baggrund af en udredning af barnet eller den unges problemstillinger
- En udredning kan ikke betegnes som støtte efter servicelovens § 52, da dens formål er at afdække barnets eller den unges behov for støtte. Den rette hjemmel for udredningen som led i den børnefaglige undersøgelse er servicelovens §50.
- Når en børnefaglig undersøgelse ikke kan afsluttes inden for fire måneders fristen, skal kommunen udarbejde en foreløbig vurdering, så eventuel hjælp kan iværksættes så hurtigt som muligt. Kommunen skal herefter hurtigst muligt afslutte den børnefaglige undersøgelse.
- Kommunen bør have fokus på opfølgning og revision af handleplaner, så der er overensstemmelse mellem handleplanen og den indsats, der arbejdes på

### 10.8 Virkningen på børnene

For at vurdere virkningen af behandlingsstedernes indsats har KORA gennemført to forskellige analyser. Disse indebærer en analyse af trivselsudviklingen for de børn og unge, der har modtaget behandling, samt kommunernes vurdering af behandlingens kvalitet og virkning.

Hovedformålet med at undersøge behandlingsvirkningen var at afdække børnenes og de unges trivsel målt ved behandlingsstart og behandlingsafslutning med udgangspunkt i spørgeskemaet "Strength and Difficulties Questionnaire" (SDQ). Dette spørgeskema udfyldes både af barnet selv og forældrene til barnet. Analysens muligheder for at give nogle valide konklusioner omkring behandlingens effekt er dog begrænset på grund af en række forhold herunder et meget lavt antal udfyldte spørgeskemaer<sup>116</sup>. Det konkluderes derfor i rapporten, at stikprøven er for lille til, at man kan generalisere resultaterne til de øvrige børn og unge i målgruppen. Modsat er det dog værd at bemærke, at blandt de børn, der udfyldte spørgeskemaerne, ses der, på trods af fortsat store trivselsproblemer, færre problemer efter endt behandling sammenlignet med før behandlingsstart. Børnenes forældre giver udtryk for en lignende tendens dog i mindre grad. Konklusionen i rapporten er, at der er brug for yderligere undersøgelser baseret på et større datagrundlag for hermed at få bedre indsigt i effekterne af behandlingen på de tre behandlingssteder.

I spørgeskemaet til kommunerne er der spurgt ind til, hvilke virkninger kommunerne vurderer, at behandlingen på de tre behandlingssteder har haft på børnene eller de unge. Halvdelen af de kommuner, som har visiteret klienter til behandling, vurderer, at børnene trives bedre efter behandlingsforløbet. Omkring 25% rapporterer ligeledes, at den seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd er stoppet. På den anden side oplyser ca. 25 % af kommunerne, at behandlingen har haft ingen eller kun lidt virkning på børnene. Dog er det værd at nævne, at omkring 30 % af kommunerne har angivet, at behandlingen har haft andre virkninger på børnene eller de unge som for eksempel en reducere af de seksuelle adfærdsproblemer eller opkvalificering af de professionelle rammer omkring klienten. I forhold til kommunernes tilfredshed med behandlingsforløbene oplyser 88% af kommunerne, at de enten er tilfredse eller meget tilfredse med forløbet. Dette gør sig gældende på trods af, at ikke alle kommuner fandt behandlingen effektiv.

