

28.05.2021

Problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn

- Et systematisk review

Lina Fryd Jahr, 20164371

&

Emilie Wiig Andersen, 20164706

10. Semester, Psykologi
Kandidatspeciale

Rapportens samlede antall tegn: 189.316
Svarende til antall normalsider: 78.9



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Abstract

Title: Problematic and Harmful Sexual Behavior in Children: a systematic review.

Background: About ten percent of all children under the age of 18 experience sexual abuse during their childhood, and one third of these offenses is committed by another child or peer. Even though this phenomenon is not rare, there exist uncertainty among parents, educators, and professionals in how to understand and manage children who exhibit problematic and harmful sexual behavior (PSB/HSB). A major part of research and reviews on the topic focus on juvenile sexual offenders. However, there are no identified systematic reviews examining quantitative studies with samples of children under the age of 12. Therefore, the need for a review on the existing evidence on children up to 12 years of age exhibiting PSB/HSB is evident.

Objectives: To review the empirical studies examining PSB/HSB in children under the age of 12, and generate a general picture of the research field, based on a twofold intention: 1) mapping aspects of key circumstances in the life and upbringing of a child with PSB/HSB, and 2) to investigate the stability of the behavior.

Methods: The systematic review followed the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) recommendations. The literature search was conducted in PubMed, Embase and PsycInfo (date of search 3rd of March, 2020, no date restrictions). All quantitative empirical, peer-reviewed studies about PSB/HSB in children below 12 years of age were included. We included studies where the total sample was below age 12 or where the sample mean was below age 12. To present and synthesize the results, four tables presenting the extracted information was made: study characteristics, adverse childhood experiences (neglect, sexual abuse, physical abuse, psychological abuse, and witnessing domestic violence), parent- and family factors (living with at least one biological parent, substance abuse among parents, parents completed high school, parents arrested/imprisoned, mental disorders in parents, and parents' adverse childhood experiences), and longitudinal studies. The quality of the evidence and risk of bias was assessed with five selected and revised questions from the NIH Quality Assessment tool.

Results: Of 3050 records identified, 36 studies were eligible for inclusion. These consisted of 27 unique datasets, and 19 had a low to moderate risk of bias, based on an edited and limited assessment of risk of bias. 21 studies investigated adverse childhood experiences, 15 investigated parent- and family-factors, and 3 had a longitudinal design with two measures of the same participants at least one year

apart. The studies showed high prevalence of adverse childhood experiences and negative parent- and family factors on most variables measured, but these conclusions are based on wide prevalence ranges. Studies varied greatly in sample size, method for sampling and dividing samples, conceptualization of PSB/HSB and measured variables.

Discussion: Compared to general population-based data the results showed a heightened prevalence of both the measured adverse childhood experiences and parent- and family factors in the population of children with PSB/HSB. The longitudinal studies indicated a heightened risk for non-sexual criminality over time in children with PSB/HSB. Limitations of this review include variation between the study-samples, which is caused by the wide search- and inclusion-method of the review. A lack of control-groups as an eligibility criterion makes it difficult to identify any confounding variables. The study of risk of bias is limited by the applied method but demonstrates that studies with high risk of bias most likely does not influence the results. The results give a general impression of a vulnerable, understudied population, and a research field that needs more focus. Important implications are to educate professionals about this population, and to treat this behavior as a symptom or sign of a challenged upbringing.

Innholdsfortegnelse

1. INTRODUKSJON.....	1
1.1 INNLEDNING	1
1.2 PROBLEMFORMULERING.....	2
1.3 AVGRENSNING OG BEGREPSAVKLARING.....	3
2. BAKGRUNN	6
2.1 NORMATIV OG AVVIKENDE SEKSUALITET HOS BARN OG UNGE	6
2.1.1 Barns seksualitet.....	6
2.1.2 Begrepsavklaringer.....	8
2.1.3 Hvordan forstå problematisk eller skadelig seksuell atferd hos barn?	9
2.1.4 Håndtering og behandling av problematisk eller skadelig seksuell atferd	9
2.1.4.1 Behandlingstilbud i Norge og Danmark.....	10
2.1.4.2 Behandlingseffekter	11
2.1.4.3 Opplevelse av behandling	12
2.1.5 Prevalens for problematisk eller skadelig seksuell atferd	13
2.1.6 Screening for problematisk eller skadelig seksuell atferd	14
2.1.7 “The juvenile sexual offender”	14
2.2 FORSKNINGSFELTET	15
2.2.1 JanusCentrets statusrapport 2003-2018.....	16
2.2.1.1 Omsorgssvikt	17
2.2.1.2 Diagnoser	17
2.2.1.3 Familie og foreldre.....	18
2.2.2 Empirisk litteratur som beskriver stabilitet	19
2.2.2.1 Barn til ungdom	20
2.2.2.2 Ungdom til voksen	21
2.2.3 Systematiske review	23
2.2.3.1 Tener & Katz (2019).....	23
2.2.3.2 Malvaso et al. (2019)	24
3. METODE	27
3.1 INN-/ EKSKLUSJONSKRITERIER	27
3.1.1 Studiekarakteristika	27
3.1.2 Studiepopulasjon.....	27
3.1.2.1 Alder og kjønn	28
3.1.2.2 Problematisk eller skadelig seksuell atferd	28
3.1.2.3 Kliniske utvalg	29
3.1.2.4 Størrelse på utvalget.....	29
3.1.2.5 Variabler og gruppering	29
3.2 INFORMASJONSKILDER OG SØKESTRATEGI	29
3.3 STUDIESELEKSJON	33
3.4 DATAINNSAMLING.....	34
3.4.1 Metode for datainnsamling	34
3.4.2 Inkluderte variabler	35
3.4.2.1 Aversive barndomsopplevelser	35
3.4.2.2 Foreldre- & familiefaktorer	36
3.4.2.3 Stabilitet	37

3.5 VURDERING AV RISIKO FOR BIAS	37
3.6 STRATEGI FOR SYNTSE.....	42
4. RESULTATER.....	44
4.1 PRESENTASJON AV FORSKNINGSFELTET	44
4.2 RISK OF BIAS	49
4.3 AVERSIVE BARNDOMSOPPLEVELSER	51
.....	53
4.3.1 Passiv omsorgssvikt.....	53
4.3.2 Seksuelle overgrep.....	54
4.3.3 Fysisk vold.....	54
4.3.4 Emosjonell & psykisk vold.....	55
4.3.5 Observerte vold i hjemmet.....	56
4.4 FORELDRE- & FAMILIEFAKTORER.....	56
4.4.1 Bor med minst én biologisk forelder.....	58
4.4.2 Foreldre med rusmisbruk.....	58
4.4.3 Foreldre fullført videregående skole	59
4.4.4 Foreldre arrestert eller fengslet	59
4.4.5 Foreldres psykiske lidelser	60
4.4.6 Foreldres aversive barndomsopplevelser	60
4.5 STABILITET.....	61
4.6 OPPSAMLING	63
5. DISKUSJON.....	65
5.1 FUNNENE I KONTEKST AV ANNEN EVIDENS.....	65
5.1.1 Studiekarakteristika	66
5.1.2 Aversive barndomsopplevelser	67
5.1.2.1 Passiv omsorgssvikt.....	67
5.1.2.2 Seksuelle overgrep	67
5.1.2.3 Fysisk vold.....	68
5.1.2.4 Emosjonell & psykisk vold	68
5.1.2.5 Vitne til vold i hjemmet	69
5.1.3 Foreldre- & familiefaktorer.....	69
5.1.3.1 Bor med minst én biologisk forelder.....	70
5.1.3.3 Foreldre med rusmisbruk	70
5.1.3.4 Foreldre fullført videregående skole	71
5.1.3.5 Foreldre arrestert eller fengslet	72
5.1.3.6 Foreldres psykiske lidelser	72
5.1.3.7 Foreldre med aversive barndomsopplevelser	72
5.1.4 Stabilitet.....	73
5.1.5 Oppsamling av resultater sett i lys av diskusjonen	74
5.2 FUNNENE I ET TEORETISK PERSPEKTIV	75
5.2.1 Sosial læring	75
5.2.2 Tilknytning, mentalisering og psykobiologi.....	76
5.2.3 Manglende kunnskap og forståelse.....	78
5.2.4 Kan atferden forklares som belastningsreaksjoner og/eller forstyrret sosial forståelse? ..	78
5.3 VURDERING AV EKSISTERENDE FORSKNING	79
5.3.1 Usikkerhet ved studiene med tanke på rekruttering av deltakere	80

5.3.2 Usikkerhet med tanke på studiens definisjon av populasjonen	80
5.3.3 Usikkerhet i resultater med tanke på kjønn	81
5.3.4 Resultatene i lys av risk of bias-vurderingen.....	81
5.4 BEGRENSNINGER OG STYRKER VED EGET PROSJEKT	83
5.4.1 Søkestreng og anvendte begreper	84
5.4.2 Kliniske populasjoner	85
5.4.3 Utvalg og mangelen på sammenligningsgruppe	87
5.4.5 Revidering av risk of bias	88
5.4.6 Oppsummerende bemerkninger	89
5.5 FUNNENES IMPLIKASJONER	90
5.5.1 Funnenes kliniske relevans	90
5.5.2 Implikasjoner på samfunnsnormer	92
5.6 FREMTIDIG FORSKNING	92
5.6.1 Andre fokusområder og variabler.....	92
5.6.2 Utfordringer ved forskningsfeltet, og oppfordring til fremtidige empiriske studier	94
6. KONKLUSJON.....	97
7. REFERANSELISTE.....	100
8. PENSUMLISTE	109

1. Introduksjon

1.1 Innledning

Rundt 10 % av alle barn opplever seksuelle overgrep (Kloppen et al., 2016), og hele 1/3 av disse er begått av jevnaldrende barn og unge (Bufdir, if. Øverli et al., 2018). Til tross for et tilsynelatende stort problemomfang, er dette et tema som sjeldent omtales. Barn som utfører grenseoverskridende seksuelle handlinger mot andre barn kan derfor ofte bli kategorisert som “unge overgripere”, hvor de negative assosiasjonene tilhørende voksne overgripere også følger med. Denne betegnelsen er imidlertid utdatert, og kan ha en stigmatiserende funksjon (Askeland et al., 2017). Overgrep utført av barn skal ikke ses fra et voksent perspektiv, da man må skille mellom voksnes og barns seksuelle motiver. Seksuell atferd hos barn, som er utviklingsmessig upassende og som skader andre eller barnet selv, betegnes som problematisk eller skadelig seksuell atferd (PSA/SSA) (RVTS, 2020). Disse begrepene angir at atferden kan graderes etter hvor alvorlig den er, og at det følgelig er to behovsnivåer for intervensjon.

I tillegg til at velvalgte betegnelser og omtale av barna senker risikoen for stigmatisering og feil forståelse, tydeliggjør eksempelvis Nasjonalt Kunnskapscenter om vold og traumatisk stress i en rapport fra 2018, at også barn med PSA/SSA skal omfattes av barnas beste-konvensjonen (Øverli et al., 2018). Fokusgruppe-studien undersøkte blant annet hvordan ansatte i det norske barnevernet ivaretar barn mistenkt for å utøve seksuelt krenkende handlinger mot andre barn. Mot deres egne forutinntatte antagelser, fant de at ansatte i stor grad var engasjert i disse barnas beste, men samtidig manglet kunnskap, erfaringer og rutiner til å dekke barnas behov.

Manglende kunnskap om problemstillingen er også et gjennomgående tema i litteraturen på området. Å forstå skadelig seksuell atferd som utelukkende forårsaket av at barnet selv har opplevd seksuelle overgrep er en naturlig fortolkning av årsakssammenheng mange tyr til (Øverli et al., 2018). Imidlertid er budskapet generelt blant fagpersoner at dette er en forenkling, som kan begrense innsikten i barnas utfordringer. Avvikende seksuell atferd kan ha mange forskjellige årsaker;

som mobbing, traumer eller eksponering for seksuelle handlinger eller materiale. Imidlertid virker det som om det er en faglig konsensus at avvikende seksuell atferd skal tas alvorlig, da det kan være et symptom på mistrivsel. Men hva er den vitenskapelige begrunnelsen for denne og andre oppfatninger? Og hvordan skal man forstå og handle i møte med barn og unge med skadelig eller bekymrende seksuell atferd?

I Danmark utga Socialstyrelsen i februar 2021 rapporten “Vidensopsamling om børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd”, med det formål å følge opp erfaringene etter en landsdekkende innsats til målgruppen. De rapporterte blant annet en rekke sosiale og demografiske variabler på barna, i tillegg til behandlingseffekter. En av bidragsyterne til denne rapporten, JanusCentret, har også utarbeidet flere omfattende rapporter, hvor den seneste kom ut i mai 2021, hvor de oppsummerer mange års innsamlet data fra deres behandlingserfaring i Danmark. Denne typen data gir ikke bare innsikt i eventuelle årsaker, men også atferdens stabilitet, og hvordan det går med disse barna på lang sikt.

Ut over enkelte, dog omfattende, undersøkelser fra behandlingssteder i Danmark, synes den publiserte forskningen på området imidlertid å være begrenset når det gjelder barn under pubertetsalder. I tillegg eksisterer det få systematiske undersøkelser som oppsummerer funn fra publiserte internasjonale forskningsartikler som tar for seg de yngste barna. Gjennom en systematisk litteraturgjennomgang vil vi forsøke å identifisere og drøfte mulige faktorer som kan inngå i forståelsen av utviklingen og stabiliteten av problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn.

1.2 Problemformulering

Første målsetning var å bidra til forskningsfeltet. Ettersom en sammenstilling av resultater på barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd mangler, er viktig kunnskap utilgjengelig for relevante fagpersoner. Hensikten er derfor å samle den empiriske litteraturen for å gjøre den mer tilgjengelig. Mangel på kunnskap øker også risikoen for at den generelle forståelsen av populasjonen både blir forenklet og

feilaktig. En annen målsetning var derfor å undersøke den empiriske bakgrunnen for noen eksisterende antagelser om populasjonen. En åpen tilnærming til forståelsen av problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn, kan derfor konkretiseres i en todelt problemstilling.

Barns oppvekstvilkår vil være fokus for første del av spørsmålet. Både foreldre- og familiefaktorer og eventuelle aversive barndomsopplevelser vil derfor undersøkes gjennom følgende problemstilling:

A: Hvilke omstendigheter kan prege livet til et barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd, og hva er prevalensen av bestemte aversive barndomsopplevelser i denne populasjonen?

Hvorvidt den problematiske eller skadelige seksuelle atferden opphører eller vedvarer hos barnet er utgangspunktet for andre del av interesseområdet i angjeldende systematiske review. Med hensyn hertil vil del to av problemstillingen vedrørende vanskenes stabilitet undersøkes:

B: Hvor stabil er problematisk eller skadelig seksuell atferd hos barn, og hva sier forskningen om hvordan det går med disse barna på lang sikt?

Da det mangler en systematisk oversikt over studiene på forskningsfeltet, vil problemstillingene undersøkes i en gjennomgang av kvantitative studier om barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd uten å begrense bredden i mulige prediktive faktorer.

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Det eksisterer enkelte systematiske gjennomganger av temaets litteratur (f.eks. Tener & Katz, 2019 og Malvaso et al., 2019), men få som består av studier hvor barn under 12 år med problematisk eller skadelig seksuell atferd primært utgjør utvalget. Derfor vurderes det relevant å utføre en systematisk gjennomgang av alle studier som undersøker denne atferden i hos de yngste barna. Hva som kjennetegner

forskningsfeltet, både med tanke på forskningens design, hvor forskningen er utført og individene som utgjør utvalgene, vil bli presentert. En grundig oppsummering av variablene de forskjellige studiene undersøker vil også bli fremstilt, for å gi et inntrykk av forskningsfeltets primære interesseområder. Hensikten med oppsummeringen vil også være å gjøre det enklere for klinikere eller fremtidige kunnskapsoppsummeringer, å orientere seg i litteraturen.

I angjeldende systematiske review vil begrepene *problematiske og skadelig seksuell atferd* (PSA/SSA) anvendes. Når atferden kan beskrives som grenseoverskridende eller usunn med tanke på hyppighet, intensitet eller ikke er samsvar med utviklingsmessig modenhet er det snakk om *problematiske seksuell atferd* (RVTS, 2020). *Skadelig seksuell atferd* involverer gjerne andre barn, kan være overdreven, tvangspreget, hemmelighetsfull eller truende. Ved sistnevnte kan handlingene være skadelig, både for barnet som blir utsatt for handlingen, og for barnet som utfører den (RVTS, 2020). Ved bruk av begge begrepene begrenser ikke angjeldende systematiske review seg kun til atferd som skader andre, men også atferd som potensielt kan skade barnet selv. På denne måten blir et bredt spekter av avvikende seksuell atferd hos barn inkludert. I litteraturen på området finnes imidlertid flere begreper og definisjoner som beskriver samme fenomen, som vil bli redegjort for i (2.1.2).

Seksualisert atferd som imiterer eller likner den voksnes, er særlig bekymringsfull dersom den forekommer før barnet utvikler en seksualitet i voksen forstand. Det er derfor interessant å undersøke hvorfor problematiske eller skadelig seksuell atferd i noen tilfeller oppstår hos barn som ikke enda har nådd pubertetsalder. Alderskriteriet er satt til 12 år. Dette fordi pubertetens begynnelse, avhengig av kjønn, er ansett som å være ved Tanner Stage 2, når barnet er mellom 8-15 år (Emmanuel & Bokor, 2020). Da store deler av litteraturen setter sin grense ved 12 år, vurderes dette også som et naturlig valg i angjeldende systematiske review. Et annet argument for å undersøke denne aldersgruppen, er mangel på en systematisk gjennomgang av forskning på nettopp prepubertale barn. Majoriteten av systematiske review på området undersøker som kjent ungdom med problematiske eller skadelig seksuell atferd.

Interessen for hva som kjennetegner populasjonen undersøkes gjennom inndragelse av noen utvalgte relevante variabler. Faktorer knyttet til oppvekstmiljø, foreldre og familie blir lagt fokus på. I tillegg var ønsket å undersøke hvorvidt barnet har opplevd noen potensielt traumatiske opplevelser i barndommen. Dette ble betegnet som aversive barndomsopplevelser, og inkluderer hvorvidt barnet har blitt utsatt for fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep eller har observert vold i familien.

Stabiliteten av atferden blir undersøkt ved inndragelse av studier som måler skadelig eller problematisk seksuell atferd hos barna over tid. Studier med flere målepunkter blir også anvendt for å si noe om hvordan det går med disse barna.

2. Bakgrunn

Forskningsfeltet på barn under 12 år er, som nevnt, smalt. På bakgrunn av eksisterende evidens vil et teoretisk og empirisk bakteppe til temaet bli etablert. Først vil relevante begreper bli redegjort for, og en grense mellom normal og avvikende seksuell atferd vil bli konstruert (2.1). Her vil tilknyttede temaer og systemer som for eksempel behandling, prevalens, kriminalitet og etiologi bli berørt. Videre vil angjeldende systematiske review bli plassert i kontekst av eksisterende evidens, og andre systematiske gjennomganger på området (2.2).

2.1 Normativ og avvikende seksualitet hos barn og unge

Verdens helseorganisasjon (WHO, u.å) definerer seksualitet som en integrert del av menneskers personlighet. Seksualitet blir kategorisert som et grunnleggende behov, og noe som påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker. Definisjonen fra WHO begrenser seg ikke til voksne, men presiserer at seksualitet er noe som eksisterer gjennom livet.

2.1.1 Barns seksualitet

Barndommens seksualitet har ifølge Zeuthen (2019) ofte enten vært oversett eller alarmert, historisk sett. Dette har ført til at forskning på normal seksuell utvikling er begrenset, og eksisterende forskning i hovedsak omhandler forekomst og følger av seksuelle overgrep i barndommen (Zeuthen, 2019).

Zeuthen presenterer noen milepæler i barns seksuelle utvikling, som etableres allerede fra unnfangelsen. Så tidlig som i spedbarnsalderen kan man observere fysiologiske reaksjoner, og stimulering som kan likne onani. Fra treårsalderen begynner barnet å få en kjønnsidentitet, og etterfølgende ser man barnet leke på måter som gjenspeiler en interesse i kroppen og det voksne liv. Prepuberteten beskriver barnets seksuelle utvikling i den tidlige skolealder. Her foregår seksuell utforskning, som oftest på egenhånd, eller i relasjon med barn av samme kjønn. Det

er først i pubertetsalder barnets lyst blir målrettet og bevisst, og barnet får også innsikt i hva seksualitet betyr, og dens formål. Ifølge Zeuthen er det ikke før da den blir “seksuell” i voksen forstand (Zeuthen, 2019).

Det finnes noen empiriske studier som undersøker barns seksuelle atferd i normalbefolkningen. Eksempelvis ble seksuell atferd til 231 førskolebarn undersøkt i den svenske studien Larsson & Svedin (2001). Ifølge beskrivelser fra foreldrene viste mer enn 40% av barna én eller flere av følgende typer atferd; doktor-lek, berøring av eget kjønnsorgan hjemme, se på andre barns kjønnsorgan, gå rundt uten klær hjemme, aktivt forsøk på å se på andre som kler av seg, vise nysgjerrighet overfor fars penis eller ta på mors bryst. Den samme studien fant imidlertid at fem typer atferd var veldig sjeldne, og viste seg bare hos 3% av gruppen; å ta på kjønnsorganene til voksne, å forsøke å få en voksen til å ta på barnets kjønnsorgan, å forsøke å kle av andre barn, å imitere samleie med dukker eller imitere seksuelle leker med andre barn. Fra studien av Larsson & Svedin får man et inntrykk av en eksisterende bredde av seksuell atferd hos barn, samtidig som studien peker på at noen typer atferd begrenser seg til veldig få barn.

Samlet sett er det tydelig at barn har en seksualitet allerede fra tidlig alder, kanskje til og med fra fødselen av. Denne er imidlertid mer diffus, og kanskje mindre driftsdrevet enn hos voksne mennesker. Forståelsen av barns seksualitet kan derfor misforstås, hvis sett gjennom voksnes øyne. Til tross for enkelte empiriske studier som undersøker forekomst av seksuell atferd hos barn, og kunnskap om enkelte milepæler i seksuell utvikling, kan barns *seksualitet* fremstå som noe litt uklart. Hvert enkelt barn må ses i sammenheng med den kontekst og den spesifikke situasjon det befinner seg i (Zeuthen, 2019, s. 220). Det er dermed i mange tilfeller utfordrende å kartlegge hva som er normal seksuell atferd hos det enkelte barn.

I tillegg til at grensen mellom normativ og avvikende seksuell atferd kan være utydelig, kan det være vanskelig å vite hvordan man skal reagere i møte med seksuell atferd hos barn. I situasjoner hvor man er usikker på hvordan man bør håndtere og forstå barns atferd, har JanusCentret utviklet et bekymringsbarometer – også kalt Trafikklysmodellen (JanusCentret, 2021). Fargekode grønn indikerer at atferden er innenfor den normative og alderssvarende grensen. Gul representerer atferd som er utenfor normalområdet, som krever ekstra oppmerksomhet, og i noen tilfeller at det

gripes inn. Den mest alvorlige atferden fargekodes rød, og knyttes til atferd som krever en umiddelbar inngripen.

2.1.2 Begrepsavklaringer

Seksuell atferd utenfor normalen graderes ofte i to nivåer; problematisk og skadelig, på samme måte som trafikklysmodellen. Formålet her er blant annet å rette oppmerksomhet mot barnet. Todelingen anvendes dessuten for å skille mellom atferd som krever, eller ikke krever, øyeblikkelig inngripen. Den gjør det derfor også enklere å skille mellom atferd som helt sikkert skal defineres som alvorlig, og den som i større grad kan representere individuelle forskjeller i barns atferd. Noen spesifikke atferdstyper kan virke atypisk og avvikende, men fortsatt være innenfor normal seksuell atferd hos det enkelte barn.

Normal seksuell atferd beskriver seksuell interesse og lek som er alderssvarende. Leken foregår med jevnaldrende, og er preget av likeverd, likestilling, gjensidighet og nysgjerrighet (JanusCentret, 2021).

Problematiske seksuell atferd eller *bekymrende seksuell atferd (problematic sexual behavior)*, beskriver overdreven interesse og opptatthet av seksuelle aktiviteter, som skiller seg fra andre barns naturlige nysgjerrighet. Barnet foretrekker atferd som er grenseoverskridende, fremfor alderssvarende leker. Seksuell viten er ikke alderssvarende, og det kan være økt interesse for pornografi. I seksuelle aktiviteter med andre barn kan det være bestikkelser, trusler og tvang, eller tydelig forskjell i alder, modenhet og intellekt (JanusCentret, 2021).

Skadelig seksuell atferd eller *krenkende seksuell atferd (harmful sexual behavior)*, er den mest alvorlige atferden som, oftere enn problematisk seksuell atferd, er rettet mot andre barn. Det kan være seksuell aktivitet mellom barn med stor aldersforskjell, eller hvor et annet barn er utsatt for trusler, vold eller hemmeligholdelse. Det er situasjoner hvor det er snakk om overgrep, i form av eksempelvis orale, anale eller vaginale penetrasjoner (JanusCentret, 2021).

Seksuelle atferdsvansker (sexual behavior problems) er et uttrykk oftest anvendt på engelsk, og omhandler den samme typen atferd som problematisk eller skadelig seksuell atferd. Betegnelsen beskriver atferd som typisk involverer andre personer,

har en hyppigere frekvens enn hos andre barn, og opptar så mye av barnets oppmerksomhet at det hindrer normal utvikling (Kellogg, 2010).

Hands on viser til overgrep i form av berøring, frottage (ikke-penetrerende sex), penetrasjon eller forsøk på dette. *Hands off* er overgrep gjennom blotting, offentlig onani, verbalt krenkende atferd eller voyeurisme (tvangspreget trang til å se på andre) (JanusCentret, 2019, s. 22).

Sexual offending brukes i hovedsak om atferd som skader andre, og som er over grensen til det som er kriminelt i juridisk forstand. Grunnet forbindelsen til lovverk og straffesystem, knyttes uttrykket oftest til ungdom og voksne. Imidlertid brukes dette i enkelte forskningsartikler også blant yngre barn, ettersom det eksisterer en stor variasjon i strafferettslig lavalder på verdensbasis.

2.1.3 Hvordan forstå problematisk eller skadelig seksuell atferd hos barn?

Atferden er nødvendigvis ikke assosiert med seksuell tilfredsstillelse eller stimulering (Stevnshøj & Strange, 2016, if. JanusCentret, 2019). Derimot kan den være uttrykk for imitasjon, oppmerksomhetsøking, nysgjerrighet, angst og selvberoligelse (Chaffin, 2008, if. JanusCentret, 2019). Hegge (2020) bemerker også at all atferd er kommunikasjon, og at når barn og unge mangler språk, erfaring eller evne til å søke hjelp, må voksne observere deres atferd for å fange opp behovet for hjelp og støtte.

2.1.4 Håndtering og behandling av problematisk eller skadelig seksuell atferd

Ettersom problemstillingens karakter spenner seg over flere områder, som det strafferettslige, omsorg- og familiesituasjonen til barnet, skolegangen, og eventuelle psykiatriske forhold, behandles barna ofte av tverrfaglige instanser og behandlingsteam. I første del av undertemaet knyttet til behandling, vil det forsøkes å gi et overblikk over behandlingstilbud og system i Norge og Danmark (2.1.4.1).

Selv om angjeldende systematiske review ikke direkte tar for seg behandling og behandlingseffekter, vurderes det også relevant å gi et innblikk i dette området. For

eksempel baserer forskningslitteraturen seg i stor grad på utvalg hentet fra forskjellige behandlingstilbud og klinikker. Kunnskap om behandlingen gir dermed innsikt i utvalget. Litteraturen som angjeldende systematiske review beskjeftiger seg med, er i all hovedsak fra USA. Det er derfor nødvendig å gi innsikt i litteratur som gjennomgår behandlingstilbud på et mer internasjonalt plan, sammenliknet med den nordiske. Det vil derfor følge et avsnitt om behandlingseffekter (2.1.4.2) hvor en metaanalyse av kvantitative studier om behandlingseffekt bli presentert.

Videre vurderes det særlig relevant å få en innsikt i hvordan pasientgruppen selv opplever det å ha problematisk eller skadelig seksuell atferd. Sist vil det derfor presenteres funn fra et kvalitativt systematisk review, som undersøker ungdommer med PSA/SSA i et behandlingsforløp (2.1.4.3).

2.1.4.1 Behandlingstilbud i Norge og Danmark

I Norge finnes to offisielle nasjonale samlinger av instanser på feltet; Nasjonalt kompetansenettverk om barn og unge med skadelig seksuell atferd, og Nasjonalt klinisk SSA-nettverk i psykisk helsevern-barn og unge (RVTS, 2020). Disse er tverrfaglige nettverk, bestående av blant annet instansene barnevern, politi og barne- og ungdomspsykiatri. I Danmark er det tre behandlingssteder som utfører utredning og behandling som del av en landsdekkende innsats; SEBA i Aalborg, Rådgivningscentret i Aarhus og JanusCentret i København og Odense (Socialstyrelsen, 2021). Disse tilbyr også rådgivning om og til målgruppen.

JanusCentret understreker viktigheten av tidlig innsats og forebyggende arbeid. De skriver at barn som viser tegn til begynnende mistrivsel bør oppspores, og at det bør iverksettes forebyggende arbeid ved tegn til begynnende problematikk (2019, s. 19). Ifølge JanusCentrets statusoppdatering fra 2019 har hele 69.8 % av klientene seksuelt bekymrende atferd i ett eller flere år før de kommer inn til utredning. Det poengteres videre at overgrep mellom barn kan skje på mange forskjellige plattformer; skolen, barnehagen, hjemme, hos venner eller på forskjellige digitale arenaer.

De seksuelle atferdsvanskene behandles gjerne først når atferden er til skade for barnet selv eller andre. I følge Socialstyrelsen (2021) er psykologisk testing, klinisk intervju, anamnese, nettverkssamtale og risikovurdering, elementer som kan inngå i

et dansk utredningsforløp. De anvendte behandlingsformer i Danmark er individuelle forløp, nettvekforløp, gruppeforløp, behandlingsforløp med familien og mediasjon. Den sistnevnte en terapeutisk prosess hvor offer og krenker forberedes på å møte hverandre. I tillegg kan behandlingsstedene tilby konsultative tjenester.

2.1.4.2 Behandlingseffekter

I 2008 publiserte Amand og kollegaer en metaanalyse som undersøker behandling utviklet for barn opp til 12 år, med seksuelle atferdsproblemer. De ønsket å forske på relasjonene mellom egenskaper ved behandlingsformene og pasientgruppen, og resultater av behandling (Amand et al., 2008). Mål på Child Sexual Behavior Intevntory (CSBI) var hovedmålet for behandlingsresultat, og score på Child Behavior Checklist (CBCL) var sekundærmålet. Når forskerne undersøkte behandlings- og utvalgs-egenskaper individuelt, hadde noen bestemte elementer signifikant påvirkning på effektstørrelsen på tvers av behandlinger. Nærmere bestemt var foreldrepraksis et avgjørende element, med tanke på foreldreferdigheter og håndtering av atferd, regler og undervisning om seksuell atferd, og forebygging av overgrepstatferd. Barnets selvkontrollferdigheter, familiens engasjement i behandlingen og at barnet er i førskole-aldersgruppen var også elementer som påvirket effektstørrelsen på tvers av behandlinger. Det var foreldreferdighetene og førskole-aldersgruppen som var de sterkeste prediktorene, når man målte flere variabler samtidig. Amand og kollegaer konkluderer med at den førstnevnte var det praksiselementet som i sterkest grad var assosiert med reduserte seksuelle atferdsvansker.

Forfatterne konkluderer videre med at deres resultater er en motsetning til den typiske kliniske tilgangen til behandlingsprogrammer for seksuelle atferdsvansker, som benytter praksiselementer opprinnelig designet for ungdommer og voksne seksualforbrytere. Forskerne konkluderte også at gruppeterapi ikke var mer effektivt enn individuell- eller familieterapi, og at både atferd-fokuserte og traumefokuserte intervensjoner reduserte seksuelle atferdsvansker.

En begrensning ved den nevnte studien, er at kun korttidsutfallene av behandling ble vurdert. Det ble nærmere bestemt funnet for få studier, til å undersøke resultater på lengre sikt. Metaanalysen er imidlertid omfattende, og baserer seg blant annet på

litteratursøk i 13 elektroniske databaser, uten tidsbegrensning på inkludert forskning. Elleve behandlingsutfallsstudier som evaluerte 18 spesifikke behandlinger av seksuelle atferdsvansker, er inkludert.

Forskningen til Amand og kollegaer er viktig for angjeldende systematiske review av flere grunner. Det er den eneste identifiserte metaanalysen som beskjeftiger seg med barn i den relevante aldersgruppen. Den viser videre viktigheten av blant annet foreldres involvering i behandlingen, noe som sannsynligvis er mer fremtredende i behandling av de yngste barna. Konklusjonen viser også at man, i behandlingsøyemed, skal skille mellom barn og ungdommer, da disse to gruppene skiller seg fra hverandre. På denne måten anerkjenner metaanalysen at problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn under 12 år, er et problem som skal anerkjennes og anses som et fenomen i seg selv.

2.1.4.3 Opplevelse av behandling

Campbell og kollegaer publiserte i 2020 et kvalitativt systematisk review av opplevelsene unge med skadelig seksuell atferd og deres familier har av profesjonelle intervensjoner. Forfatterne ønsket å etablere hvilke behandlingskomponenter som anses som akseptable eller brukbare for unge og deres familier. Et søk ble gjennomført i 14 elektroniske databaser i tillegg til at eksperter ble kontaktet for å identifisere relevante studier. Tretten kvalitative studier publisert mellom 2002-2014 var inkludert, hvor studiene baserte seg på barn og unge under 21 år som hadde mottatt intervensjoner for SSA og/eller foreldre eller omsorgsgivere og deres erfaringer.

Fem overordnede temaer ble identifisert som sentrale for suksessfulle intervensjoner fra perspektivene til unge og deres omsorgsgivere, ifølge Campbell et al. (2020). Det første var praktikerens eller klinikerens rolle, og den relasjonen som ble etablert med den unge. Her var den unges mulighet for å dele følelser, og klinikerens rolle som underviser sentralt. Det andre temaet var omsorgsgiverens rolle og engasjement i behandlingen. Her var støtte og oppfølging av behandlingen, i tillegg til grensesetting, sentrale emner. Det tredje temaet var intervensjoner som så den unges SSA i en større kontekst. Her var involvering av den unges nettverk, som familie, skole og andre sosiale grupper, et viktig bidrag i suksessfulle intervensjoner. Den

unges egne aversive barndomsopplevelser var også viktige faktorer som skulle tas med i betraktningen her. Det fjerde temaet var effektiv kommunikasjon med terapeuten, familien og andre, og lære å snakke åpent og dele informasjon på en riktig måte. Det femte temaet var utvikling av evner til å håndtere krenkende atferd ved å styrke kompetanse, selvtillit og følelse av mestring. Dette sistnevnte temaet var viktig for å hindre gjentakelse av atferd etter endt behandling.

Reviewet til Campbell et al. (2020) er relevant da det viser hva den unge selv opplever er viktig når det gjelder intervensjoner rettet mot PSA/SSA. Dog får ikke forfatterne med perspektivene til de som ikke fullførte eller takket nei til behandling. De får heller ikke med synspunktene til yngre barn eller unge kvinner, da reviewet hovedsakelig inkluderte studier som fokuserte på ungdomsgutter.

2.1.5 Prevalens for problematisk eller skadelig seksuell atferd

Innledningsvis nevnes det at ett av tre seksuelle overgrep mot barn utføres av jevnaldrende (1.1). Det finnes også studier som viser at opp mot 50% av alle seksuelle overgrep mot barn, begås av andre barn eller unge (Kleive, 2016). Hvor stor andel av denne gruppen som er barn under 12 år, er sjeldent oppgitt som estimat i forskningslitteraturen. Kruse (2011) har imidlertid utarbeidet en oversikt over noen estimer knyttet til omfang. En studie, basert på selvrapportering blant svenske og norske 17-19 åringer, fant at 5% av guttene og 1% av jentene hadde begått et seksuelt overgrep (Kjellgren, 2009, if. Kruse, 2011). En liknende studie basert på selvrapportering hos unge menn i USA, fant at 3,2% til 7,8% hadde begått et seksuelt overgrep (Weinrott, 1996, if. Kruse, 2011). Kruse (2011) konkluderer blant annet med at offeret ved de fleste av overgrepene er jevnaldrende eller yngre enn barnet som begår handlingen, og det er oftest gutter som begår overgrep mot jenter. Generelt viser litteraturen at overgrep mot barn oftest skjer i ungdomstiden. Dette gjelder både for offeret og for den som utøver overgrepene (Kruse, 2011).

Det bemerkes at tallene skal tolkes med varsomhet, dersom de skal overføres til barn under 12 år. Det ses nemlig at estimatene i litteraturen oftest måler eldre barn og unge. I de tilfellene hvor yngre barn medregnes, ses det sjeldent at prevalensestimaterne er oppdelt etter aldersgrupper. Basert på dette er det derfor ikke identifisert prosentestimer som gjelder for barn under 12 år spesifikt.

2.1.6 Screening for problematisk eller skadelig seksuell atferd

Da alvorlighetsgraden av seksuell atferd kan variere, finnes det noen standardiserte redskaper som har til hensikt å identifisere skadelig seksuell atferd, og måle nivået av en eventuell risiko for at noen blir skadet.

CSBI (Child Sexual Behavior Inventory) (Friedrich, 1997) er en gjenganger i den empiriske litteraturen som er aktuell for angjeldende systematiske review. Redskapet består av 38-spørsmål, og er et av de mest anvendte redskapene for å måle seksuell atferd. Screeningsredskapet er imidlertid opprinnelig utviklet til å vurdere barn som er utsatt for, eller hvor det er mistanke om, seksuelle overgrep. I situasjoner hvor redskapet anvendes til å måle problematisk og skadelig seksuell atferd, benyttes gjerne en redigert versjon, hvor noen av spørsmålene er fravalgt.

MEGA (Multiplex Empirically Guided Inventory of Ecological Aggregates for Assessing Sexually Abusive Adolescents and Children – Ages 19 and Under; Miccio-Fonseca, 2009) er en annen strukturert utredningsprotokoll til vurdering av risiko for seksuelt skadelig atferd. Denne er utarbeidet til å egne seg både for kvinner og menn, straffedømte og ikke-straffedømte, ungdommer og barn under 12 år, og de med lavere intellektuell funksjon. MEGA består av fire skalaer; “The risk scale” – vurdering av generell risiko, “The protective risk scale” – generelt funksjonsnivå, “Estrangement Scale” – familie- og sosiale faktorer, og “Persistent Sexual Deviancy Scale” – faktorer knyttet til atferden mer spesifikt.