### 10.9 Sammenfatning

Samlet viser rapporten, at de tre behandlingssteder tilbyder omfattende udrednings- og behandlingsforløb til en svær klientgruppe, der er kendetegnet ved komplekse vanskeligheder og udfordringer. Der er stort kendskab til behandlingsstederne og deres virke på tværs af landets regioner. De kommuner, der har benyttet sig af et eller flere af behandlingsstederne, udtrykker endvidere en overordnet høj tilfredshed med både rådgivning, udredning og behandling og flere tilbagerapporterer en positiv virkning i forhold til reducere af de seksuelle adfærdsproblemer samt øget trivsel hos barnet eller den unge. Det konkluderes dog både i Ankestyrelsens sagsgennemgang og erfaringsopsamlingen, at der mangler indsats i forhold til at optimere opsporing. Mest af alt fremhæves det, at der mangler større kendskab til målgruppen, samt hvordan børn og unge med seksuelle adfærdsproblemer adskiller sig fra normalområdet. Øget viden især blandt skole- og daginstitutionspersonale forventes at ville gøre en forskel, da 2/3 af målgruppen opspores af skoler, børnehaver og klub. Manglende viden om målgruppen og kendskab til potentielle behandlingsmuligheder afspejles ligeledes i kommunernes dårlige indsigt i behandlingsstedernes behandlingsindhold. Endvidere giver en række sagsbehandlere udtryk for i Ankestyrelsens undersøgelse, at de i mange tilfælde ikke føler sig klædt på til at varetage børne- og familiesamtaler eller besidder de nødvendige kompetencer til at vurdere, hvorvidt barnets seksualiserede adfærd bør give anledning til bekymring. På baggrund heraf er en af hovedpointerne i rapporten, at et øget fokus på oplysning både i form af flere økonomisk tilgængelige undervisningstilbud, specialiserede rådgivningsforløb særligt rettet mod lærer og pædagogisk personale samt større geografisk spredning i tilbuddene kan fremme indsatsen i forhold til målgruppen. Derudover er det værd at fremhæve, at på trods af generel tilfredshed med behandlingsstedernes ydelser, er det den generelle opfattelse blandt medarbejdere på behandlingsstederne, at kommunerne ikke altid følger behandlingsanvisninger og derfor ikke tager tilstrækkelig hånd om den enkelte klient. Dette giver genklang i Ankestyrelsens undersøgelse, der peger på et tydeligt behov for et mere helhedsorienteret syn på det enkelte barn med øget refleksion og indsats overfor alle de medvirkende faktorer til barnets vanskeligheder. Samlet kan dette i kombination med konkrete handleplaner gøre en reel forskel for børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd.





Del 3  
*Særtema:*  
Traumatiserede klienter

## 11. Traumatiserede klienter

Traumatisering af børn og unge er både et nationalt og internationalt folkesundhedsproblem med omfattende konsekvenser for barnet selv og dets familie (Fairbank, Putnam, & Harris, 2007). Selvom den egentlige forekomst af psykologiske traumer varierer på tværs af forskellige undersøgelser, estimerer man på verdensplan, at to ud af tre børn oplever mindst én form for traumatisk begivenhed, inden de er fyldt 16 år (Verlinden et al., 2015). Det fremstår derfor tydeligt, at børn og unge er i stor risiko for at opleve traumer i deres opvækst. Især yngre børn er derudover en befolkningsgruppe, der er særligt udsat (De Young et al., 2011), underdiagnosticeret og underbehandlet (Gleason, Zeanah, & Dickstein, 2010). Størstedelen af børnene reagerer efter traumet på måder, der kan forstyrre deres hverdag, fysiske og psykiske udvikling samt deres evne til at fungere alderssvarende (Elbert et al., 2009; Narder, 2008). I nogle tilfælde kan traumer tidligt i livet endvidere øge risikoen for, at barnet udvikler vedvarende emotionelle og sociale vanskeligheder (D'Andrea et al., 2012; Cloitre et al., 2009; Narder, 2008), der i nogle tilfælde kan komme til udtryk som psykiatriske udfordringer. Især posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) er en velbeskrevet diagnose, der relateres til udsættelsen for traumatisering på tværs af aldersgrupper (Stafford, Zeanah, & Scheeringa, 2003; Verlinden et al., 2015). Forskning peger dog på, at traumatiserede børn og unge ofte lider af flere sameksisterende diagnoser, hvilket samlet giver et forværret og mere komplekst symptombillede (Løkkegaard, Egebæk & Elklit, 2017; Scheeringa, 2014; Verlinden et al., 2015). Dette skaber en særlig klinisk udfordring og stiller krav om rettidig og grundig udredning i kombination med specialtilpasset behandling.

I JanusCentret er der en øget bevågenhed i forhold til de klienter, der i interaktionen med psykologerne udviser tydelig tegn på traumatisering. Forskning peger på, at jo yngre barnet er ved henvisning for seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd (Brilleslijper-Kater et al., 2004), desto større risiko er der for, at barnet har været udsat for seksuelle traumer. Dette er en tendens, der ligeledes afspejler sig i JanusCentrets egen forskning og den generelle kliniske erfaring. I forlængelse heraf ses der også en række klienter både med intrafamiliære traume profiler og et øget antal klienter med flygtningebaggrund, der i høj grad har været udsat for kompleks traumatisering og krigstraumer. Fælles for denne klientgruppe er, at de traumerelaterede vanskeligheder kan være så udtalte, at de udgør det primære problem for klienten, og at de seksuelle adfærdsproblemer enten er sekundære eller et udtryk for traumatisk geniscenesættelse af egen traumeoplevelse.