2.1.7 “The juvenile sexual offender”

Den tilsynelatende største delen av forskningslitteratur på området vedrører seksuell atferd innenfor det kriminelle spekteret. Selv om det nesten utelukkende gjelder barn og unge over 12 år, er denne forskningen relevant for angjeldende systematiske review. Det er nærmere bestemt sannsynlig at holdninger, kunnskap og statistikk om problematisk eller skadelig seksuell atferd hos ungdommer, påvirker hvordan man behandler og forstår barn med samme problematikk.

Et av kjerneområdene for forskningsinteressen er “recidivism”; i hvilken grad en person begår nye kriminelle handlinger – *gjentagelse*. Metaanalysen til McCann &

Lussier (2008) undersøker dette fenomenet, med utgangspunkt i 18 longitudinelle studier. Studien inkluderte artikler med ungdommer fra 6-20 år som hadde begått en kriminell seksuell handling. Deltakerne var rekruttert fra samfunnet generelt, eller fra institusjoner. Tilbakefall eller gjentakelse ble definert som en kriminell seksuell handling som resulterte i kontakt med myndighetene, og oppfølgingstiden var gjennomsnittlig mellom fem og ni år. Studien viste stor variasjon i gjentakelsesrater for seksuelle forbrytelser, fra 1.6% til 29.9%, og et samlet gjennomsnitt på 12.2%. Til sammenlikning rapporterer samme studie en generell gjentakelsesrate for alle kriminelle handlinger på 53%. Det skal bemerkes at dette siste målet kun var basert på 14 av studiene.

Da det tyder på at majoriteten av studier på forskningsfeltet av ungdomskriminelle er produsert i USA, er det sentralt å påpeke at enkelte systemer er særegne for dette straffesystemet. Denne særegenheten kan være spesielt sentral når det er snakk om systemer som har påvirkning på behandlingen og kriminalomsorgen til disse menneskene. En rekke stater har siden voldtekten og drapet på syv år gamle Megan Kanka i 1994, praktisert et offentlig registreringssystem for seksualforbrytere. Systemet kalt Megan's Law, har som formål å opplyse og beskytte mennesker i lokalmiljøet, ved at personlig informasjon om den straffedømte offentliggjøres. Dette systemet har imidlertid fått kritikk for at det ikke finnes noe evidens for effekten av Megan's Law på eksempelvis gjentakelsesprosjenter (Zgoba et al., 2018). Videre argumenteres det for at loven bryter menneskerettigheter og hindrer integrering i av kriminelle i samfunnet.

2.2 Forskningsfeltet

Herunder vil det bli presentert en rekke forskningsresultater, hvor hovedfokus vil være på de områder i forskningsfeltet som undersøkes i syntesen. Å presentere forskning som inngår i det relevante forskningsfeltet har som hensikt å sette søkelys på nødvendigheten av en systematisk gjennomgang. De følgende avsnittene vil også bidra til å etablere en kontekst og et utgangspunkt for angjeldende systematiske review, samt være en referansesamme for den innsamlede empirien.

Først vil en rekke forskningsresultater fra JanusCentrets statusrapport fra 2003-2018 presenteres. En omfattende oppsummering av rapporten anses som nødvendig da den etterfølgende skal benyttes til sammenligning av resultatene i oppgaven. Videre vil det komme en gjennomgang av systematiske kunnskapsoppsummeringer med hovedfokus på PSA/SSA hos barn og unge. Avslutningsvis vil det i hvert avsnitt trekkes frem noen begrensninger i den aktuelle forskningen, som vi ønsker å overkomme i inneværende systematiske review.

2.2.1 JanusCentrets statusrapport 2003-2018

JanusCentret i Danmark har barn i alderen 4-18 år med seksuelt bekymrende, grenseoverskridende og krenkende atferd som sin målgruppe. Selv om deres utvalg inkluderer barn og unge, under og over 12 år, er dette høyst relevante data, sett i sammenheng med angjeldende systematiske review. Siden 2003 har JanusCentret vært en klinikk for utredning, behandling og samling av viten om nettopp denne delen av befolkningen (JanusCentret, 2019). Det er ikke identifisert andre studier eller datarapporteringer som er så omfattende som denne rapporten, og derfor anses den som det beste utgangspunktet for sammenligning av angjeldende systematiske reviews resultater.

JanusCentrets siste statusrapport gjelder for perioden 2003-2018 og er dataopplysninger registrert på bakgrunn av 524 barn og unge som alle har utvist bekymrende og/eller seksuelt krenkende atferd overfor andre barn og unge (JanusCentret, 2019). Datainnsamlingen baserer seg på kliniske intervjuer, spørreskjemaer både klienten selv og tilhørende nettverk har utfyllt, i tillegg til saksmapper fra forvaltningen.

Blant klientene er det et overfall av gutter (86%), og gjennomsnittsalderen ved første seksuelle krenkelse er 11 år, mens gjennomsnittsalder på visitasjonstidspunktet er 12.2 år. Nesten en tredjedel (30%) av klientene er kun henvist på grunn av det de kaller “bekymrende seksuell atferd” og har derfor heller ingen ofre ved tidspunkt for visitasjon. Motsatt har 70% av klientene et eller flere ofre og er henvist på grunn av “seksuelt krenkende atferd”. JanusCentret (2019) finner også at hver fjerde klient har utført overgrep som har forekommet forut for det som har ført til henvisningen.

2.2.1.1 Omsorgssvikt

Blant JanusCentrets klienter er det nærmest tre fjerdedeler (73.5%) som har opplevd en form for passiv omsorgssvikt i oppveksten. Den største andelen (72.7%) tilhører den gruppen som har vært utsatt for følelsesmessig omsorgssvikt, der foreldrene ikke har vært følelsesmessig tilgjengelig. Utover dette har 13.9% opplevd ernæringsmessig omsorgssvikt, 11.9% har opplevd materiell omsorgssvikt og 3.4% har opplevd omsorgssvikt av medisinsk art (JanusCentret, 2019).

Hva angår aktiv omsorgssvikt, hvilket defineres som aktive handlinger rettet mot barnet som det ikke har godt av, ses det også høye prosentestimer. Hele 41.6% av klientene har selv vært utsatt for psykisk vold i familien, og 38.2% har vært vitne til psykisk vold i hjemmet. Når det gjelder fysisk vold har 37.4% av klientene selv vært utsatt for det, hvor det i over halvparten av tilfellene er faren som utfører volden. 33.8% av klientene har vært vitne til fysisk vold i familien, oftest mellom mor og far. (JanusCentret, 2019).

Før oppstart av et forløp på JanusCentret er det registrert at over en tredjedel (34.7%) av klientene har vært utsatt for seksuelle overgrep. 21.1% av klientenes opplevelser med seksuelle overgrep har forekommet utenfor familien, hvor 75% av disse krenkelsene er utført av barn og unge under 18 år. Blant de overgrepene som har forekommet innad i familien er opp mot halvparten utført av et søsken (49.5%). 25.3% har blitt misbrukt av sin far og 20% har blitt misbrukt av et annet familiemedlem som ikke er mor, stefar eller fosterfamilie. Utover dette har 12.4% av klientene vært vitne til seksuelle overgrep i familien, hvor hovedparten av disse er mellom foreldre (JanusCentret, 2019).

2.2.1.2 Diagnoser

Gjennom testing med WISC-IV har klientgruppen fått kartlagt sitt intellektuelle funksjonsnivå. Resultatet viser at 26.6% ligger opp til én standardavvikelse under normalområdet for hva som intelligensmessig er gjennomsnittet for alderen (IQ 85-115), og 14% er i lettere grad mentalt retardert (IQ 50-69). De konkluderer med at 46.8% av klientene vil ha en utfordret intellektuell utvikling og flere vil ha bruk for særlig støtte og omsorg resten av livet (JanusCentret, 2019).

WISC-IV tester også språklige kompetanser, og ved JanusCentrets klienter har 41.7% av klientene ikke tilstrekkelige språklige kompetanser til at tradisjonell psykoterapeutisk behandling med innsiktsgivende hensikt vil være profiterende (JanusCentret, 2019).

Ved bruk av Rorschach-testen har JanusCentret vurdert klientenes personlighetsstruktur. Her finner de blant annet at 90.4% av klientene er forstyrret i deres tilknytningsevne og 80.1% har følelsesmessige utfordringer i alvorlig grad. Klientgruppen fremstår derfor i stor grad både sosialt isolert, hemmet følelsesmessig og med vanskeligheter for å inngå i gode gjensidige relasjoner med jevnaldrende. Manglende tillit til voksne har også ført til at barna ikke evner å knytte seg følelsesmessig forpliktende til andre (JanusCentret, 2019).

For å gi et inntrykk av om klientene har en atferdsforstyrrelse måler JanusCentret deres involvering i ildspåsettelse og dyremishandling, da disse vurderes som symptomer på dyssosiale atferdsmønstre. Til sammen har 24.4% utvist minst ett av de to atferdssymptomene. Klienter med dyssosial atferd skiller seg også fra den øvrige klientgruppen da de har høyere anbringelsesprosent (60.9%) (JanusCentret, 2019).

2.2.1.3 Familie og foreldre

Klientene ved JanusCentret er en utsatt gruppe. Deres data viser at 38% av barna er anbrakt utenfor hjemmet, mens 71.5% av klientene har oppbrutte familier der foreldrene ikke bor sammen. I rundt en tredjedel av tilfellene har barna vokst opp i et hjem med grenseløs og grenseoverskridende seksuell atferd, hvor 44.8% av disse har overværet seksuelle aktiviteter utført av foreldrene eller andre i hjemmet. (JanusCentret, 2019).

Med data basert på selvrapportering har JanusCentret kartlagt noen karakteristika som kjennetegner klientenes foreldre. Datagrunnlaget baserer seg på 209-497 besvarer alt avhengig av variabelen som måles. Data om foreldre viser at 39% av mødrene har grunnskole som høyeste gjennomførte utdanning, og 45.1% står utenfor arbeidsmarkedet. Blant fedrene er det 28% som ikke har høyere utdanning enn grunnskole og 20% som er arbeidsledige. Når det gjelder psykiatriske diagnoser

har 52.4% av mødrene og 26.7% av fedrene til klientene ved JanusCentret minst én. I tillegg har også 20.9% av fedrene en eller annen form for misbruk. Av mødrene har 19.1% vært anbrakt utenfor hjemmet som barn, og for fedrene er denne prevalensen 11.5%. Det ses også en høy andel av overgrep i foreldrenes barndom da 47.5% av mødrene og 26.4% av fedrene selv har vært offer for minst én form for overgrep av enten seksuell art eller i form av fysisk eller psykisk vold (JanusCentret, 2019).

Dog høyst relevant, dukket ikke JanusCentrets rapporter opp i det gjennomførte systematiske søket. Dette skyldes blant annet at dette ikke er en peer-reviewed publikasjon, og at rapporten er publisert gjennom deres egen hjemmeside. Dataene bidrar til å gi en god oversikt over PSA/SSA i den danske befolkningen under 18 år. På den annen side påpeker de selv at utvalget ikke er representativt for PSA/SSA blant danske innbyggere da deres populasjon er en klinisk gruppe. Mer spesifikt rettet mot angjeldende review, deler ikke rapporten opp barna i over og under 12 år, og derfor kan ikke denne inkluderes i det samlede datagrunnlaget.

2.2.2 Empirisk litteratur som beskriver stabilitet

Da et av eksklusjonskriteriene for angjeldende systematiske review var en spesifikk aldersgrense, ble noe forskning på stabilitet i atferd valgt fra. Mer spesifikt fordi de unge ble rekruttert etter fylte 12 år, og delvis baserte seg på retrospektive mål. Slike studier har imidlertid en relevans, ved at de gir innsikt i kontinuiteten og stabiliteten av atferden på lengre sikt.

Først vil en studie som tar for seg kontinuitet av atferden fra barn til ungdom, bli presentert (2.2.2.1). Dette har som hensikt å gi innblikk i den atferd som unge med PSA/SSA har hatt i sin barndom. Det skal understrekes at funnene er begrenset i at de kun kan belyse egenskaper hos barn, hvis problematiske eller skadelige seksuelle atferd har vedvart til ungdomstiden. Studien kan dermed motsatt ikke si noe om barn, hvis atferd har avtatt før ungdomstiden. Etterfølgende vil en studie som undersøker kontinuitet fra ungdom til voksenliv bli presentert (2.2.2.2). Dette har de samme utfordringene som det første studiet. Imidlertid vil det likevel bli dannet en viss kontekst for etterfølgende syntese av longitudinelle mål.

2.2.2.1 Barn til ungdom

Burton (2000) publiserte en studie som undersøkte progresjonen og utviklingen til seksuell kriminalitet, og ønsket å finne ut om barn med seksuelle atferdsproblemer utvikler evnen til å utføre mer skadelige og seriøse forbrytelser som ungdommer og/eller som voksne. Progresjon fra barndom til ungdom var derfor i hovedfokus. Studiet hadde som utgangspunkt å beskrive unge fengslede, uavhengig av forbrytelse, i tre grupper, på bakgrunn av om de i studien tilstod seksuelle gjerninger. Første gruppe var unge som tilstod seksuelt aggressiv atferd fra barndom og som fortsatte inn i ungdomsårene (*kontinuerlige forbrytere*), andre gruppe tilsto seksuelt aggressiv atferd kun oppstått etter en alder av 12 år (*ungdomsforbrytere*) og siste gruppe rapporterte seksuelt aggressiv atferd før, men ikke etter, en alder av 12 (*tidlige lovbrytere*). Omkring 45% av de fengslede ungdommene tilhørte den første gruppen, og 47% av hele utvalget tilhørte den siste. Gjennomsnittsalder var 16.9 år, med et spenn fra 12 til 22.

Utvalget var hentet fra tre lokasjoner i Michigan som behandler ungdomsgutter som er seksuelle forbrytere. Litt under fem hundre deltok i en anonym tverrsnittsundersøkelse, hvor 263 tilsto seksuelle forbrytelser og ble delt inn i de tre gruppene beskrevet over (Burton, 2000).

Resultatene fra forskningen viste at fengslede lovbrytere hadde større sannsynlighet for å ha vært “kontinuerlige lovbrytere”, mens unge som var fengslet for annen ikke-seksuell kriminalitet i større grad var “tidlige lovbrytere”. Å være i “ungdomsforbryter”-gruppen hadde lik sannsynlighet for å ha blitt fengslet for seksuelle forbrytelser som andre forbrytelser (Burton, 2000).

Generelt viste resultatene at de “kontinuerlige forbryterne” hadde høyere grad av og mer komplekse gjerningsmønstre. De “tidlige forbryterne” hadde lavest grad og kompleksitet av gjerningene. De “kontinuerlige forbryterne” hadde høyere score på antall kriminelle handlinger enn de andre gruppene (Burton, 2000).

Denne studien er relevant for angjeldende systematiske review, da den setter søkelys på at seksuell kriminalitet i barndommen ikke nødvendigvis vedvarer inn i ungdomslivet. Det er dog interessant at resultatene tilsier en økt risiko for kriminell atferd i ungdommen, hvis man har hatt kriminell seksuell atferd i barndommen. Til

sist gir studien informasjon om at barn som har vedvarende seksuell kriminell atferd, har like mye annen ikke-seksuell kriminell atferd (Burton, 2000). Forskningen inkluderer imidlertid kun et ikke-randomisert utvalg og benytter seg av retrospektive data, som Burton selv poengterer. Derfor får man kun innsikt i en populasjon som er kriminell, og ikke en der den kriminelle atferden avtok før ungdomsårene.

2.2.2.2 Ungdom til voksen

Lussier & Blokland (2014) undersøkte de kriminelle mønstrene, og kontinuiteten, i ungdom og voksne som er seksuelle forbrytere i en prospektiv longitudinell fødselskohort-studie fra 1984 i Nederland – “The 1984 Dutch birth cohort”. Datagrunnlaget var personer født i Nederland i 1984, og politidata registrert i Police Record System fra 1986 og frem. Oppfølgingsperioden ble avsluttet da kohorten var rundt 23 år gamle, og data på kriminalitet var hentet fra de var 12 år. Utvalget i studien bestod kun av menn, og utgjorde derfor et antall på 87.528 personer, hvor 21.860 (25%) hadde minst én registrert kriminell handling. Kriminalitet ble målt ved to tidsperioder; ungdomstid mellom 12-17 år (*juvenile sexual offenders, JSO*), og tidlig voksenliv fra 18-23 år (*adolescent sexual offenders, ASO*). 341 (0.4%) hadde en registrert seksuell forbrytelse i ungdomstiden, og 377 (0.5%) hadde en i voksenlivet. Gruppen med seksuelle forbrytelser hadde gjennomsnittlig 1.3 (SD = 0.9) registrerte tilfeller, noe som betyr at de fleste kriminelle forbrytelser i denne kohorten var én-gangs-tilfeller. Gjennomsnittlig startet kohorten med seksuell kriminalitet i en alder av 17.9 år (SD = 3.0). Både ungdoms- og voksen-gruppen ble delt inn etter hvor mange registrerte tilfeller av kriminalitet de hadde.

Resultatene for kontinuitet viste at det å være JSO øker sannsynligheten for å bli en ASO. 0.5% av de ungdomskriminelle som ikke hadde forbrytelser av seksuell karakter hadde én seksuell forbrytelse som voksen. Til forskjell ble 3% av ungdom med én seksuell forbrytelse ASO. Resultatene viser også at voksne med 2-5 seksuelle forbrytelser i 14.5% av tilfellene (8 av 55) hadde vært JSO, og 4.5% (17 av 377) av ASO hadde vært JSO. Forskerne påpeker dog at selv om denne risikoen for kontinuitet inn i voksenlivet er forhøyet er den fortsatt ganske lav – få JSO blir ASO, og få ASO var JSO. 91.3% av den seksuelle kriminaliteten begått i voksenlivet var av gruppen uten registrerte tilfeller av seksuell kriminalitet som ungdom. Derfor

viste resultatene at det å begå seksuell kriminalitet i tidlig voksenliv ikke krever en historie med kriminalitet i ungdommen, men at som frekvensen av generell kriminalitet øker i ungdommen så øker sannsynligheten for å begå seksuell kriminalitet i voksenlivet (Lussier & Blokland, 2014).

Lussier & Blokland (2014) trekker også frem at ASO-personene i stor grad var personer som begynte deres kriminelle karriere i voksenlivet, da kun én av fem ASO hadde registrert kriminalitet i ungdommen. Uansett aldersgruppe eller gruppe for antall registrerte tilfeller av kriminalitet, så fant forskerne at ikke-seksuell kriminalitet var mer prevalent enn seksuell kriminalitet, noe som betyr at personene først og fremst hadde en generell, og ikke seksuelt spesifikk, kriminell karriere.

Til sist utførte forskerne en regresjonsanalyse for å finne den beste prediktoren for seksuelle forbrytelser i voksenlivet basert på parametere for ungdomskriminalitet. Resultatene viste at å ha begått en seksuell forbrytelse som ung (OR=1.75) og å ha 2-5 (OR=2.49) eller minst 6 (OR=3.86) registrerte forbrytelser generelt var fremtredende prediktorer (Lussier & Blokland, 2014).