For at imødekomme disse særlige udfordringer hos nogle af klienterne bliver der derfor løbende implementeret særlige traumescreeninger og behandlingsmetodik/tilgange, der har til formål at målrette sig vanskeligheder relateret til traumatiske oplevelser i en evidensbaseret kontekst. Dette afsnit af Statusrapporten har til formål at beskrive de samlede traumeinterventioner og tiltag, der tilbydes i JanusCentret samt give en mere dybdegående beskrivelse af nogle af de mest traumatiserede børn og unge i den samlede klientgruppe.

### 11.1 Traumeinterventioner

#### 11.1.1 Tidlig traumeterapi

I JanusCentret tilbydes tidlig traumeterapi, også kaldet spædbarnsterapi, som et led i vores traumefokuserede behandlingspraksis. Spædbarnsterapien er oprindeligt udviklet af den franske børnepsykoanalytiker Francoise Dolto og hendes elev Caroline Eliacheff. I Danmark er metoden indført af psykolog Inger Thormann og psykoterapeut Inger Poulsen.

Der har tidligere været en tendens til at tro, at små børn ikke altid forstår eller opfatter, hvad der sker og derfor heller ikke nødvendigvis bliver traumatiserede af voldsomme begivenheder. Kriser og traumer har lige så store konsekvenser for små børn som for andre. Tidlig traumeterapi eller spædbarnsterapi henvender sig netop til traumer, der er sket i den før-sproglige periode. Det vil sige fra fødsel til 3 år. Dog har metoden vist sit værd i forhold til næsten alle aldersgrupper.

Ifølge Dolto (2010) og Eliacheff (2002) kommunikerer små børn gennem det organiske sprog, fordi de endnu mangler det verbale sprog. Når det lille barn således reagerer på et traume, kommer det til udtryk i forskellige funktionsforstyrrelser af organisk art: opkastninger, maveproblemer, vejrtrækningsproblemer, infektioner, uro, koncentrationsbesvær mv.. Barnet kommunikerer så at sige sit traume igennem de organiske funktionsforstyrrelser. Barnets fysiske symptomer har således en symbolsk betydning, der refererer til kriser og traumer, som barnet har været udsat for. Det er oplevelser, der integreres i barnets ubevidste, men dets krop husker. Dette er ligeledes illustreret her i casen om Mads:

*”Lille Mads på 5 år har flere gange været indlagt på hospitalet på grund af mavesmerter. Lægerne har trods både undersøgelser og operationer ikke fundet forklaringen. Mads har endvidere svært ved at sove i sin egen seng om natten. Han er urolig og vågner utallige gange om natten. Da Mads var 2 år gammel blev han udsat for seksuelle overgreb i dagplejen. På grund af hans meget unge alder antog man, at Mads på daværende tidspunkt ikke havde brug for hjælp, da han var for lille til at forstå det skete.*

Når det lille barn udsættes for et traume eller en krise, som der ikke sættes ord på, sker der en spaltning i symboliseringsprocessen, som således kommer til udtryk som et symptom på mistrivsel hos barnet. Alt usagt binder energi i kroppen (Dolto, 2010; Eliacheff, 2002). Ifølge Dolto (2010) og Eliacheff (2002) fødes det lille barn med sproget i sig og dermed også evnen til at optage og forstå ordene. Tidlig traumeterapi har således til formål at sætte ord på det usagte, på følelser, på tanker og fortid, så det usagte forløses i kroppen. Ord har således en terapeutisk virkning på spædbørn, selvom de ikke selv kan tale.

I tidlig traumeterapi består terapeutens rolle i at få det skjulte materiale, der forårsager aktuelle problemer hos barnet, frem i lyset. Den vigtigste opgave er at finde de midler og de ord, der kan lindre barnets smerte og bringe det tilbage i en dynamisk udviklingsproces. Terapeuten arbejder på at gøre det muligt for barnet at symbolisere sine lidelser og forvandle dem til psykiske erfaringer, som det kan bringe med sig videre i livet. Ved at sætte ord på traumerne giver man barnet mulighed for at gennemleve hændelsen og bearbejde sorgen, da ordene forløser det ubevidste.

Det er afgørende, at barnets primære omsorgspersoner er til stede i terapien dels som vidner og dels som barnets voksne nervesystem, som barnet kan læne sig op af. Hermed oplever barnet, at det ikke er alene, men at forældrene og terapeuten ser det, deler og rummer dets smerte. Når der bliver sat ord på traumet, er antagelsen, at splittelsen i symboliseringsprocessen samler sig. Erfaring med tidlig traumeterapi viser netop, hvordan barnet kommer ud af sin fastlåshed i løbet af få terapier. Barnet får endvidere sin terapi med hjem på skrift, så det har mulighed for at få læst det op og talt om det igen ved behov med sine primære omsorgspersoner. Barnet er ikke længere alene med sit traume, og den energi, der bandt traumet, er frigivet.

*”Lille Mads går i tidlig traumeterapi med sin mor. Her får han sat ord på de seksuelle overgreb, der skete, da han kun var 2 år gammel. Der bliver sat ord på hvor bange, han må have været, hvor ubehageligt det må have været, og hvor forladt han må have følt sig, når han hver dag blev afleveret i dagplejen. I terapien sidder Mads’ mor ved siden af ham og lytter med. Mads mærker, at hans mor nu er til stede sammen med ham i traumet. Han mærker, at hun rummer og anerkender hans smerte. Han mærker, at han ikke længere er alene med sit traume. Efter få terapier forsvinder Mads’ mavesmerter, og han begynder for første gang at sove igennem om natten.*

*Mads’ krop huskede de seksuelle overgreb, selvom det muligvis var uden for hans bevidsthed. Ved at sætte ord på traumet blev der skabt orden i kaos – den bundne energi i Mads’ lille krop, der blandt andet forårsagede mavesmerterne, blev forløst. Mads viste ikke længere organiske og funktionelle tegn på mistrivsel.”*

Ved tidlig traumeterapi bliver det muligt at fortælle et barn dets historie og sætte ord på de kontaktbrud og savn, det har oplevet samt fortælle om, hvorfor det skete. Børn har behov for en forklaring – og jo tidligere man sætter ind, des bedre kan man minimere de skader, som barnet er blevet påført. Sprog går forud for ethvert intellekt, og derfor kan tidlig traumeterapi med fordel bruges i forhold til alle børn og unge (og voksne). Uanset hvilke vanskeligheder barnet eller den unge måtte have, vil det altid være i stand til at modtage sproget – til at lytte til sin historie. Således er tidlig traumeterapi aldeles velegnet til sårbare børn og unge (både psykisk udviklingshæmmede og børn og unge med psykiatriske diagnoser), da der ikke stilles nogen former for krav til deres ressourcer.

Alle børn har ret til at kende deres historie, og ingen børn skal være alene med deres smerte. Derfor synes tidlig traumeterapi at give god mening i det traumefokuserede behandlingsarbejde i JanusCentret. Endelig opnår Spædbarnsterapi en meget høj score i VIVE’s (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd) ”Kortlægning af lovende praksis” (Strandby et al., 2017) inden for området Overgreb mod børn og unge, hvilket yderligere underbygger brugen af denne terapiform.

### 11.1.2 Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) er en metode anvendt til at arbejde med traumatiske og andre ubearbejdede erindringer. Dette kan for eksempel være overgreb, ulykker og dødsfald hos nærtstående. Metoden er også blevet brugt til at hjælpe med at bearbejde andre former for psykiske belastninger såsom sorg, angst og stress. Formålet med EMDR er at mindske det ubehag, der er forbundet med potentielt traumatiserende oplevelser. Metoden blev udviklet af Francine Shapiro i 1989, hvor hun bemærkede, at stærke, negative følelser forsvandt, da hun lavede hurtige bevægelser med sine øjne (Shapiro, 1989). Øjenbevægelser er dog kun en af delene i EMDR terapi.