Dette studiet konkluderer med at JSO og ASO alt i alt er to distinkte fenomen, og hvis ungdommer som utfører seksuell kriminalitet forblir kriminelle inn i voksenlivet, er det ikke-seksuell kriminalitet de blir arrestert for. Derfor ser det ut til at en ungdom med seksuell kriminalitet ikke tar med seg denne atferden inn i voksenlivet. Dog konkluderer de også med at personer som startet deres seksuelle kriminelle karriere i voksenlivet hadde en historie med generell kriminalitet som startet tidligere, noe som betyr at som frekvensen av generell kriminalitet øker, øker også sannsynligheten for å bli arrestert for en seksuell forbrytelse (Lussier & Blokland, 2014).

Begrensningene ved studiet påpekt av forskerne selv er heterogenitet i form av et utvalg som kun er basert på nederlandske unge. Studien er også basert på offisielle data, og ingen andre kilder til informasjon om kriminalitet. De mener også at en lengre follow-up periode i voksenlivet vil kunne føre til andre resultater, f.eks. flere voksne registrert med seksuell kriminalitet. Forskerne kontrollerte ikke for eventuell påvirkning strafferettslige inngreps-intervensjoner kan ha hatt på de unges kriminelle bane (Lussier & Blokland, 2014).

2.2.3 Systematiske review

Gjennom det systematiske søket i angjeldende review ble det identifisert andre systematiske review på området. Disse ble ekskludert i screening, men bevart til gjennomgåelse. Med utgangspunkt i denne metoden har det ikke blitt identifisert noen systematiske review eller metaanalyser med samme formål som angjeldende review. Svært få benytter utelukkende barn under 12 år som utvalg, og identiske mål eller metodiske valg ble ikke oppdaget. Det vil likevel i det følgende komme en gjennomgåelse av de review, som har som hensikt å undersøke PSA/SSA hos barn under 12 år. Avslutningsvis vil begrensninger i de aktuelle studiene bli belyst, med tanke på hvordan de på en hensiktsmessig måte kan overkommes med konkrete metodevalg i angjeldende review.

2.2.3.1 *Tener & Katz (2019)*

I 2019 ble det publisert et systematisk review av Tener & Katz som undersøkte *preadolescent peer sexual abuse*, eller PAPSA, hos barn under 12 år. Reviewet var designet til å undersøke den PAPSA som foregår utenfor familiekonteksten, og ikke den som foregår mellom søsken. Databasene Criminal Justice Abstracts, PsycNET, PubMed, ScienceDirect, Springer, og Web of Science ble benyttet og PRISMA guidelines ble fulgt. Søkestrengen bestod av syv søkeord, det ble kun inkludert peer reviewed studier og artiklene skulle være publisert mellom 2008-2018. Det sistnevnte kriteriet var for å ta hensyn til den oppdaterte viten og utviklingen innenfor forskningsfeltet som har kommet de senere år. Forskerne fant til sammen ni studier, hvor syv hadde en kvantitativ metodologi. Alle studiene var basert på rapportering av egne opplevelser fra barn som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep, trakassering, vold og overgrep, hvor det i flertallet av studiene var barna selv som rapporterte. Reviewet slår fast en seriøs mangel av forskning på området, og påpeker at deres hypoteser kun ble besvart med få og ofte mangelfulle resultater. Syntesen var en kvalitativ analyse av studiene.

Tener & Katz finner at konseptualiseringen av PAPSA varierer mellom studiene. Seks av ni studier benyttet kun definisjoner av trakassering, og ikke alvorligere former for seksuelt misbruk. Det var ikke lagt fokus på overgrep i de fleste studier,

noe forskerne forklarer med tilstedeværelsen av en underliggende antagelse i forskningsmiljøet om at denne typen atferd ikke er typisk eller ikke eksisterer blant unge barn. Videre ser de en indikasjon på at seksuelt skadelig atferd blant jevnaldrende er mindre vanlig generelt blant yngre barn sammenlignet med eldre barn og unge. Forfatterne fant også at programmer for denne typen atferd ikke i like stor grad er rettet mot barn under 12, men at eksponering for preventive- og intervensjons-programmer av høy kvalitet, førte til redusering av atferden mellom jevnaldrende blant yngre barn.

Tener & Katz kritiserer selv sitt eget review for å bestå av mangelfull forskning. I noen studier var det ikke mulig å identifisere aldersforskjellen mellom offeret og barnet som utførte handlingene. Dette gjorde at de ikke kunne være sikre på om overgriperen faktisk var over eller under 12 år. De påpeker også at selv om det var mulig å identifisere studier med data på yngre barn involvert i seksuelle handlinger med en jevnaldrende, var ikke fokuset i studiene alltid på denne aldersgruppen. Til slutt påpeker de at størstedelen av studiene baserte seg på utvalg fra USA, og representerer derfor en veldig spesifikk samfunnsmessig og kulturell kontekst (Tener & Katz, 2019).

Angjeldende systematiske review ønsker å nå bredere ut og dermed inkludere flere studier. Selv om Tener og Katz (2019) benyttet mange databaser, var det en begrenset mengde av og bredde i søkeordene. Ved å ikke sette noen begrensning på årstall for publiserte studier, og benytte et høyere antall søkeord, er målet å inkludere flere studier i angjeldende review. Utover dette har Tener & Katz begrenset seg til studier med utvalg basert på ofre. På denne måten blir ikke studier med barn som utviser PSA som ikke spesifikt er rettet mot noen, inkludert. Angjeldende systematiske review vil benytte en annen type utvalg basert på data hentet fra barn identifisert med PSA/SSA. Videre vil det bli satt søkelys på andre variabler tilknyttet denne delen av befolkningen. Tener og Katz inkluderer også kvalitativ forskning, noe angjeldende review unngår for å kunne sammenligne resultatene mer systematisk.

2.2.3.2 Malvaso et al. (2019)

Gjennom et systematisk review publisert i 2019, gir Malvaso og kollegaer en syntese av litteratur omhandlende egenskaper ved barn og unge som utviser skadelig seksuell

atferd. Her skiller de mellom barn og unge gjennom begrepene *problem sexual behavior* (PSB), som beskriver en atferd hos barn som anses som utviklingsmessig upassende for alderen, og *sexually abusive behavior* (SAB), som benyttes til å beskrive unge i alderen 10-17 med en atferd som forekommer uten samtykke, og som kan innebære trusler, makt og tvang. Barn som er i strafferettslig alder (som i denne studien er fra 10 års alder), og som er funnet skyldig og dømt for en seksuell forbrytelse, betegnes som *adolescents who have committed sexual offences* (ASOs) – en betegnelse som kun benyttes når studiet bruker definisjonen på SAB.

Definisjonene er basert på CEASE guidelines fra 2012, som er utviklet for å kunne skille mellom atferd basert på strafferettslig ansvar, utviklingsnivå og alder (Malvaso et al., 2019).

Malvaso et al. (2019) inkluderte kun artikler fra år 2000 og frem, og i utgangspunktet kun peer-reviewed studier med kvantitative data. Dog hadde de opprinnelig et ønske om å ha fokus på barn i institusjoner, men ettersom det fantes få empiriske studier på dette emnet, ble også case studier, kvalitative analyser og rapporter inkludert hvis de hadde data på nettopp dette. Reviewet fulgte PRISMA guidelines fra 2009 for søkestrategien, og benyttet databasene PsycInfo, PubMed, Embase, Social Services Abstracts og CINCH, i tillegg til Google Scholar. De inkluderte 78 studier, hvor opp mot halvparten var fra USA, og nesten alle var tverrsnittstudier (Malvaso et al., 2019).

Til sammen fant Malvaso og kollegaer syv studier som undersøkte PSB (og SAB) blant barn og unge. Disse var blant de få av studiene som ikke baserte seg på selvrapportering, men i stedet benyttet seg av sakspapirer og rapporteringer fra omsorgsgiver og sosialarbeider. Funnene vurderes ikke gode nok til å bli presentert samlet, og reviewet trekker heller funn fra enkeltstudier frem. Forfatterne konkluderer med at studiene er begrenset av små utvalgsstørrelser og manglende sammenligningsgruppe, noe som utelukker muligheten til å lage prevalensestimater for atferden. Likevel kommenterer de at signifikante emosjonelle og atferdsmessige problemer fremstår karakteristisk for barn med PSB og SAB (Malvaso et al., 2019).

Seks studier hadde et longitudinelt design for å undersøke utviklingstrekkene blant ASOs og barn og unge med PSB og SAB. Også her blir resultatene ikke presentert samlet, men gjennom enkeltstudier. To av studiene finner lav andel av gjentakende

atferd, noe som vil si at den problematiske eller skadelige seksuelle atferden ikke var vedvarende. Dog viser ett av studiene at selv om den seksuelle forbrytelsen forble en enkelthendelse hadde de unge flere andre typer kriminelle lovbrudd etterfølgende (Malvaso et al., 2019).

Det systematiske reviewet konkluderer blant annet med at funnene peker i retning av at uenighet og dysfunksjon i familien kan være viktige faktorer som påvirker barna til å begå seksuelle lovbrudd. For barn som utfører overgrep i institusjoner kan det å identifisere og adressere familiære risikofaktorer assosiert med utviklingen av problematferd, redusere PSB og SAB i denne typen setting (Malvaso et al., 2019).

Selv om dette systematiske reviewet både er forholdsvis nytt, og deler syntesen opp etter aldersgruppe, er resultatene for barn under 12 år så mangelfulle at forfatterne ikke kan konkludere med noe konkret. Reviewet benytter et bredt tidsintervall og de samme databasene som de benyttet i angjeldende review, med flere. En antagelse er at da reviewet er begrenset til definisjonene i CEASE guidelines, får forfatterne ikke søkt bredt nok innenfor forskningsområdet for denne aldersgruppen, og ender derfor kun opp med syv relevante studier. Dette ønskes overkommet i angjeldende review, så det kan identifiseres flere studier for den relevante målgruppen.

3. Metode

Dette er et systematisk review av studier som undersøker problematisk- og skadelig seksuell atferd hos barn under 12 år. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020 (Page et al., 2021) er benyttet som retningslinjer for metode og fremgangsmåte, og i det følgende vil denne bli presentert.

3.1 Inn-/ eksklusjonskriterier

Før gjennomføringen av søket ble det utarbeidet en rekke inklusjon- og eksklusjonskriterier som dannet grunnlaget for studieseleksjon.

3.1.1 Studiekarakteristika

Alle publiserte empiriske studier, med kvantitativt datamateriale ble inkludert. Studiene skulle være peer-reviewed, og være skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk. Det ble ikke ekskludert noen studier på bakgrunn av tidspunkt for publisering.

3.1.2 Studiepopulasjon

Angjeldende systematisk review hadde som formål å undersøke en populasjon bestående av barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Imidlertid er det enkelte studier som oppgir foreldre eller behandlere som utvalget. Disse ble inkludert, dersom det var barna som utgjorde utgangspunktet for rekruttering av deltakere. Barna som populasjon dekker følgende inklusjonskriterier, utdypet herunder.

3.1.2.1 Alder og kjønn

Studier ble inkludert dersom de hadde et utvalg bestående av barn opp til og med 12 år. Dersom aldersspennet i studien strakk seg til over 12 år, ble studien inkludert dersom gjennomsnittsalderen på utvalget var under 12 år. I praksis ble dermed studier med aldersgjennomsnitt på 12.1 ekskludert. Studier som hadde eldre deltakere ble inkludert hvis de hadde aldersgrupperinger, hvor karakteristika og resultater på barn under 12 år ble presentert isolert.

Studier med retrospektive design ble også inkludert dersom deltakere var selektert på bakgrunn av deres problematiske eller skadelige seksuelle atferd før fylte 12 år, eller hvis gjennomsnittsalder ved sampling var under 12 år. Dette for å kunne finne longitudinelle data om stabilitet og framtidsutsikter for barn med skadelig seksuell atferd. Retrospektive studier med sampling av deltakere etter fylte 12 år ble ekskludert, til tross for at de rapporterer mål før fylte 12 år. Dette begrunnes med at seleksjon av deltakere fra disse studiene ville medført et skjevt utvalg, ettersom 100% av barna fortsatt ville hatt skadelig seksuell atferd i ungdomsalderen. Man ville derfor manglet data på de deltakerne, hvor atferden oppstod i barndommen, men avtok før ungdomsalderen.

Longitudinelle studier med målepunkt etter 12 år ble inkludert dersom seleksjon av deltakere, og identifisering av skadelig seksuell atferd, fant sted før barna fylte 12 år.

Ingen studier ble ekskludert på bakgrunn av kjønn.

3.1.2.2 Problematisk eller skadelig seksuell atferd

Deltakerne i de inkluderte studiene skulle være karakterisert ved problematisk eller skadelig seksuell atferd. På grunn av et tilsynelatende smalt forskningsfelt er det ikke stilt flere spesifikke kriterier til dette punktet, for å ikke ekskludere relevante artikler. Dette medfører at et bredt spekter inkluderes med tanke på alvorlighetsgrad av problematisk og skadelig seksuell atferd. I den ene enden finnes eksempelvis studier med foreldrerapportert bekymrende seksuell atferd, og i den andre enden studier som utelukkende rapporterer aggressiv seksuell atferd som skader andre, og barn i kriminalomsorgen.

3.1.2.3 Kliniske utvalg

For at funnene skal kunne generaliseres til unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd i den generelle befolkning, var målet at utvalget representerte bredden av problematikken. Studier ble derfor ekskludert hvis de baserte seg utelukkende på et “klinisk utvalg”, hvor eksempelvis 100% av deltakerne hadde en psykisk lidelse. Dette kriteriet ekskluderte også utvalg bestående utelukkende av personer som selv har opplevd seksuelle overgrep, og hvor rekrutteringen av deltakere har tatt utgangspunkt i dette.

3.1.2.4 Størrelse på utvalget

Det ble ikke stilt krav til antall deltakere i studiene, og derfor ble ingen studier ekskludert på bakgrunn av utvalgsstørrelse.

3.1.2.5 Variabler og gruppering

Det ble ikke stilt noen eksklusjonskriterier med tanke på variabler i forkant av søket. Dette skyldes en av målsetningene i angjeldende systematiske gjennomgang; å undersøke hvilke variabler studier på området undersøkte. Alle inkluderte studier er dermed tatt med i første del av syntesen, som utgjør en generell presentasjon av forskningsfeltet. Innen søket ble gjennomført og tekstene ble selektert, hadde reviewet som hensikt å finne et visst antall longitudinelle studier. Formålet var å se hvor stabile og vedvarende noen utvalgte variabler er over tid. Det ble videre lagt en plan om å undersøke foreldre- og familiefaktorer i populasjonen, og en rekke aversive barndomsopplevelser. De konkrete variablene ble bestemt i etterkant av søket, og studier som rapporterte et eller flere av disse variablene er gruppert i hver sin del av syntesen.

3.2 Informasjonskilder og søkestrategi

Det ble gjennomført elektroniske litteratursøk etter kvalifiserte studier i de følgende databasene:

- PsycInfo (OvidSP) 1806-3. mars 2021
- Embase (OvidSP) 1980-3. mars 2021
- PubMed (National Library of Medicine) 1844-3. mars 2021

Søkestrengen ble utarbeidet i samarbeid med veileder, den ble kvalitetsvurdert og tilpasset hver til enkelt database. I arbeidet med søkestrengen ble det foretatt flere utforskende litteratursøk, hvor identifiserte begreper ble benyttet til å bygge en stadig større og mer omfattende søkestreng. På denne måten ble det etablert en gradvis større innsikt i begreper benyttet i litteraturen. Dette ga mulighet til å utføre flere test-søk ettersom begrepene ble avdekket og benyttet.

Da søket ble gjennomført bestod søkestrengen av ord og begreper som beskriver problematisk eller skadelig seksuell atferd, forbundet med "OR". Følgende vil de anvendte søkestrengene for henholdsvis PsycInfo, Embase og Pubmed presenteres med antall resultater i parentes:

PsycInfo (1319):

"harmful sexual behaviour" OR "harmful sexual behavior" OR "problematic sexual behaviour" OR "problematic sexual behavior" OR "adolescent sexual abuse" OR "abnormal sexual behaviour" OR "abnormal sexual behavior" OR "deviant sexual behaviour" OR "deviant sexual behavior" OR "inappropriate sexual behaviour" OR "inappropriate sexual behavior" OR "abusive sexual behaviour" OR "abusive sexual behavior" OR "violent sexual behaviour" OR "violent sexual behavior" OR "peer sexual abuse" OR "juvenile sex offenders" OR "juvenile sex offender" OR "youth sexual offenders" OR "youth sexual offender" OR "sexually abusive youth" OR "sexually abusive children" OR "sexually abusive child" OR "sexual abuse by adolescent" OR "sexual abuse by adolescents" OR "sexual abuse by children" OR "sexual abuse by child" OR "adolescent sex offender" OR "adolescent sex offenders" OR "sexual abusive behaviour" OR "sexual abusive behavior" OR "sexual behaviour problems" OR "sexual behaviour problem" OR "sexual behavior problems" OR "sexual behavior problem" OR "adolescent sexual offender" OR "adolescent sexual offenders" OR "adolescent sexual abuser" OR "adolescent sexual abusers" OR "adolescents who sexually abuse" OR

"adolescent who sexually abuse" OR "children who sexually abuse" OR "child who sexually abuse" OR "problem sexual behavior" OR "problem sexual behaviour" OR "juveniles who sexually offend" OR "juvenile who sexually offend"

Embase (1013):

'harmful sexual behaviour' OR 'harmful sexual behavior' OR 'problematic sexual behaviour' OR 'problematic sexual behavior' OR 'adolescent sexual abuse' OR 'abnormal sexual behaviour' OR 'abnormal sexual behavior' OR 'deviant sexual behaviour' OR 'deviant sexual behavior' OR 'inappropriate sexual behaviour' OR 'inappropriate sexual behavior' OR 'abusive sexual behaviour' OR 'abusive sexual behavior' OR 'violent sexual behaviour' OR 'violent sexual behavior' OR 'peer sexual abuse' OR 'juvenile sex offenders' OR 'juvenile sex offender' OR 'youth sexual offenders' OR 'youth sexual offender' OR 'sexually abusive youth' OR 'sexually abusive children' OR 'sexually abusive child' OR 'sexual abuse by adolescent' OR 'sexual abuse by adolescents' OR 'sexual abuse by children' OR 'sexual abuse by child' OR 'adolescent sex offender' OR 'adolescent sex offenders' OR 'sexual abusive behaviour' OR 'sexual abusive behavior' OR 'sexual behaviour problems' OR 'sexual behaviour problem' OR 'sexual behavior problems' OR 'sexual behavior problem' OR 'adolescent sexual offender' OR 'adolescent sexual offenders' OR 'adolescent sexual abuser' OR 'adolescent sexual abusers' OR 'adolescents who sexually abuse' OR 'adolescent who sexually abuse' OR 'children who sexually abuse' OR 'child who sexually abuse' OR 'problem sexual behavior' OR 'problem sexual behaviour' OR 'juveniles who sexually offend' OR 'juvenile who sexually offend'

PubMed (718):

"harmful sexual behaviour" OR "harmful sexual behavior" OR "problematic sexual behaviour" OR "problematic sexual behavior" OR "adolescent sexual abuse" OR "abnormal sexual behaviour" OR "abnormal sexual behavior" OR "deviant sexual behaviour" OR "deviant sexual behavior" OR "inappropriate sexual behaviour" OR

"inappropriate sexual behavior" OR "violent sexual behaviour" OR "violent sexual behavior" OR "peer sexual abuse" OR "juvenile sex offenders" OR "juvenile sex offender" OR "youth sexual offenders" OR "sexually abusive youth" OR "sexually abusive children" OR "adolescent sex offender" OR "adolescent sex offenders" OR "sexual behaviour problems" OR "sexual behavior problems" OR "adolescent sexual offender" OR "adolescent sexual offenders" OR "adolescent sexual abusers" OR "problem sexual behavior" OR "problem sexual behaviour"

I søkestrengen benyttet i PubMed, er det en rekke ord og begreper som ikke ble inkludert, sammenliknet med de andre databasene:

abusive sexual behaviour; abusive sexual behavior; youth sexual offender; sexually abusive child; sexual abuse by adolescent; sexual abuse by adolescents; sexual abuse by children; sexual abuse by child; sexual abusive behaviour; sexual abusive behavior; sexual behaviour problem; sexual behavior problem; adolescent sexual abuser; juveniles who sexually offend; juvenile who sexually offend; adolescenets who sexually abuse; adolescent who sexually abuse; children who sexually abuse; child who sexually abuse.