Der er mange undersøgelser, der peger på, at EMDR virker, og den er blandt andet anerkendt som en effektiv metode til behandling af PTSD af verdenssundhedsorganisationen (WHO; WHO, 2013). Tanken bag EMDR er, at ubearbejdede erindringer kan være knyttet til mange negative følelser, som gør det svært at tænke på og tale om den traumatiske/ubearbejdede erindring. Men selvom man prøver på ikke at tænke på erindringen, så kan man opleve mareridt, flashbacks og pludselige ubehagelige følelser, fordi traumeoplevelsen er lagret i vores bevidsthed på en u hensigtsmæssig måde. Den ubearbejdede erindring kan sammenlignes med et frossent billede af et øjeblik, og det at tænke tilbage på det kan føles næsten som at genopleve hændelsen, fordi billeder, lugte og følelser forbundet med den ikke er blevet bearbejdet (Shapiro & Laliotis, 2011).

Ifølge Shapiro & Laliotis (2011) tager man i EMDR-terapi fat i den ubearbejdede erindring og hjælper hjernen til at bearbejde den, så den kan huskes på en mere hensigtsmæssig måde uden at vække stærkt følelsesmæssigt ubehag. Man kommer altså ikke til at glemme, hvad man har oplevet, men man kan gennem EMDR få nye følelser og tanker omkring det, der er sket. På den måde kan man få en ny og mere konstruktiv forståelse af hændelsen. Terapeuten stiller nogle spørgsmål til den ubehagelige oplevelse, hvorefter klienten bedes om at tænke om den, mens der tilbydes bilateral stimulation af hjernen. Dette gøres normalt ved, at klienten følger terapeutens fingre med øjnene, som bevæger sig fra side til side. Den bilaterale stimulering kan også gives gennem lette klap på hænderne eller ved auditiv stimulering.

Det kan især være vanskeligt for børn at forholde sig til potentielt traumatiserende oplevelser, fordi de ofte ikke har forudsætninger til at kunne forstå dem. De kan være særligt udsatte i forhold til at få en forståelse af hændelsen, hvor de kan give sig selv skylden for det skete og få negative tanker om sig selv. EMDR kan hjælpe børn og unge til at få mere tro på sig selv og egne ressourcer (Adler-Tapia & Settle, 2008). Stærke negative følelser kan blokere hjernens evne til at tænke logisk, og man kan derfor komme til at træffe dårlige beslutninger, eller gøre ting som man godt ved er forkerte, når man overvældes af følelser. Børn og unge kan reagere forskelligt på traumer. Nogle kan blive meget ked af det, mens andre kan have meget svært ved at styre sin vrede. De kan opleve, at de kommer til at ødelægge ting eller slå efter andre, når de overvældes af vrede. Som resultat heraf kan de opleve mange irettesættelser og skæld ud, da det kan være svært at få øje på, at de er ked af det og har brug for hjælp. EMDR kan berolige hjernen og på den måde hjælpe børn og unge til mere ro og til mere hensigtsmæssig adfærd (Adler-Tapia & Settle, 2008).

EMDR kan ligeledes hjælpe børn og unge, som oplever mareridt (Oras et al., 2004). Selvom mareridt ikke nødvendigvis handler om den potentielt traumatiserende oplevelse, kan de være udtryk for, at hjernen er på overarbejde i forhold til erindringer, som er forbundet med nogle stærke, ubehagelige følelser. Når der arbejdes med EMDR, vil man ikke starte med den sværeste oplevelse, da barnet ofte ikke vil have lyst til at arbejde med det, og det kan opleves overvældende. I stedet introduceres man til metoden gennem øvelser, som viser barnet/den unge, at det er muligt at ændre, hvilke følelser man har i sin krop (Adler-Tapia & Settle, 2008).

Når der arbejdes med bearbejdning af erindringer vil terapeuten bede barnet/den unge om at tænke på den negative oplevelse og stille nogle uddybende spørgsmål. Derefter bedes barnet/den unge om at følge terapeutens fingre med sine øjne. Dette stimulerer hjernen bilateralt, og hypotesen er, at man derved hjælper hjernen til at danne nye forbindelser, som hjælper bearbejdningsprocessen. Undersøgelser viser endvidere (Natha & Daiches, 2014), at man ved hjælp af EMDR kan få meget hurtig lindring af traumesymptomer, hvis man har oplevet et enkeltstående traume. EMDR viser også god effekt, når man har oplevet flere episoder over længere tid (Korn, 2009), men det kan kræve flere behandlingsgange, da der er flere erindringer, som der arbejdes på. To typiske behandlingsforløb med forskellige traumeproblematikker er illustreret i følgende to cases:

*“Mustafa er 14 år gammel. Han bor hos en plejefamilie, som oplever, at han tit er ked af det og sidder alene på sit værelse. Mustafa er kommet til Danmark som flygtning og plejeforældrene ved, at han har set sin onkel blive dræbt, hvilket har haft stærk påvirkning på ham. Mustafa tilbydes EMDR traumebehandling. Det kommer i behandlingen frem, at det at opleve sin onkels død har givet Mustafa en stærk følelse af utryghed. Han føler, at han aldrig kan vide, hvad der kommer til at ske. I behandlingen oplever Mustafa, at det billede han har af hændelsen kommer længere på afstand. Han ved, hvad der er sket, men det føles ikke længere som om, han genoplever det. Mustafa får også en følelse af varme og får tanker om, at hans plejeforældre er der til at tage sig af ham, og det får ham til at føle sig tryk.”*

*”Karen er 9 år gammel. Hun er blevet udsat for seksuelt overgreb af sin 9 år ældre fætter, da hun var 6 år gammel. Karen vil ikke tale om episoden, da hun synes, at det er for svært, og det gør hende ked af det at tænke på det. Karen oplever mareridt og er hyperovervågen. Hun bliver nemt forskrækket og virker til at være konstant i beredskab. Karens forældre er bekymrede for hendes trivsel og udvikling, hvorfor hun henvises til EMDR traumebehandling. De første gange bruges på at betrygge Karen og hjælpe hende til at føle sig afslappet. EMDR indgår i de afslappende øvelser og forstærker deres effekt. Efterfølgende bruges EMDR til at hjælpe Karen med at få det bedre med en ubehagelig oplevelse på skolen, hvor hun fik skæld ud. Karen kan hurtigt mærke, at hun får det bedre og det giver hende mod til at arbejde med erindringen af det seksuelle overgreb. Efter 3 sessioner, hvor der arbejdes med hendes erindring om det seksuelle overgreb beskrives det, at Karen ikke længere har mareridt, hun er blevet roligere og har flere ressourcer på skolen både socialt og fagligt. EMDR har hjulpet Karens hjerne til at bearbejde den ubehagelige erindring, så den ikke længere er forbundet med stærke negative følelser og tanker om sig selv.”*

Den brede anvendelighed ved EMDR gør derfor metoden yderst brugbar i forhold til JanusCentrets målgruppe, hvor der kan være stor forskel mellem de enkelte klienter og deres individuelle behov. Derudover er EMDR ikke så sprogligt baseret som andre terapiformer og er derfor også anvendelig i tilfælde, hvor barnets sproglige formåen er begrænset eller hvis barnet ikke taler dansk. Alt i alt er EMDR en vigtig del af det traumefokuserede behandlingsarbejde i JanusCentret.

### 11.2 Klienter med flygtningebaggrund

I JanusCentret er det stigende antal af flygtninge i Danmark begyndt at afspejle sig i klientgruppen. Et tiltagende antal klienter udviser udover de seksuelle adfærdsproblemer en række symptomer på omfattende traumatisering og tilpasningsstress, der i flere tilfælde kan relateres til klienternes oplevelser i forbindelse med flugten til Danmark. Dette skaber nogle anderledes kliniske udfordringer, som stiller store krav til strukturelle forhold omkring samarbejdet med klienten og klientens familie samt det egentlige udrednings- og behandlingsarbejde.

For at skabe en større indsigt i denne klientgruppe og de faglige overvejelser, der knytter sig til behandlingsindsatsen, har JanusCentret gennemført en række kliniske og forskningsmæssige tiltag. I videnscentret er der for eksempel blevet udfærdiget en række forskellige litteratursøgninger i kombination med løbende sagsgennemgang og systematisk erfaringsopsamling i samarbejde med psykologerne i klinikken. Derudover er der stort fokus på at sikre højspecialiseret ekstern supervision til samtlige af JanusCentrets psykologer samtidig med, at behandlingen af flygtningebørn som fagligt tema prioriteres højt internt i centret såvel som eksternt i sparringen med faglige samarbejdspartnere. Senest har overgreb og traumer hos flygtninge spillet en væsentlig rolle på dette års Hindsjavl Konference, hvor JanusCentret var medarrangør. Her blev området belyst af både nationale og internationale oplægsholdere. Endelig deltager JanusCentret i efteråret 2017 i et VISO foredrag om emnet i tæt samarbejde med REHA-psykologerne, der er specialiserede inden for behandlingen af PTSD og krigstraumer. Det egentlige antal sager i JanusCentret, hvor klienten har flygtningebaggrund er dog fortsat for småt til, at egentlige dataopgørelser over målgruppen vil være valide. Der vil derfor fortsat være fokus på denne undergruppe af klienter og yderligere opgørelser og dataregistrering vil løbende blive gennemført.