Ovenstående ord ble fjernet fra søkestrengen i PubMed fordi databasen ikke fikk noen treff på begrepene. Informasjon om dette ble gitt gjennom beskjedene "Quoted phrases not found", etterfulgt av hvilke deler i søkestrengen det gjorde seg gjeldende for. Ved å beholde disse delene ga søkestrengen over 50.000 hits. Da diskrepansen mellom antall treff søkestrengen ga med og uten disse delene var meget stor, ble de vurdert som å føre til støy i søkeresultatet. Ordene ble derfor fjernet, og ikke anvendt i den endelige søkestrengen. Enkelte ord og begreper, som for eksempel *child sexual exploitation*, ble ikke inkludert i noen av søkestrengene, da de utelukkende forårsaket støy i resultatene.

I forkant av søket ble det forsøkt benyttet indekstermer (MeSH, Thesaurus og Emtree). Det var dog ikke var mulig å finne temaord med direkte tilknytning til "problematiske eller skadelig seksuell atferd blant barn og unge". Som demonstrert i søkestrengene presentert over, var det nødvendig med minimum tre ord for at hvert søke-begrep skulle være presist nok. Søk på indekstermer ga sjeldent mulighet for å

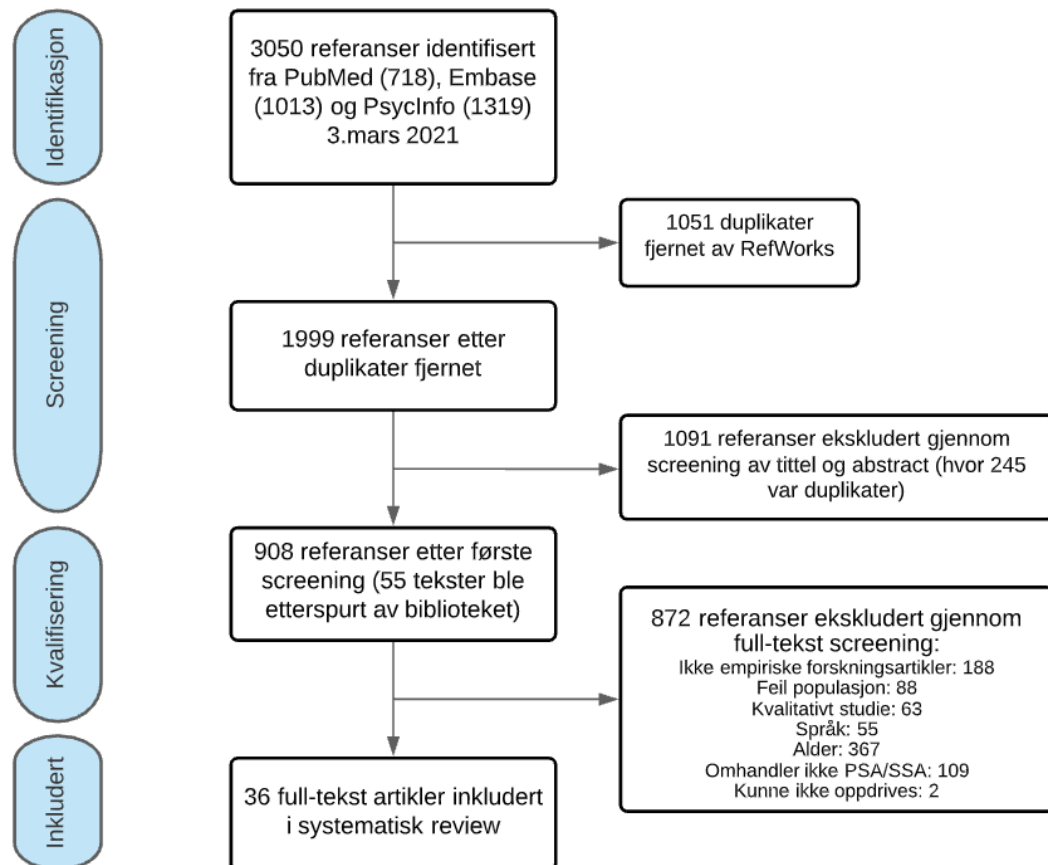
benytte hele tre ord til sammen. Konsekvensen av dette var at søk på indekstermer eksempelvis enten skulle være *child behavior*, *sexual behavior* eller *behavior problems*. Søk på denne typen indekstermer skapte mye støy, og ga ikke søkeresultatet noen brukbare artikler utover de som ble identifisert uten bruk av indekstermer. Derfor forble den endelige søkestrengen uten indekstermer.

Filteret “peer reviewed” ble benyttet i PsychInfo. Embase og Pubmed har ikke dette filteret tilgjengelig, ettersom alle artiklene i databasene er peer-reviewed.

Studier som ikke var mulig å oppdrive, eller som var utilgjengelige, ble samlet i en liste, og sendt til Aalborg Universitetsbiblioteks bibliotekarer. Det ble satt frist til 07.05.2021, for å motta disse.

3.3 Studieseleksjon

Det ble identifisert 3050 referanser (Figur 1) ved det endelige søket. Blant disse ble 1051 duplikater identifisert og ekskludert gjennom referanseprogrammet RefWorks. Deretter ble 1999 referanser screenet ved tittel og abstract. Her var det 1091 referanser som ikke møtte inklusjonskriteriene, mens 908 studier ble valgt ut til en mer dybdegående full-tekst analyse. I denne gjennomgangen ble 872 referanser ekskludert fordi de ikke møtte inklusjonskriteriene. Herunder ble 188 ekskludert fordi de viste seg å ikke være empiriske forskningsartikler, men heller, for eksempel, systematiske review eller konferanse-abstract; 88 ble ekskludert fordi de hadde feil populasjon, for eksempel et klinisk utvalg eller undersøkte en populasjon som ikke baserte seg på barn med PSA/SSA; 63 ble ekskludert fordi forskningen baserte seg på en kvalitativ metode; 55 ble ekskludert på bakgrunn av språk; 367 ble ekskludert fordi utvalget var for gammelt, nærmere bestemt over alderskriteriet på 12 år; 109 ble ekskludert fordi de viste seg å ikke være relevante fordi de ikke undersøkte emnet, men for eksempel heller skadelig seksuell atferd hos voksne. Det var kun 2 referanser som ikke var mulig å oppdrive. 36 studier møtte alle inklusjonskriteriene, og kunne derfor benyttes til en datasyntese.



Figur 1: Flowchart

Seleksjonen ved tittel og abstract ble ved de 300 første studiene utført på en ublind, standardisert måte av begge forfattere. Uenigheter ble løst ved konsensus, og deretter ble ytterligere 100 studier screenet. Da seleksjonen etter denne prosessen med kvalitetsvurdering viste seg å være tilnærmet identisk mellom de to forfatterne, ble resten av studiene delt opp og de to forfatterne screenet deretter hver sin halvdel.

3.4 Datainnsamling

3.4.1 Metode for datainnsamling

Fra de inkluderte forskningsartiklene ble data trukket ut ved grundig gjennomlesing av hver enkelt studie. Dersom studien selv ikke oppga det korrekte prevalens-estimatet, ble dette utregnet selv, hvis studien rapporterte tilstrekkelig informasjon. Et eksempel på dette er hvis studien oppga antall deltakere, men ikke

prosentutregningen. Prosessen foregikk ved at begge forfattere tok hver sin halvdel av studiene, og arbeidet selvstendig. Imidlertid ble enhver usikkerhet under denne prosessen drøftet mellom de to forfatterne, og prosessen ble kvalitetssikret underveis ved at et flertall av artiklene ble gjennomarbeidet av begge.

3.4.2 Inkluderte variabler

I første del av syntesen ble det samlet inn data på variablene *land, år for publisering, metode, rekruttering, kjønnsfordeling, alder og antall deltakere*. Manglende eller uklar informasjon ble markert og utdypet i informasjonstekst under tabellen. Det ble samtidig innsamlet en oversikt over alle variabler og mål på deltakernes karakteristika fra hver enkelt studie. Eksempler på dette er om en studie benyttet Child Behavior Checklist, eller hvorvidt deltakerne hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Det skal bemerkes at angjeldende systematiske review ikke rapporterer samtlige variabler artikkelforfatterne undersøker. Dette skyldtes oftest at studiene ikke inneholdt tilstrekkelig informasjon så det var mulig å hente ut data som var anvendelig for reviewets formål, eller at alderskriteriet ikke var dekket for det spesifikke målet.

Videre ble effektmål i form av prosent innsamlet på utvalgte variabler som skulle inngå i syntesen; *aversive barndomsopplevelser, foreldre- & familiefaktorer, samt stabiliteten* av problematisk eller skadelig seksuell atferd.

3.4.2.1 Aversive barndomsopplevelser

Av de ovennevnte tre mål er resultatene angående aversive barndomsopplevelser, som utgjør potensielt traumatiske hendelser i barndomsårene (Center for Disease Control and Prevention, 2021), først presentert. Fem kategorier av hendelser ble valgt ut; *passiv omsorgssvikt, seksuelle overgrep, fysisk vold, og emosjonell & psykisk vold*, og å være vitne til vold i hjemmet.

Hvorvidt barnet har vært offer for *passiv omsorgssvikt*, ble definert som at det over lengre tid opplevde følelsesmessig, medisinsk, ernæringsmessig eller materielt ikke å få den omsorg og trygghet barnet hadde bruk for (JanusCentret, 2019). Denne definisjonen stemmer også godt overens med den internasjonale versjonen til WHO

(2014) på *child physical neglect* – nemlig sviktende evne til å møte barnets fysiske behov, som tilstrekkelig med næring, klær, personlig hygiene og medisinsk hjelp.

Om barnet har vært utsatt for *seksuelle overgrep*, er definert som “at barnet inndras i seksuelle aktiviteter som det ikke kan forstå rekkevidden av, utviklingsmessig ikke er parat til, og derfor ikke kan gi tillatelse til, og/eller aktiviteter av denne karakter, som overskrider samfunnets sosiale eller rettslige normer” (Kempe, 1978, i JanusCentret, 2019, s. 17; WHO, 2014). Definisjonen ble dermed ikke begrenset til overgrep begått av noen bestemte personer, eller på et bestemt tidspunkt.

De to etterfølgende aversive barndomsopplevelsene var om barnet hadde opplevd fysisk eller psykisk vold.

Fysisk vold eller fysiske overgrep er definert som bevisst bruk av fysisk makt mot et barn som resulterer i – eller har stor sannsynlighet for å resultere i – skade for barnets helse, overlevelse, utvikling eller verdighet. Dette inkluderer å slå, banke, sparke, riste, bite, kvele, skålde, brenne og forgifte (WHO, 2014).

Begrepet *psykisk vold* beskriver overgrep som involverer både isolerte hendelser, og mønstre av svikt over tid fra foreldre eller omsorgsperson for å gi et utviklingsmessig passende og støttende miljø for barnet. Handlinger innenfor denne kategorien har stor sannsynlighet for å skade barnets fysiske eller mentale helse, eller dets fysiske, mentale, åndelige, moralske eller sosiale utvikling. Eksempler er å begrense barnets mulighet til å bevege seg rundt, bagatellisering, klandring, trusler, skremming, diskriminering eller latterliggjøring, og andre ikke-fysiske former for avvisning eller fiendtlig behandling (WHO (2014).

Den siste variabelen for aversive barndomsopplevelser handlet om hvorvidt barnet hadde vært vitne til *fysisk vold* i familien. Dette beskriver situasjoner hvor barnet selv ikke har vært utsatt for fysisk vold, men har vært til stede og bevitnet vold forekomme, eksempelvis mellom foreldrene.

3.4.2.2 Foreldre- & familiefaktorer

Del to av syntesen består av studier som rapporterte mål på utvalgte foreldre- & familiefaktorer, og undersøkte hva som karakteriserer familien til barn med

problematisk eller skadelig seksuell atferd. Den første variabelen rapporterer om barnet på måletidspunktet *bor med minst én biologisk forelder*. Den andre variabelen undersøker om barnet har *minst én forelder med et rusmisbruk*. Denne er ikke begrenset til om forelderen har et misbruk på måletidspunktet, men er også inkludert dersom det eksisterer en historie med avhengighet eller skadelig bruk av rusmidler. Hvorvidt *minst én forelder har fullført videregående skole* er den tredje variabelen. Den fjerde er om foreldrene tidligere har *vært eller er arrestert eller fengslet*. Om foreldrene har *psykiske lidelser* er den femte familiefaktoren, og inkluderer både selvrapporterte og diagnostisk validerte psykiske sykdommer. Den siste og sjettede faktoren er hvorvidt foreldrene selv har *aversive barndomsopplevelser*, som omsorgssvikt, fysisk eller psykisk vold.

3.4.2.3 Stabilitet

Siste del av syntesen har som formål å belyse stabilitet av skadelig seksuell atferd hos barn. Variabelen stabilitet har som formål å måle stabiliteten av atferden. Nærmere bestemt hvorvidt problematisk eller skadelig seksuell atferd avtar og forsvinner, eller forsterkes og gjentas. For at resultatene skal kunne si noe om et lengre tidsperspektiv, er studier med minst to målepunkt, over minst ett år, inkludert. Da det ble identifisert få studier som strakk seg over ønsket tidsintervall, ble alle former for mål inkludert; fra scores på spørreskjemaer til kriminelle seksuelle handlinger. Fra de samme longitudinelle studiene, ble det videre trukket ut alle former for mål i studiene, som ikke omhandlet PSA/SSA, men som kunne si noe om hvordan det gikk med barna fra første til siste målepunkt. For eksempel ble score på Child Behavior Checklist eller kriminelle handlinger rapportert.

3.5 Vurdering av risiko for bias

For å vurdere kvaliteten på syntesens inkluderte studier ble NIH Quality Assessment of Systematic Reviews and Meta-Analyses (NIH, u.å.) anvendt som redskap. Mer presis ble en *risk of bias*-vurdering utført for å undersøke om forskningens studiedesign eller selve utførelsen av artikkelen har gitt angjeldende systematiske

review skjeve eller usikre resultater. Ettersom majoriteten av de inkluderte studiene hadde tverrsnitt-design, ble enkelte spørsmål ekskludert, og andre ble anvendt med en oversettelse og justert fortolkning. I det følgende gjennomgås punktene, hvor de som anvendes er markert i fet skrift.

1. *Was the research question or objective in this paper clearly stated?*

Første spørsmål ble ikke inkludert i vurderingen av risiko for bias, da dette spørsmålet ble ikke vurdert som relevant. Dette var blant annet fordi de eldste studiene bli trukket på dette punktet, da krav for dokumentasjon og rapportering i artikler ikke var de samme som de er i dag, og derfor fremstår de mangelfulle i lys av nåtidens standarder og retningslinjer.

2. *Was the study population clearly specified and defined?*

Dette punktet ble i tabellen oversatt til: Er inklusjonskriterier og informasjon om sampling tydelig rapportert? (2). Spørsmålet måler i hovedsak om det er tilstrekkelig informasjon om deltakerne i artikkelen, til at man kan gjenta rekrutteringen, og få et utvalg som er tilsvarende likt det studiet har. I første ende handler det om hvorvidt studiet opplyser om inklusjonskriterier for deltakere, eksempelvis alder, kjønn og hvilken problematisk eller skadelig seksuell atferd barnet fremviser. I tillegg gjelder dette punktet informasjon om år og sted for rekruttering av deltakere, og for innsamling av data. Fra noen studier ble det kun anvendt en liten andel av deltakerne, eksempelvis fordi utvalget var delt opp i aldersgrupper, hvor den for barn ble benyttet. Her ble ofte informasjon gjeldende hele studiens populasjon benyttet, selv om dette ikke var spesifikk informasjon om gruppen som ble anvendt i syntesen for angjeldende systematiske review. Derfor var fokuset, i vurderingen av risiko for bias, på i hvilken grad populasjonen studien hadde som hensikt å undersøke var spesifikt definert.

3. *Was the participation rate of eligible persons at least 50%?*

Punktet ble i tabellen oversatt til: *Var deltakelsesraten på over 50%?* (3). Ved dette kriteriet ble studien godtatt, dersom den rapporterte at mer enn 50% av de

spurte personene valgte å delta i undersøkelsen. Et eksempel kan være at over halvparten av spørreskjemaene som ble sendt ut til klinikere på epost ble besvart. Flere av studiene rapporterte ikke mål på dette, og ble derfor markert med “NR” (not reported), for dette spørsmålet.

4. *Were all the subjects selected or recruited from the same or similar populations (including the same time period)? Were inclusion and exclusion criteria for being in the study prespecified and applied uniformly to all participants?*

Dette kriteriet krever at man har en viss bakgrunnskunnskap om populasjonen man ønsker å at funnene skal kunne overføres til, her barn med PSA/SSA. I dette tilfellet kan eksempelvis kjønnsfordeling eller sosioøkonomisk status være relevant. Da informasjon om barn med PSA/SSA i den generelle befolkningen er mangelfull, og det vurderes utfordrende å ta informerte avgjørelser på bakgrunn av denne er spørsmålet er valgt bort.

5. *Was a sample size justification, power description, or variance and effect estimates provided?*

Dette punktet ble i tabellen oversatt til: *Var utvalget over cut-off på 100 personer? (5)*. Ingen av studiene rapporterte estimer knyttet til utvalgsstørrelse. Grunnet fraværet av dette i samtlige studier, i tillegg til at studiene generelt har svært små utvalg, vil antall deltakere i seg selv bli vurdert her. Et passelig stort utvalg er sentralt, når det gjelder hvorvidt den aktuelle studien har mulighet til å oppdage en klinisk signifikant effekt (Faber & Fonseca, 2014). Å stille et generelt krav til antall deltakere, er imidlertid vanskelig. Utvalgsstørrelse avhenger nærmere bestemt av blant annet studiedesign, variabler i studiene, og hvor stor man forventer at effekten er (Faber & Fonseca, 2014). Et perfekt antall er dermed umulig å stille, når den skal gjelde på tvers av studier. Det ble likevel stilt et konkret krav til antall, etter blant annet en vurdering av hvor sjelden populasjonen barn under 12 år med problematisk eller seksuell atferd er. Kriteriet ble dermed vurdert som dekket, dersom studien hadde flere enn 100 deltakere.