## JanusCentrets ansatte

Direktør, psykolog Mimi Strange  
Specialist i psykoterapi og supervision

Psykolog Stine Tofte  
Aut. Psykolog

Psykolog Vanessa Schmidt-Rasmussen  
Aut. Psykolog

Psykolog Tove Østergaard Weis  
Specialist og Supervisor i  
børnepsykologi

Psykolog Jytte Kofod Andersen  
Specialist og Supervisor i  
børnepsykologi

Psykolog Elisabeth Frahm  
Aut. Psykolog

Psykolog Amalie Strange

Psykolog Nikolai Andersen

Sarah Bonnemann Egebæk  
Psykolog og projektleder

Kliniksekretær Dorthe Rostgaard  
Sekretær

Studentermedhjælper  
Andrea Severin  
Bachelor i sociologi  
og psykologi

Studentermedhjælper  
Lea Nabe-Nielsen  
Bachelor i psykologi

## 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

D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200.

Andersson, H., & Madsen, K. S. (2016). *Møder mellem offer og krænkere*. Frederiksberg: Frydenlund.

Benjaminsen, L., S.B. Andrade, D. Andersen, M.H. Enemark & J.F. Birkelund. (2015). *Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark, En registerbaseret kortlægning*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 15:41.

Berg-Nielsen, T.T., Vikan, A., & Dahl, A. A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(4), 529-552.

Braun-Courville, D. K., & Rojas, M. (2009). Exposure to sexually explicit web sites and adolescent sexual attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 45(2), 156-162.

Brilleslijper-Kater, S. N., Friedrich, W. N., & Corwin, D. L. (2004). Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: Theory and research challenges. *Child Abuse & Neglect*, 28(10), 1007-1017.

Burton, D. L., Leibowitz, G. S., & Howard, A. (2010). Comparison by crime type of juvenile delinquents on pornography exposure: The absence of relationships between exposure to pornography and sexual offense characteristics. *Journal of Forensic Nursing*, 6(3), 121-129.

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

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

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. v. d., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.

Dansk Statistik. (2016a). *Skilsmisser*. Lokaliseret d. 2. maj 2017 på: <http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/vielser-og-skilsmisser/skilsmisser>

Dansk Statistik. (2016b). *Beskæftigelse*. Lokaliseret d. 2. maj 2017 på: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/saveselections.asp>

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

De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 231-250.

Dolto, F. (2010). *Samtaler om børn og psykoanalyse (2. udg.)*. København: Hans Reitzel.

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.

Elbert, T., Schauer, E., Schauer, M., Huschka, B., Hirth, M., & Neuner, F. (2009). Trauma-related impairment in children—A survey in Sri Lankan provinces affected by armed conflict. *Child Abuse & Neglect*, 33(4), 238-246.

Eliacheff, C. (1994). *Krop og skrig: Psykoanalytiker blandt spædbørn*. København: Borgen

Fairbank, J. A., Putnam, F. W., & Harris, W. W. (2007). The prevalence and impact of child traumatic stress. In: M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD – Science and practice* (pp. 229-251). New York: Guilford.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

Flood, M. (2009). The harms of pornography exposure among children and young people. *Child Abuse Review*, 18(6), 384-400.