6. *For the analyses in this paper, were the exposure(s) of interest measured prior to the outcome(s) being measured?*

Dette spørsmålet var ikke relevant da majoriteten av de inkluderte studiene benyttet tverrsnittdesign.

7. *Was the timeframe sufficient so that one could reasonably expect to see an association between exposure and outcome if it existed?*

Dette spørsmålet var ikke relevant da majoriteten av de inkluderte studiene benyttet tverrsnittdesign.

8. *For exposures that can vary in amount or level, did the study examine different levels of the exposure as related to the outcome (e.g., categories of exposure, or exposure measured as continuous variable)?*

Dette spørsmålet var ikke relevant da majoriteten av de inkluderte studiene benyttet tverrsnittdesign.

9. ***Were the exposure measures (independent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?***

Dette punktet ble i tabellen oversatt til: *Var målte variabler i artikkelen valide, reliable, klart definert, og målt likt på tvers av deltakerne?* (9). En artikkel som kun rapporterer mistenkte seksuelle overgrep vil bli underkjent på dette kriteriet. Ettersom det rommer tvil, med tanke på at hendelsen har skjedd, regnes dette ikke som et valid mål på aversive barnsopplevelser.

10. *Was the exposure(s) assessed more than once over time?*

Dette spørsmålet var ikke relevant da majoriteten av de inkluderte studiene benyttet tverrsnittdesign.

11. ***Were the outcome measures (dependent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?***

Dette punktet ble i tabellen oversatt til: *Var målet på PSA/SSA valid, reliabelt, klart definert og målt likt på tvers av deltakere? (11)*. Spørsmålet vedrører hvordan studiene har målt definisjonen på populasjonen – problematisk eller skadelig seksuell atferd – og om strategiene for å måle dette, er valide og reliable. Barn i behandling, kriminalomsorgen og utredningsforløp på grunn av PSA/SSA ble vurdert tilstrekkelig for å dekke dette kriteriet. PSA/SSA rapportert av foreldre, barnevern eller klinikere ble også vurdert som tilstrekkelig. Derimot ble vurdering kun basert på cutoff-scores på eksempelvis CBCL eller CSBI ikke vurdert som tilstrekkelig til å dekke dette kriteriet.

12. Were the outcome assessors blinded to the exposure status of participants?

Dette spørsmålet var ikke relevant, ettersom ingen av studiene har eksperimentelt design, og deltakerne ikke ble påført en eksponering.

13. Was loss to follow-up after baseline 20% or less?

Dette spørsmålet var ikke relevant da majoriteten av de inkluderte studiene benyttet tverrsnittdesign.

14. Were key potential confounding variables measured and adjusted statistically for their impact on the relationship between exposure(s) and outcome(s)?

Dette spørsmålet ble ikke inkludert ettersom få eller ingen av studiene hadde slike mål.

Begge forfattere gjennomførte *risk of bias*-vurderingen for hver sin halvdel av artiklene. I forkant av selve vurderingen, ble det foretatt en test-vurdering av et par artikler, for å sikre enighet mellom forfatterne. En undersøkelse av *risk of bias* er en vurdering av studienes interne validitet. En oppsamling av denne vurderingen vil bli presentert i syntesen (4.2). Innflytelsen av risiko for bias i studiene vil videre bli vurdert i diskusjonen (5.3.4), hvor også studienes eksterne validitet og generaliserbarhet vil bli diskutert.

3.6 Strategi for syntese

Et av delmålene ved innværende systematiske review var å skape et overblikk over forskningsfeltet. Derfor ble alle studier som dekket inklusjonskriteriene presentert i en tabell, med tilhørende informasjon om størrelsene på studiene. Konkret var dette studiekarakteristika, som antall empiriske artikler, hvilke land de kommer fra, og studienes design. I tillegg ble informasjon om utvalget i studiene, som rekruttering, utvalgsstørrelse, alder og kjønnsfordeling presentert her. I den tilknyttede kvalitative syntesen vil oppsummerende bemerkninger om karakteristika ved studiene bli presentert. Hvilke variabler studiene rapporterte er presentert i samme tabell, samt oppsummert i tekstform.

Hvilken vurdering studiene fikk når det gjelder *risk of bias*-vurderingen, tilhører også syntese-delen av angjeldende systematisk review. Konklusjonene herfra vil bli presentert i form av en tabell, og oppsummert i tekstform. Disse vil danne utgangspunktet for en senere diskusjon av funnene i lys av deres risiko for skjeve resultater. I diskusjonen vil det senere inngå en systematisk vurdering av hvilken påvirkning studiene, som er vurdert til å høyest risiko for bias, har på de overordnende resultater i angjeldende review.

Hoveddelen av syntesen ble utformet med det formål å besvare to problemstillinger i angjeldende systematiske review. Første spørsmål (A) var som nevnt: *Hvilke omstendigheter kan prege livet til et barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd, og hva er prevalensen av bestemte aversive barndomsopplevelser i denne populasjonen?*

For å undersøke hva prevalensen av bestemte aversive barndomsopplevelser er i populasjonen, ble studier som rapporterte på de utvalgte variablene gruppert sammen i syntesen under overskriften 4.3 *Aversive barndomsopplevelser*. Syntesen av hvilke omstendigheter som kan prege livet til et barn med PSA/SSA, ble presentert under overskriften 4.4 *Foreldre- & familiefaktorer*. At første problemstilling derfor er oppdelt i syntesen, er et valg som ble tatt for å se på variablene isolert. Det skal imidlertid bemerkes at dette er en oppdeling som er kunstig eller unaturlig, sammenlignet med fenomenenes anliggende i det virkelige liv. Det er derimot stor sannsynlighet for at faktorene påvirker hverandre, og kan ikke adskilles på denne

måten. Eksempelvis kan det argumenteres for at et barn, hvis foreldre har hatt en psykisk lidelse, også har økt risiko for å ha opplevd passiv omsorgssvikt. På samme måte som at et anbragt barn har økt risiko for å ha observert vold i hjemmet, og derfor har blitt fjernet fra sine biologiske foreldre.

Andre spørsmål (B) var som nevnt: *Hvor stabil er problematisk eller skadelig seksuell atferd hos barn, og hva sier forskningen om hvordan det går med disse barna på lang sikt?*

For å undersøke dette spørsmålet, ble alle longitudinelle studier som dekket inklusjonskriteriene, og hadde målepunkt over ett år, gruppert sammen i syntesen.

4. Resultater

I det følgende vil studiekarakteristika, samt en presentasjon av forskningsfeltet beskrives (4.1), etterfulgt av en vurdering av studienes risiko for bias (4.2). Syntesen av resultater fra angjeldende systematisk review, følger deretter. Denne består av tre hoveddeler; aversive barndomsopplevelser (4.3), foreldre- & familiefaktorer (4.4) og stabilitet (4.5), og har som formål å besvare alle deler av problemstillingene. Hver av de nevnte hoveddelene, er presentert i form av en tabell med alle resultater, og en kvalitativ syntese av de viktigste resultatene.

4.1 Presentasjon av forskningsfeltet

En av målene ved dette systematiske reviewet er å skape et overblikk over alle kvantitative studier som undersøkte problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn under 12 år. I de følgende avsnittene vil stuekarakteristika ved de de inkluderte studiene presenteres og oppsummeres.

Studieseleksjonen resulterte i 36 forskningsartikler (Tabell 1), med utvalg bestående av barn med PSA/SSA. Hvis aldersspennet i studien strekker seg over 12 år er gjennomsnittsalder oppgitt i tabellen for å fremme at det er under 12 år. Artiklene baserte seg på 27 unike datasett og artikler som delte datasett eller utvalg ble slått sammen hvor informasjon mellom studiene ble hentet ut. Av praktiske hensyn vil heretter artikler som er slått sammen omtales som én studie, hvor det ikke er presisert hvilken studie som rapporterer spesifikke data.

Studiene fordeler seg på 11 forskjellige land, hvor flertallet på 17 studier er fra USA. Fem studier var fra Canada og fire studier var fra henholdsvis Sverige, Storbritannia, New Zealand og Skottland. Utover dette var det ett studie som hadde rekruttert på tvers av flere land, henholdsvis USA, Canada, England, Irland, Skottland, Israel og Australia.

STUDIEKARAKTERISTIKA					
FORFATTER(E) (år)	LAND	METODE	MÅL / REDSKAP	REKRUTTERING	N (% gutter), ALDER
Allen (2017)	USA	Tverrsnitt	CSBI, CBCL, Child Maltreatment Reports, TSCC	Longitudinal Studies in Child Abuse and Neglect (LONGSCAN). 5 rekrutteringssteder (2 tilknyttet CPS, 2 en kombinasjon av kontakt og ikke kontakt med CPS, 1 tilknyttet barnelegeklinikk uten kontakt med CPS). Cutoff T>64 på CSBI-3 for inklusjon.	245 (49%*), 8 år
Allen et al. (2018)	USA	Tverrsnitt	BASC-2, CSBI, TSCYC, FSI	Pasienter ved et poliklinisk psykisk helseprogram som behandler mishandlede barn og yngre barn med problematisk seksuell atferd. Her kun inkludert barn med problematisk seksuell atferd.	10 (40%), 5-12 år
Barry & Harris (2019)	Storbritannia	Tverrsnitt, longitudinelt (<12 mnd)	TSCC, CSBI, SDQ, PSSS, aversive barndomsopplevelser	Barn henvist til Children's Programme med problematisk og skadelig seksuell atferd.	28 (82%), 6-14 år (μ=9.5)
Burton (1999)	USA	Tverrsnitt	Behandlingshistorikk, CBCL, aversive barndomsopplevelser, K-BIT, The Vineland Inventory, MESSY, CKAQ	Rekruttert gjennom Washington State's Department of Health and Human services. Seksuelt aggressive barn som skader andre barn.	37 (100%), 6-12 år
Burton et al. (1997)	USA	Tverrsnitt	PSA/SSA-karakteristika, foreldre- og familiefaktorer, alder ved identifikasjon av PSA/SSA, aversive barndomsopplevelser	Spørreskjemaer sendt ut til klinikere som jobber med barn som misbruker andre barn. Data er rapporter om pasienter med seksuell aggressiv atferd.	287 (79.4%), <12 år
Carpentier et al. (2006)	USA	Longitudinelt (>12 mnd), tverrsnitt	CBCL, CSBI, arrestasjoner	Barn med seksuelle adferdsvansker rekruttert fra barneverden, rettssystemer og ungdomsdomstoler, leger, skolepersonell og psykiske helsesentere mellom 1992 og 1995.	135 (60%), 5-12 år
Curwen et al. (2014)	Canada	Tverrsnitt	PSA/SSA-karakteristika, utdanning, aversive barndomsopplevelser, personlige og interpersonelle karakteristika, foreldre- og familiefaktorer, behandlingseffekt	Informasjon hentet fra klinikere som behandler barn med seksuelle adferdsvansker. Rekruttert dersom barnet hadde utviklingsmessig upassende seksuell atferd, med minst ett offer med en alder på minimum tre år yngre enn barnet selv.	62 (85%), 5-12 år
Ensink et al. (2018)	Canada	Longitudinelt (>12 mnd), tverrsnitt	CBCL, CSBI, aversive barndomsopplevelser	Deltakere rekruttert som del av en større studie som undersøkte psykososiale utfordringer i sammenheng med seksuelt misbruk av barn ^c . Innenfor denne populasjonen defineres seksuelle adferdsproblemer med cut-off T>65 på CSBI.	60 (30-40% ^{a,b}), 3-12 år
Gray et al. (1999); Gray et al. (1997); Pithers et al. (1998a); Pithers et al. (1998b); Pithers et al. (1998c)	USA	Tverrsnitt	CBCL, CBCL-TRF, foreldre- og familiefaktorer, aversive barndomsopplevelser, diagnoser, aggresjon, ECBI, CSBI, CATS	Flest deltakere henvist til behandling av psykisk helsepersonell, resterende henvist fra CPS, skole, familie, rettssystemet, fosterforeldreprogram, Children's Aid Society	127 ^d (65%), 6-12 år
Ikomi et al. (2009)	USA	Tverrsnitt	Aversive barndomsopplevelser	Data hentet fra Juvenile Probation Commission. Deltakere definert med seksuelle atferdsproblemer.	134 (100%), 10-12 år
Johnson (1988)	USA	Tverrsnitt	PSA/SSA-karakteristika, offer-karakteristika, aversive barndomsopplevelser, foreldre- og familiefaktorer	Behandling gjennom SPARK Program. Referert gjennom Department of Children's Services, rettssystemet, politiet, foreldre, skole, lærere, the Department of Probation og Public Defender's Office. Deltakere definert som utført utviklingsupassende seksuell atferd mot yngre barn.	47 (100%), 4-13 år (μ=9.7)
Lepage et al. (2010)	Canada	Tverrsnitt	Selvmondsforsøk, diagnoser, BSQ, CBCL, APQ, IPA, CTQ, FAD, CTS, PSA/SSA-karakteristika	Deltakere rekruttert gjennom Quebec's CPS for barnemishandling eller alvorlige adferdsproblemer. Inkludert dersom barnet har atferd som er rettet mot andre.	28 (77%), 6-11 år

Lightfoot & Evans (2000)	New Zealand	Tverrsnitt	Foreldre- familiefaktorer, CBCL, aversive barndomsopplevelser, akademisk forsinkelse, "Understanding You" questionnaire, The Strengths Questionnaire	Deltakere henvist av sosialarbeidere for evaluering hos Children, Young Persons and their Families Service spesialisenter. Barn, 7 år eller eldre, som seksuelt misbruker andre, og dekket kriteriene for "sexual offending".	20 (60%), 7-16 år ($\mu=11.3$)
Långström et al. (2002)	Sverige	Tverrsnitt	CBCL	Deltakere identifisert gjennom Swedish Twin Registry. Rekruttert på bakgrunn av to spørsmål om masturbering i CBCL.	42*, 7-9 år
Miccio-Fonseca & Rasmussen (2019); Miccio-Fonseca (2019); Miccio-Fonseca (2018); Miccio-Fonseca (2016); Miccio-Fonseca (2013) ^f ; Miccio-Fonseca (2010)	USA, Canada, England, Irland, Skottland, Israel, og Australia	Tverrsnitt	MEGA, nye tilfeller av PSA/SSA, intellektuelt funksjonsnivå	Deltakere fra studiene The MEGA ^h Combined Cross Validation Studies og MEGA ^h Combined Samples Studies. Utvalgene hentet fra kriminalomsorgen, psykiatri, bofasiliteter og poliklinikker. Alle typer seksuelt misbrukende unge inkludert.	987* (75.4%), 4-12 år
Ownbey et al. (2001)	USA	Longitudinelt (<12mnd), tverrsnitt	Aversive barndomsopplevelser, SBTP, PSA/SSA-karakteristika	Deltakere er de første seks klientene i The Intensive Program. Dokumentert historie med alvorlige seksuelle adferdsvansker, rettet mot andre, to av seks dømt gjennom rettsystemet. Anbrakt på grunn av omsorgssvikt, fysisk eller seksuell misbruk.	6* (50%), 8-12 år
Prentky et al. (2010)	USA	Longitudinelt (>12 mnd)	Gjentagelse av seksuelle hendelser, som er til skade for andre	Data hentet fra Massachusetts Department of Social Services. Deltakere identifisert som en risiko for misbrukende og upassende seksuell adferd, og derfor flagget for evaluering gjennom Assessment for Safe and Appropriate Placement.	336 (100%), <12 år
Rosa et al. (2020)	USA	Tverrsnitt	Kriminalitetshistorikk, PACT, DLC, risikofaktorer (strukturelle utfordringer, aversive barndomsopplevelser, skole, foreldre- og familiefaktorer, nevropsykologiske utfordringer)	Data hentet fra Florida Department of Juvenile Justice. Deltakere definert som "juvenile sex offenders".	1405 (93.5%), 7-12 år
Schwartz et al. (2006)	USA	Tverrsnitt	Nevroutviklings- og kognitive utfordringer, anbringelseshistorikk, aversive barndomsopplevelser	Deltakere rekruttert til Assessment for Safe and Appropriate Placement gjennom Department of Social Services. Barn med seksuelt upassende atferd eller som utførte "hands-on" tvangshandlinger mot andre barn. Anbrakt fra voldelige hjem.	154* (0%), 4-19 år ($\mu= 11.97$)
Silovsky & Niec (2002)	USA	Tverrsnitt	CSBI, CBCL, WBR, DISC-IV, Abuse Dimensions Inventory, PPVT, PSI-SF	Henvisninger til evaluerings-, behandlings- og forskningsprogram for unge barn med seksuelle atferdsvansker.	37 (35%), 3-7 år
Silovsky et al. (2007)	USA	Longitudinelt (<12 mnd)	CSBI, CBCL, DISC-IV, Abuse Dimensions Inventory, PPVT, PSI-SF, Treatment History Form, CSBP-PGSQ	Deltakere henvist fra CPS-byrå, psykiske helsetjenester, medisinsk personell, eller personlig. Barn med seksuelle atferdsvansker klassifisert gjennom cut-off T>65 på CSBI-3, enten på Total Sexual Behavior Problem Scale eller the Sexual Abuse Specific subscale. Adferd som inkluderer interpersonelle seksuelle handlinger.	85 (42%), 3-7 år
Smith et al. (2019)	USA	Tverrsnitt	CSBI, aversive barndomsopplevelser, PSI-SF, CBCL, DISC-IV, Hollingshead Four-Factor Index of Socio-economic Status, PPVT-III	Deltakere henvist gjennom barneverntjenester, rettsystemet eller familien selv til et gruppebehandlingsprogram for seksuelle atferdsproblemer i et tverrfaglig utrednings- og behandlingssenter.	217 (50%), 2-6 år

Szanto et al. (2012)	USA	Tverrsnitt	CANS Comprehensive	Deltakere rekruttert fra State Protective Custody gjennom Illinois of Children and Family Services mellom 2005 og 2009. Definert som barn med problematisk seksuell adferd.	1633*, 5-20 år (μ=11.5 ⁱ)
Tougas et al. (2016)	Canada	Longitudinelt (<12mnd)	ASEBA, CSBI, aversive barndomsopplevelser, PSA/SSA-karakteristika	Deltakere rekruttert til Intervention Program for Children Displaying Sexual Behavior Problems gjennom sosialarbeidere og psykologer fra to Child Protection Centers. Definert som barn med seksuelle adferdsvansker.	76 (72%), 6-12 år
Tremblay et al. (2020)	Canada	Tverrsnitt	CSBCL, CBCL, K-SADS, Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé-Québec	Utvalget består av voksen-barn-dyader. Deltakere henvist av barneverntjenester. Data hentet fra kliniske dokumenter, semi-strukturert intervju og spørreskemaer. Utredning for seksuelle atfersvansker av en kliniker på et spesialisert terapeutisk senter.	88 (64.8%), 6-13 år (μ=9.1)
van Wijk et al. (2005)	USA	Tverrsnitt	CBCL, CBCL-TRF, CBCL-YSR, Discipline scale, DISC-P	Data hentet fra The Pittsburgh Youth Study. Deltakerne i studiet ble tilfeldig valgt ut fra en liste over alle gutter i fjerde- og syvendeklasse. Både intervjuer med barna og foreldre og spørreskemaer utfylt av lærere.	39 (100%), μ=11.8 år
Yates et al. (2012)	Skottland	Tverrsnitt	PSA/SSA-karakteristika, offer-karakteristika, lærevansker, aversive barndomsopplevelser, motivasjon	Data hentet fra sakspapirer på gutter henvist til et frivillig spesialisert senter for barn med skadelig seksuell adferd. Henvist til senteret gjennom sosialarbeidere, utdanning, rettsystemet eller andre profesjonelle.	7 (100%), μ=8.7 år