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.
- Gleason, M. M., Zeanah, C. H., & Dickstein, S. (2010). Recognizing young children in need of mental health assessment: Development and preliminary validity of the early childhood screening assessment. *Infant Mental Health Journal*, 31(3), 335-357.
- Hjerrild, M. (2015). *Lige muligheder*. København: Akademisk Forlag
- 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.
- JanusCentret. (2016). *Statusrapport XIII 2003-2015*. København: JanusCentret.
- KL. (2017). *De udsatte børn – nøgletal 2017*. København: Kommune-forlaget.
- Korn, D. L. (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD: A review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4), 264-278.
- 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.
- Lo, V., & Wei, R. (2005). Exposure to internet pornography and taiwanese adolescents' sexual attitudes and behavior. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 49(2), 221-237.
- Løkkegaard, S.S., Egebæk, S.A.B. & Elklit, A. (2017). Are Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder Connected to Psychiatric Comorbidity in Danish Pre-schoolers? *Journal of child and adolescent trauma*, 1-9.
- Malamuth, N. M., Addison, T., & Koss, M. (2000). Pornography and sexual aggression: Are there reliable effects and can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 11, 26
- Ministeriet for børn, unge og ligestilling. (2016). *Andel elever, der er inkluderet i den almindelige undervisning, 2015/16*. København: Styrelsen for IT og læring.
- Nader, K. (2008). How children and adolescents are affected by trauma. In: K. Narder (Ed.), *Understanding and assessing trauma in children and adolescents: Measures, methods, and youth in context* (pp. 3-30). New York: Routledge.
- Natha, F., & Daiches, A. (2014). The effectiveness of EMDR in reducing psychological distress in survivors of natural disasters: A review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(3), 157-170.
- 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.
- Oras, R., Cancela De Ezpeleta, S., & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 199-203.
- Phillips, S. D., Gleason, J. P., & Waites-Garrett, M. (2009). Substance-abusing parents in the criminal justice system: Does substance abuse treatment improve their children's outcomes? *Journal of Offender Rehabilitation*, 48(2), 120-138.
- Psykiatrifonden. (2015). *Tal til psyken – Fakta om psykisk sundhed og psykisk sygdom*. København: Psykiatrifonden.
- Rosow, I., Felix, L., Keating, P., & McCambridge, J. (2016). Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies: Parental drinking and harms to children. *Drug and Alcohol Review*, 35(4), 397-405
- Scheeringa, M. S. (2014). Untangling psychiatric comorbidity in young children who experienced single, repeated, or hurricane Katrina traumatic events. *Child & Youth Care Forum*, 44(4), 475-492.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F., & Laliotis, D. (2011). EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization. *Clinical Social Work Journal*, 39(2), 191-200.
- Socialstyrelsen. (2017). *Omsorgssvigt. Lokaliseret den 15. Maj 2017 på: <https://vidensportal.dk/temaer/Omsorgssvigt>*
- Springate, J., & Omar, H., A. (2013). The impact of the Internet on the sexual health of adolescents: A brief review. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 6(4), 469-471.
- Stafford, B., Zeanah, C. H., & Scheeringa, M. (2003). Exploring psychopathology in early childhood: PTSD and attachment disorders in DC: 0-3 and DSM-IV. *Infant Mental Health Journal*, 24(4), 398-409.
- Stevnhøj, A., L., & Strange, M. (2016). *Børn og seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stevnhøj, A., L., & Strange, M. (Eds.) (2017). *Børn og seksuelle overgreb – hvordan griber professionelle det an? [Særtema]*. Pædagogisk Psykologisk tidsskrift, 4, 1-122.
- Strandby, M. W., Hauge, A. M., Christensen, E. T., Nøhr, K., & Rostgaard, T. (2017). *Kortlægning af lovende praksisser på området for overgreb mod børn og unge*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
- Sørensen, A., D., & Knudsen, S., V. (2006). *Unge, køn og pornografi i Norden – Slutrapport*. Nordisk Ministerråd. Århus: Aka-Print
- Thormann, I., & Poulsen, I. (2013). *Spædbarnsterapi* (1. udg.). København: Hans Reitzel
- Verlinden, E., Opmeer, B. C., Van Meijel, E. P. M., Beer, R., De Roos, C., Bicanic, I. A. E. ... Lindauer, R. J. L. (2015). Enhanced screening for posttraumatic stress disorder and comorbid diagnoses in children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 26661-8.
- 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.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva: World Health Organization.



**Ansvarshavende:**

Direktør Mimi Strange · [mst@januscentret.dk](mailto:mst@januscentret.dk)

**Grafisk design og tilrettelægning:**

Lisbeth Eilenberger · [lisei.dk](mailto:lisei.dk)

**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