PSA/SSA: Problematiske Seksuell Atferd eller Skadelig Seksuell Adferd

CPS: Child Protective Services

CSBI: Child Sexual Behavior Inventory

CSBCL: Child Sexual Behavior Check List

CBCL: Child Behavior Checklist, CBCL-TRF: CBCL-Teacher Report Form, CBCL-YSR: CBCL-Youth Self Report

TSCC: Trauma Symptom Checklist for Children

TSCYC: Trauma Symptom Checklist for Young Children

FSI: Family Sexuality Index

BASC-2: Behavior Assessment System for Children

SDQ: Strengths and difficulties questionnaire

PSSS: Parental Stress and Social Support Scale

K-BIT: Kaufman Brief Intelligence Test

MESSY: Matson's Evaluation of Social Skills for Youngsters

CKAQ: The Children's Knowledge of Abuse Questionnaire

ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory

CATS: Children's Action Tendency Scale

BSQ: Behavioral Style Questionnaire

APQ: Alabama Parenting Questionnaire

IPA: Index of Parental Attitude

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire

FAD: Family Assessment Device

CTS: Conflict Tactics Scales

MEGA: Multiplex Empirically Guided Inventory of Ecological Aggregates for Assessing Sexually Abusive Adolescents and Children

SBTP: Jones-Ownbey Sexual Behavior Tracking Protocol

PACT: Positive Achievement for Change Tool

DLC: Developmental and Life-Course

WBR: The Weekly Behavior Report

DISC-IV: Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC-P: Diagnostic Interview Schedule for Children-Parent Version

PPVT: The Peabody Picture Vocabulary Test

PSI-SF: Parenting Stress Index-Short Form

CSBP-PGSQ: CSBP Preschool Group Satisfaction and Social Validity Questionnaire

CANS: Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS) tool - CANS Comprehensive

ASEBA: Achenbach System of Empirically Based Assessment

Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé-Québec: Parent psychological distress

K-SADS: Kiddie-SADS

a: kjønnsfordeling gjelder for hele populasjonen, ikke spesifikt for PSA/SSA-utvalget
b: kjønnsfordeling varierer mellom utvalg-inndelinger
c: utvalg rekruttert på bakgrunn av mistenkt seksuelt overgrep av barn
d: populasjon består av omsorgsgivere til barn med PSA/SSA
e: kjønnsfordeling ikke oppgitt
f: studiet er longitudinelt, med 6 mnd follow-up
g: Utvalget består av to dette er to utvalg på 395 og 592 personer
H: anbrakte barn grunnet aversive barndomsopplevelser/omsorgssvikt
i: aldersgjennomsnitt gjelder for hele populasjonen, ikke spesifikt for PSA/SSA-utvalget

Tabell 1: Studiekarakteristika

Det eldste studiet er fra 1988, og de to nyeste fra 2020. Fire studier er fra før 2000-tallet, og 14 studier var produsert mellom 2010 og 2020, hvor hele ni av disse ikke er eldre enn fra tidligst 2016. 20 av studiene var rene tverrsnittstudier og 7 av studiene var longitudinelle studier eller studier med en sammensetning av både follow-up-, longitudinelle- og tverrsnitts mål. I tabellen har studier rapportert som “Longitudinelt, tverrsnitt” hovedsakelig et longitudinelt design, men rapporterer noen tverrsnittsmål. For “Tverrsnitt, longitudinelt” er dette omvendt. Den samlede størrelsen på utvalgene varierer fra seks personer (Ownbey et al., 2001) til 1.633 personer (Szanto et al. 2012).

Innsamling av data i de forskjellige studiene varierte. Dog benyttet flere av studiene seg av register- og fil-data fra kriminalomsorgen eller lokale instanser tilsvarende norske barnevernet, og/eller forskjellige former for intervjuer med foreldre og barna, ofte både semistrukturerte og inneholdende etablerte screening-spørreskjemaer. Ved sistnevnte ses det at hele 37 forskjellige redskaper er benyttet. Få av disse går igjen i studiene, bortsett fra Child Behavior Checklist (CBCL) og Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) som henholdsvis er benyttet i 15 og 13 av studiene. I noen tilfeller ble data rapportert av saksbehandlere, klinikere og andre profesjonelle fra de forskjellige instansene. Da barna i denne populasjonen er så unge inneholdt studiene sjeldent data kun basert på selvrapportering fra deltakerne alene. Totalt 15 studier har et utvalg hvor hele eller deler er henvist til klinikker og behandlingsprogrammer på grunn av sin PSA/SSA. Disse programmene er enten rettet mot denne atferden spesifikt eller mot problematisk atferd generelt.

De fleste studiene har demografiske mål hvor etnisitet, foreldre-, omsorgsgivere og/eller familiekonstellasjoner, foreldrenes inntekt, skoleprestasjoner og lignende, er mål som går igjen. Flere studier rapporterer også nevroutviklings- og kognitive mål som intelligens og lese- og skrivevansker, og eventuelle psykiske diagnoser. Mange av studiene har også mål som forklarer den seksuelle atferden til barnet. Dette

handler blant annet om karakteristikk ved eventuelle ofre, som alder og relasjon, og hvilken type handlinger barnet har utført.

4.2 Risk of bias

En vurdering av risiko for bias ble foretatt i hver enkelt av de 27 inkluderte studiene. For artiklene som var slått sammen fordi de bestod av samme datasett ble det gjort en samlet vurdering. Metode og kriterier for vurdering er presentert i (3.6), og i Tabell 2 presenteres vurderingen av de fem utvalgte punktene.

RISK OF BIAS						
Forfatter(e), (år)	Er inklusjonskriterier og informasjon om sampling tydelig rapportert? (2)	Var deltakelsesraten på over 50%? (3)	Var utvalget over cut- off på 100 personer? (5)	Var målte variabler valide, reliable, klart definert, og målt likt på tvers av deltakere? (9)	Var målet på PSA/SSA valid, reliabelt, klart definert og målt likt på tvers av deltakere? (11)	Score
Allen (2017)	X	NR	X	X	-	3
Allen et al. (2018)	X	NR	-	X	-	2
Barry & Harris (2019)	X	X	-	X	X	4
Burton (1999)	X	X	-	X	X	4
Burton et al. (1997)	X	-	X	X	X	4
Carpentier et al. (2006)	X	X	X	X	X	5
Curwen et al. (2014)	X	NR	-	X	X	3
Ensink et al. (2018)	X	NR	-	X	-	2
Gray et al. (1999); Gray et al. (1997); Pithers et al. (1998a); Pithers et al. (1998b); Pithers et al. (1998c)	X	-	X	X	X	4

Ikomi et al. (2009)	X	X	X	-	X	4
Johnson (1988)	X	X	-	X	X	4
Lepage et al. (2010)	X	NR	-	X	-	2
Lightfoot & Evans (2000)	X	NR	-	X	X	3
Långström et al. (2002)	X	X	-	X	-	3
Miccio-Fonseca & Rasmussen (2019); Miccio-Fonseca (2019); Miccio-Fonseca (2018); Miccio-Fonseca (2016); Miccio-Fonseca (2013)**; Miccio-Fonseca (2010)	X	NR	X	X	X	4
Ownbey et al. (2001)	X	NR	-	X	X	4
Prentky et al. (2010)	X	X	X	X	X	5
Rosa et al. (2020)	X	X	X	X	X	5
Schwartz et al. (2006)	X	X	-	X	X	4
Silovsky & Niec (2002)	X	X	-	X	-	3
Silovsky et al. (2007)	X	X	-	X	-	3
Smith et al. (2019)	X	NR	X	X	X	4
Szanto et al. (2012)	X	X	X	X	X	5
Tougas et al. (2016)	X	NR	-	X	X	4
Tremblay et al. (2020)	X	X	-	X	X	4
van Wijk et al. (2005)	X	X	-	X	X	4
Yates et al. (2012)	X	X	-	X	X	4

X: Studien oppfyller kriteriet

– : Studien oppfyller ikke kriteriet

NR: Not reported

PSA/SSA: Problematisk eller skadelig seksuell adferd

Tabell 2: Risk Of Bias

Kun fire studier (Carpentier et al., 2006; Prentky et al., 2010; Rosa et al., 2020 og Schwartz et al., 2006) tilfredsstilte kravene for alle fem punkter, og vurderes derfor som studier med relativt lav risiko for bias. Den største andelen av studier, med hele 14 studier, oppfylte fire av fem av kriterier. Disse regnes som å ha moderat risiko med tanke på bias. Seks studier oppfylte kun tre av fem kriterier og vurderes som å ha høy risiko for bias. Det var tre studier (Allen et al., 2018; Ensink et al., 2018 og Lepage et al., 2010) som kun tilfredsstilte to av de fem kriteriene, og vurderes som å ha svært høy risiko for bias av de inkluderte studiene.

4.3 Aversive barndomsopplevelser

At barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd har vært utsatt for seksuelle overgrep er en populær teori og er den variabelen for aversive barndomsopplevelser som er mest undersøkt i den inkluderte litteraturen. Fokuset på denne variabelen kan dog føre til at andre forklaringsmodeller blir oversett. I det følgende vil prevalensen for seksuelle overgrep i studienes utvalg undersøkes (4.3.2). I tillegg vil det presenteres prosentestimer vedrørende andre aversive opplevelser i barndommen, som potensielt har stor innvirkning på barnets utvikling og trivsel; passiv omsorgssvikt (4.3.1), fysisk vold (4.3.3), emosjonell & psykisk vold (4.3.4), og observert vold i hjemmet (4.3.5). Det ble identifisert 25 forskningsartikler (Tabell 3), bestående av 21 unike utvalg, med mål på de nevnte aversive barndomsopplevelsene. Videre vil artikler som er slått sammen på grunn av felles datasett omtales som én studie.

For rapportering av resultater er det blant annet lagt fokus på studier som rapporterer estimer på over og under 50%, hvor fordelingen strekker seg fra 0-50, og fra 50.1-100. Hvis en studie har flere rapporterte estimer på samme mål vil den i noen tilfeller bli registrert med et felles mål på for eksempel over 50%, hvis dette er tilfellet for flertallet av estimatene, og omvendt. Hvis studiens estimer derimot fordeler seg likt over og under 50% blir studien registrert som del av et spenn. Dermed vil eksempelvis “2-5 studier” bety at 2 studier kun oppgir ett estimat, og dette ligger under 50%, mens 3 studier har like mange mål over og under 50%.

AVERSIVE BARNDOMSOPPLEVELSER

Forfatter(e), (år)	Mål/redskap	Passiv omsorgssvikt	Seksuelle overgrep	Fysisk vold	Emosjonell & psykisk vold	Observert vold i hjemmet
Allen (2017)	Child Maltreatment Reports	64.9 %	21.6 %	38.8 %	35.1 %	-
Barry & Harris (2019)	Utredningsdata, påviste tilfeller	68 %	21 %	29 %	36 %	50 %
Burton (1999)	Saksbehandler-rapportering	-	65 %	84 %	-	-
Burton et al. (1997)	Saksbehandler-rapportering	-	72.1 %	-	-	-
Curwen et al. (2014)	Risikofaktorer rapportert av klinikere	-	67.7 % ^a , 35.5 % ^b	-	-	66.7 % ^{a,c} , 53.3 % ^{b,c}
Ensink et al. (2018)	Semistrukturert intervju, fildata og diskusjon med andre profesjonelle	-	65.4 % ^d , 94.1 % ^e	-	-	-
Gray et al. (1999); Gray et al. (1997); Pithers et al. (1998a); Pithers et al. (1998b); Pithers et al. (1998c)	Intervju med barn og omsorgspersoner hver for seg	18 %	84 %	48 %	33 %	87 %
Ikomi et al. (2009)	Mistenkt misbrukshistorie, enten selv-identifisert eller tidligere utredet	-	17 %	2 %	0.7 %	-
Johnson (1988)	Semistrukturert intervju med foreldre og barn	-	49 %	19 %	-	-
Lepage et al. (2010)	Conflict Tactics Scales	-	39.3 %	89.3 % ^f	67.9 % ^f	-
Lightfoot & Evans (2000)	Data hentet fra både den unge og en voksen, politidokumenter eller Social Services-dokumenter	-	15 % ^g , 80 % ^h	60 %	60 %	26 %
Ownbey et al. (2001)	Intervju med barnas omsorgsgivere, før og etter anbringelse	100 %	83.3 % ⁱ	33.3 %	-	-
Rosa et al. (2020)	Intervjuer og gjennomgang av fildata	20.6 % ^j	24.7 %	41.4 %	-	85.5 %
Schwartz et al. (2006)	Kodingsskjema med 230 variabler utfyllt av forskningsteam	91 % ^k , 95 % ^l	63 % ^k , 81 % ^l	81 % ^k , 83 % ^l	46 % ^k , 51 % ^l	73 % ^k , 84 % ^l
Silovsky & Niec (2002)	Abuse Dimensions Inventory utført av Child protective services	-	38 % ^g , 76 % ^h	47 %	-	58 %
Silovsky et al. (2007)	The Abuse Dimensions Inventory	-	35 %	-	-	-

Smith et al. (2019)	Life Event Checklist	-	30.2 % ^a , 45.8 % ^a	31.3 %	-	39.9 %
Szanto et al. (2012)	CANS-items	74.4 %-77.3 %	27 %- 84.3 %	60.7 %-68.7 %	54.9 %-73.9 %	51.9 %-71.6 %
Tougas et al. (2016)	Semistrukturert intervju med foreldre og barn	71 %	53 %	63 %	63 %	37 %
Tremblay et al. (2020)	Kliniske journaldata, semistrukturert intervju	49.4 %	18.2 %	58.1 %	48.1 %	73.6 %
Yates et al. (2012)	Informasjon fått gjennom fildata	57 %	100 %	100 %	100 %	86 %

a: Gjentakende skadelig seksuell atferd

b: Ikke-gjentakende skadelig seksuell adferd

c: Studien måler observert og/ eller opplevd vold

d: Mål for utvalg med forbigående seksuelle atferdsvanser (T>65 kun ved første måling)

e: Mål for utvalg med vedvarende seksuelle atferdsvanser (T> 65 ved både første og andre måling)

f: Mål for siste 12 måneder

g: Bekreftede tilfeller

H: Mistenkte tilfeller

i: Sammensetning av mistenkte og bekreftede tilfeller

J: Definert i studien som "emotional neglect"

K: Gutter

L: Jenter

Tabell 3: Aversive barndomsopplevelser

4.3.1 Passiv omsorgssvikt

Det var 10 studier som rapporterte et mål på passiv omsorgssvikt hos barn med PSA/SSA. Det høyeste estimatet ses i Ownbey et al. (2001), med en prevalens på 100%, og det laveste estimatet ses i Gray et al. (1999) med en prevalens på 18%. Studiet med den høyeste prevalensen har kun seks deltakere og baserer seg på intervju-data. Studien med det laveste estimatet baserer seg også på intervju-data, men har et utvalg på 127 personer.

Blant studiene i kategorien *passiv omsorgssvikt* ses det en tendens til høye estimer, da 7 av 11 studier viser en prevalens på over 50%, og kun 3 av 11 viser en prevalens på under 50%. På tross av et bredt spenn, viser studiene at en relativt høy andel av PSA/SSA-populasjonen opplever passiv omsorgssvikt i barndommen.

4.3.2 Seksuelle overgrep

Det var 21 studier som rapporterte et mål på seksuelle overgrep hos barn med PSA/SSA. Det høyeste estimatet ses i Yates et al. (2012), med en prevalens på 100%. Denne studien rapporterer dog hele fire prosentestimer fra fire grupper. Den aktuelle prevalensen representerer en gruppe på kun syv barn, som har rettet sin skadelige seksuelle atferd mot både søsken og andre utenfor familien.

Det laveste estimatet ses i Lightfoot & Evans (2000), med en prevalens på 15%. Dette målet representerer de personene man med sikkerhet vet har opplevd seksuelle overgrep. Studien rapporterer dog også en annen prevalens hvor de har inkludert deltakere man har en mistanke om har opplevd seksuelle overgrep, basert på data hentet fra Social Services. Denne prevalensen ligger på 80%, og representerer derfor et mål i det høye sjiktet innenfor kategorien *seksuelle overgrep*.

Spennet mellom det laveste og det høyeste estimatet er stort, 15%-100%. Dog ser man ikke en annen tendens hvis man ser bort fra disse to ytterkant-studiene. Hermed vil den høyeste prevalensen tilhøre barn med vedvarende PSA/SSA i Ensink et al. (2018), 94.1%, og den laveste tilhøre Ikomi et al. (2009), 17%. Studiene fordeler seg også her bredt ut i hele intervallet, der 9-12 studier har en prevalens under 50%, og 9-12 studier har en prevalens over 50%.

Det er bemerkelsesverdig at Gray et al. (1997) viser til den laveste prevalensen for mål på omsorgssvikt, men en av de høyeste prevalenser på seksuelle overgrep.

På tross av et bredt spenn uten tydelige tendenser, viser studiene at en relativt høy andel av PSA/SSA-populasjonen opplever seksuelle overgrep i barndommen.

4.3.3 Fysisk vold

Det var 17 studier som rapporterte et mål på fysisk vold hos barn med PSA/SSA. Det høyeste estimatet ses i Yates et al. (2012), med en prevalens på 100%. Denne studien rapporterer dog hele fire prosentestimer, hvor den aktuelle prevalensen representerer en gruppe på syv barn, som har rettet sin skadelige seksuelle atferd mot både søsken og andre utenfor familien.

Det laveste estimatet ses i Ikomi et al. (2009), med en prevalens på 2%. Dette studiet rapporterer kun estimater i den lave enden for både seksuelle overgrep, fysisk vold og emosjonell & psykisk vold. Målene i dette studiet baserer seg på mistanke om overgrep, og er dermed ikke bekreftede tilfeller. Utvalget var rekruttert fra kriminalomsorgen og bestod kun av gutter. Studiet rapporterer høyere prevalenser for unge i aldre over 12 år. Fra denne typen databaser kan man forvente en andel mørketall, da det ikke fremgår sikkert i studien hvordan data på overgrep er utvunnet.

Spennet mellom det laveste og det høyeste estimatet er meget stort, 2%-100%. Det nest høyeste målet tilhører Lepage et al. (2010) og er på 89.3%. Dette måler dog kun fysisk vold de siste 12 månedene. Hvis man ser bort fra de to høyeste og det laveste målet vil studiene fordele seg i et spenn mellom 19%-84% – et kortere spenn enn det opprinnelige, men fortsatt et meget bredt spenn. Også her fordeler studiene seg jevnt over hele spennet, hvor 9 av 17 studier har en prevalens under 50%, og dermed 8 studier har en prevalens over 50%. De fleste av studiene under 50% viser til en prevalens som ligger mellom 30%-50%.

På tross av et bredt spenn viser studiene at en høy andel av PSA/SSA-populasjonen opplever fysisk vold i barndommen.

4.3.4 Emosjonell & psykisk vold

Det var 11 studier som rapporterte et mål på emosjonell & psykisk vold hos barn med PSA/SSA. Det høyeste estimatet ses i Yates et al. (2012), med en prevalens på 100%. Denne studien rapporterer dog hele fire prosentestimer, hvor den aktuelle prevalensen representerer en gruppe på syv barn, som har rettet sin skadelige seksuelle atferd mot både søsken og andre utenfor familien.

Det laveste estimatet ses i Ikomi et al. (2009), med en prevalens på 0.7%. Målene i dette studiet baserer seg på mistanke om vold, og er dermed ikke bekreftede tilfeller.

Spennet mellom det laveste og det høyeste estimatet er meget stort, 0.7%-100%. Hvis man ser bort fra disse to målene får man et relativt smalere intervall på 33%-73.9%. Også her fordeler studiene seg jevnt over hele spennet, med 5-6 som viser til mål under 50%, og 5-6 studier som rapporterer mål over 50%. Det ses også tre

studier som rapporterer en prevalens på mellom 30%-40%, og tre studier som rapporterer en på mellom 60%-50%.

Selv om man ser et kortere intervall i målet for emosjonell & psykisk vold, er også her målene meget sprikende, og fordeler seg over et stort spektrum. På tross av dette viser studiene at en høy andel av PSA/SSA-populasjonen har opplevd emosjonell og psykisk vold i barndommen.

4.3.5 Observert vold i hjemmet

Det var 12 studier som rapporterte et mål på barn med PSA/SSA som har observert vold i hjemmet. Det høyeste estimatet ses i Gray et al. (1999), med en prevalens på 87%, og det laveste estimatet ses i Lightfoot & Evans (2000) med en prevalens på 26%. Studien med det høyeste estimatet er basert på et utvalg på 127 personer, mens det laveste estimatet kun baserer seg på et utvalg på 20 personer.

Blant studiene på observert vold i hjemmet ser man en tendens til høye estimater, da 9 av 12 studier rapporterer en prevalens på over 50%. Blant disse ligger ca. halvparten mellom 50%-60%.

På tross av et bredt spenn viser studiene at en høy andel av PSA/SSA-populasjonen har observert vold i hjemmet i barndommen.

4.4 Foreldre- & familiefaktorer

Valget av å undersøke aversive barndomsopplevelser bunner i en interesse om hvorvidt barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd kommer fra et utsatt og utrygt oppvekstmiljø. Med utgangspunkt i denne interessen anses det relevant å undersøke andre forhold ved oppvekstmiljøet til barnet. Dette ble forsøkt besvart, ved inndragelse av seks faktorer knyttet til deres foreldre og familie; om barnet bor med sine biologiske foreldre (4.4.1), hvorvidt foreldre har eller har hatt et rusmisbruk (4.4.2), om de har fullført videregående skole (4.4.3), om de har vært eller er arrestert eller fengslet (4.4. 4), om de har eller har hatt en psykisk lidelse (4.4.5) eller om de

FORELDRE- & FAMILIEFAKTORER						
Forfatter(e), (år)	Bor med minst én biologisk forelder	Minst én forelder med rusmisbruk	Foreldre fullført videregående	Foreldre arrestert/fengslet	Foreldres psykiske lidelser	Foreldre med aversive barndomsopplevelser
Barry & Harris (2019)	50 %	-	-	-	-	-
Burton (1999)	0 %	-	-	-	-	-
Burton et al. (1997)	63 %	70 %	-	-	-	-
Curwen et al. (2014)	43 %	-	-	-	-	-
Gray et al. (1999); Gray et al. (1997); Pithers et al. (1998a); Pithers et al. (1998b); Pithers et al. (1998c) ^a	52 %-74 % ^b	29 %-45 % ^b	75 %	35 %	-	-
Johnson (1988)	-	73 % ^c	-	-	-	-
Lepage et al. (2010)	-	-	-	-	64.3 % ^d	13 %-69.4 % ^e
Lightfoot & Evans (2000)	50 %	-	-	-	44 %	-
Rosa et al. (2020)	-	-	-	74 %	12.8 %	-
Silovsky & Niec (2002)	-	-	-	49 %	-	-
Silovsky et al. (2007)	41 %	-	-	-	-	-
Smith et al. (2019)	42.4 % ^f	-	-	-	-	-
Tougas et al. (2016)	-	-	-	-	-	49 %
van Wijk et al. (2005)	-	-	64 %	-	-	-

a: Kun kvinnelige omsorgsgivere er med i analysen.

b: Spenn i prosent skyldes utvalg delt opp i alder og kjønn.

c: Mål fra utvalg sammensatt av både besteforeldre og foreldre

d: Mål for siste 12 måneder

e: Spenn utgjør 69.4% for emosjonelt og fysisk misbruk, 65.1% for omsorgssvikt, 13% for seksuelt misbruk

f: Mål på omsorgsgiver, ikke kun forelder

Tabell 3: Foreldre- og familiefaktorer

selv har opplevd omsorgssvikt, misbruk og vold i barndommen. Det ble identifisert 17 studier (Tabell 4), bestående av 14 unike utvalg, med mål på foreldre- & familiefaktorer. Videre vil artikler som er slått sammen på grunn av felles datasett omtales som én studie.

4.4.1 Bor med minst én biologisk forelder

Det var 8 studier som rapporterte prevalensestimater på antall barn som fortsatt bor sammen med minst én av sine biologiske foreldre. Det høyeste estimatet ses i Gray et al. (1999) med en prevalens på opp til 74%, og det laveste estimatet ses i Burton (1999) med en prevalens på 0%. Det høyeste målet utgjør den ene enden av et spenn på 52%-74%, da dette studiet deler utvalget sitt opp etter alder og kjønn, og derfor rapporterer flere prosentestimater. Gruppen det er snakk om her består av gutter mellom seks og ni år. Det laveste målet stammer også fra en studie som deler opp utvalget sitt. I dette tilfellet fantes det kun data på om barna bodde med sine biologiske foreldre for gruppen som har vært i kontakt med Health and Human services (DSHS)-omsorgen, og som en sannsynlig konsekvens av det ikke lenger bor med biologiske foreldre lenger.

Hvis man ser bort fra det laveste målet på 0% ligger prevalensen på barn som fortsatt bor med minst én av sine biologiske foreldre på mellom 41%-74%, hvor fire av studiene har et mål som ligger rundt 50%-70%.

På tross av usikre mål og et relativt bredt spenn viser resultatene at litt under en halvdel av PSA/SSA-populasjonen ikke bor med sine biologiske foreldre.

4.4.2 Foreldre med rusmisbruk

Tre studier oppgir estimater på barn med PSA/SSA hvor minst én av foreldrene har eller har hatt et rusmisbruk. Burton et al. (1997) rapporterer en andel på 70%, Gray et al. (1999) rapporterer en andel på 29%-45% og Johnson (1988) en andel på 73%. Gray et al. (1999) rapporterer et prevalensspenn fordi deres utvalg er delt opp i alder

og kjønn. Her gjelder tallene kun for kvinnelige omsorgsgivere. I studien til Johnson (1988) inkluderes også besteforeldre i rapporteringen av prevalens. Johnson (1988) skiller seg fra de to andre studiene da utvalget består av 47 deltakere hvor alle er gutter. I de to andre studiene er utvalget henholdsvis 127 barn hvor 65% er gutter (Gray et al., 1999) og 287 barn hvor 79.4% er gutter (Burton et al., 1997). Utvalgen er tilnærmingstvist likt rekruttert da alle tilhører et behandlingsprogram for barn med PSA/SSA, hvor både deltakerne i Gray et al. (1999) og Johnson et al. (1988) er henvist fra flere forskjellige steder.

Da to av tre studier ligger på rundt 70% ses det en høy andel av foreldre som har eller har hatt et rusmisbruk i denne populasjonen, i den grad man kan trekke konklusjoner på bakgrunn av kun tre studier.

4.4.3 Foreldre fullført videregående skole

Kun to studier oppgir estimer for foreldre som har fullført videregående skole/gymnaset. Her rapporterer Gray et al. (1999) en prevalens på 75% og van Wijk et al. (2005) en prevalens på 64%. Estimaten er ikke mange, og man kan derfor ikke si noe sikkert på bakgrunn av kun disse to studiene. Det kan dog se ut til å være en tendens at over halvparten, og opp mot tre fjerdedeler av foreldre som har barn med PSA/SSA har fullført videregående skole.

4.4.4 Foreldre arrestert eller fengslet

Tre studier oppgir prevalensestimater på om barna med PSA/SSA har foreldre som er eller har vært arrestert eller fengslet. Gray et al. (1999) rapporterer en prevalens på 35%, Rosa et al. (2020) et estimat på 74%, og Silovsky & Niec (2002) et estimat på 49% – tre relativt sprikende estimer. Silovsky & Niec (2002) baserer seg på et utvalg av 37 deltakere mellom 3-7 år, hvor 35% er gutter. Rosa et al. (2020) har et utvalg på 1.405 deltakere mellom 7-12 år, mens Gray et al. (1999) har et utvalg på 127 barn mellom 6-12 år hvor 65% er gutter. Rosa et al. (2020) skiller seg derfor fra de to andre da den har et desidert større utvalg. Her er deltakerne rekruttert fra kriminalomsorgen, hvor de to andre studiene har deltakere fra forskjellige behandlingsprogrammer. Dette kan muligvis være med til å forklare den høye

prevalensen i nettopp denne studien. Dog skiller Silovsky & Niec (2002) seg fra de to andre studiene da den har barn i en helt annen aldersgruppe. På bakgrunn av disse målene kan man ikke si noe konkret om resultatene. De kan dog hentyde at barn i kontakt med rettssystemet i større grad har foreldre som også er dette. Hvis man så ser bort fra dette estimatet kan resultatene hentyde at prevalensen for barn med PSA/SSA har foreldre som er eller har vært arrestert eller fengslet er relativt høy, selv om den kan se ut til å være under 50%.

4.4.5 Foreldres psykiske lidelser

Tre studier rapporterer prevalensestimater på om foreldrene til barna med PSA/SSA har eller har hatt psykiske lidelser. Lepage et al. (2010) oppgir et estimat på 64.3%, Lightfoot & Evans et al. (2000) et estimat på 44%, og Rosa et al. (2020) et estimat på 12.8%. Dette er relativt sprikende estimater. Den høyeste prevalensen rapporterer kun registrerte psykiske lidelser innenfor de siste 12 månedene. Dette målet skiller seg derfor fra de to andre. Lightfoot & Evans et al. (2000) sitt estimat er basert på en utvalgsstørrelse på 20 deltakere som er henvist til spesialister, mens Rosa et al. (2020) har et utvalg på 1.405 som er hentet fra kriminalomsorgen.

Det er vanskelig å konkludere på bakgrunn av så få og sprikende resultater. Det kan ses en antydning til at barn i kriminalomsorgen i mindre grad har foreldre med psykiske lidelser. De sprikende resultatene kan dog også være en konsekvens av forskjellen i utvalgsstørrelser. Dog ses en relativt høy andel av psykiske lidelser hos foreldre til barn med PSA/SSA generelt.

4.4.6 Foreldres aversive barndomsopplevelser

Kun to studier rapporterer et mål på foreldrenes historie med omsorgssvikt, overgrep av forskjellig slag, og vold. Lepage et al. (2010) oppgir tre prevalenser hvor 69.4% av foreldrene har opplevd emosjonelt og fysisk misbruk, 65.1% har opplevd omsorgssvikt og 13% har opplevd seksuelt misbruk. Tougas et al. (2016) rapporterer en prevalens på 49%, som innebærer både omsorgssvikt og seksuelt-, fysisk- og emosjonelt misbruk. Disse to studiene er relativt like med tanke på utvalgsstørrelse, kjønn, alder og rekruttering. På bakgrunn av dette kan det se ut til at rundt halvparten

av foreldre til barn med PSA/SSA selv har opplevd misbruk, vold og omsorgssvikt i sin egen barndom.

4.5 Stabilitet

For å kunne si noe om stabilitet av problematisk eller skadelig seksuell atferd hos barn, er studier som målte deltakere over tid gruppert i denne delen av syntesen (Tabell 5). Det var kun tre studier som målte deltakerne over minst ett år; Carpentier et al. (2006), Ensink et al. (2018) og Prentky et al. (2010). De tre studiene rapporterte mål på problematisk eller skadelig seksuell atferd etter et bestemt tidsintervall fra første måling.

STABILITET				
Forfatter(e), (år)	Tids- periode	Mål/variabel	%	Annet
Carpentier et al. (2006)	10 år	Framtidige arrestasjoner og "child welfare perpetration"	6 %	Kriminalitet: Ikke-seksuell kriminalitet, 21%
Ensink et al. (2018)	2 år	Fortsatt klinisk signifikant adferd over tid	56.7 %	Symptomer: Fra totalscore på 63 til 65 for internaliserte symptomer. Fra totalscore på 71 til 69 for eksternaliserte symptomer
Prentky et al. (2010)	7 år	"Reoffending"	24 %	-

Tabell: Stabilitet

To av studiene undersøkte seksuelt skadelig atferd av kriminell art (Carpentier et al., 2006 og Prentky et al., 2010). I studien til Carpentier et al. (2006) var målet fremtidige arrestasjoner og saker hos barnevernet i løpet av ti år, og resultatene viste at 6% av deltakerne ble tatt for seksuelle lovbrudd. I Prentky et al. (2010) var målet gjentakelse av seksuelle hendelser, som var til skade for andre, i løpet av syv år. Her ble det rapportert at 24% gjentok slike handlinger. Forskjellen mellom prosentestimatene i disse to studiene, kan knyttes til alvorlighetsgraden av barnas vanskeligheter. Det høyeste estimatet av disse to studiene kommer fra Prentky et al. (2010), hvor deltakerne beskrives som å utgjøre en risiko, i kraft av deres seksuelt upassende og voldelige oppførsel. Carpentier et al. (2006), som presenterer det laveste estimatet, inkluderte deltakere som hadde klinisk signifikante seksuelle atferdsvansker, som ikke kun var begrenset til den aggressive typen. Alderen på de to utvalgene ved baseline var også betydelig forskjellig, med en gjennomsnittsalder på 8.8 år i Carpentier et al. (2006) og 11.2 år i Prentky et al. (2010). Samtlige deltakere i studien med det laveste estimatet har også gjennomgått behandling, mens det i den andre studien ikke er informasjon om behandling.

Den tredje studien, Ensink et al. (2018), skiller seg fra de andre to studiene ved at den ikke rapportere kriminelle seksuelle handlinger. Den målte i hvilken grad problematisk eller skadelig seksuell atferd er stabilt over tid, og viste at 56.7% fortsatt hadde klinisk signifikante atferdsvansker etter to år. Deltakerne var i gjennomsnitt bare 7.9 år, og ble rekruttert på bakgrunn av scores på CSBI, og ikke eksempelvis kriminell atferd.

Med hensyn til variabler som kan si noe hvordan det går med barna på lengre sikt, og som ikke er i kategorien problematisk eller skadelig seksuell atferd, rapporterte Carpentier et al. (2006) at 21% ble tatt for andre ikke-seksuelle lovbrudd innen 10 år. I løpet av to år hadde deltakerne i Ensink et al. (2018) endret den gjennomsnittlige poengscoren på CBCL, fra en totalscore på 63 til 65 for internaliserte symptomer, og fra 71 til 69 for eksternaliserte symptomer. En endring som ikke er stor nok til å vurderes som klinisk signifikant, da den ikke kan anses som merkbar hos deltakerne. Det er også over et relativt kort tidsperspektiv.

4.6 Oppsamling

36 studier bestående av 27 unike datasett ble identifisert. Majoriteten av disse var fra USA og oppga tverrsnitts mål. Over halvparten av studiene var publisert etter 2010, og utvalgsstørrelsene varierte fra seks til 1.633 personer. Generelt virker forskningsfeltet til å være kjennetegnet av stor variasjon, ikke bare i utvalgsstørrelser, men også i rekrutteringsmetode, konseptualisering av PSA/SSA og kriterier for oppdeling av utvalg. Konsekvensen av denne variasjonen er at studiene i mange tilfeller ikke undersøker de samme variablene. Derfor rapporterer kun noen av de 36 studiene, på angjeldende systematiske reviews variabler.

Variasjonen beskrevet over kommer tydelig frem i to studier som går igjen i rapporteringen av resultater for aversive barndomsopplevelser. Her utgjør Yates et al. (2012) i flere tilfeller det høyeste ytterpunktet i et prevalens-spenn, mens Ikomi et al. (2009) utgjør det laveste ytterpunktet. Begge studier har en helt egen måte å rekruttere og inndelegge utvalget sitt på som kan gi utslag i ekstreme prosentestimer. Meget brede prevalens-spenn er en generell tendens blant resultatene i de 21 studiene som rapporterte mål for aversive barndomsopplevelser. For passiv omsorgssvikt og observert vold i hjemmet ses det flere prevalensestimater over 50% enn under, og for seksuelle overgrep, fysisk vold og emosjonell & psykisk vold ses det en relativt lik fordeling over og under 50%. Dog har resultatene for fysisk og emosjonell & psykisk vold litt større opphopning av høye estimer og smalere intervaller. Seksuelle overgrep er den variabelen flest studier undersøker (21), noe som også kan forklare hvorfor dette målet har et så bredt og jevnt fordelt prevalens-spenn. For alle fem variabler ses det høye tendenser i resultatene.

Blant de longitudinelle studiene var det kun tre som målte deltakerne over minst ett år, og her ses det stor forskjell i rapportert prevalens av gjentakelse av kriminelle seksuelle handlinger (6% og 24%) og stabilitet av PSA/SSA over tid (56.7%). Også her ses det forskjeller i både rekruttering, metode for å måle PSA/SSA, og konseptualisering eller definisjon av PSA/SSA. Til den grad man kan konkludere noe på bakgrunn av enkeltstudier ses det en tendens til at barn med PSA/SSA har økt risiko for andre, ikke seksuelle former for fremtidig kriminalitet. I tillegg ble det ikke rapportert en klinisk signifikant endring av CBCL score.

For foreldre- & familiefaktorer er det en gjennomgående tendens at hvert mål kun rapporteres av et fåtall studier, selv om 14 studier inngår i denne variabelen. Bortsett fra målet på om barna bor med minst én av sine biologiske foreldre, som er rapportert i åtte studier, er det kun to eller tre studier som utgjør resultatene på de forskjellige målene. Blant de få studiene i hvert mål ses det også ofte store forskjeller på utvalgene, enten i størrelse eller definisjon, innenfor hvert mål, noe som gjør det utfordrende å komme med spesifikke konklusjoner. Dog ses det en tendens for relativt høye prevalenser for alle mål, hvor tre mål (bor med minst én biologisk forelder, arresterte eller fengslede foreldre og aversive barndomsopplevelser hos foreldre) ligger på rundt 50%, mens to mål (minst én forelder med rusmisbruk og foreldre som har fullført videregående) ligger rundt 70%.

For vurdering av kvalitet og risiko for bias er det kun fire studier som har lav risiko for bias, men majoriteten av studiene oppfylte fire av fem kriterier og har derfor til sammen moderat til lav risiko for bias.

5. Diskusjon

De første delene av diskusjonen har som formål å plassere funnene i en forståelsesramme, ved å se dem i lys av annen evidens (5.1), og analysere dem ved bruk av teoretiske begreper og forståelser (5.2). Videre vil begrensninger ved de inkluderte artiklene analyseres (5.3). Begrensninger ved angjeldende systematisk review, vil så gjennomgås (5.4). Med bakgrunn i vurderingen av styrker og svakheter ved inkluderte studier og eget prosjekt, vil det underveis diskuteres i hvilken grad man kan stole på de aktuelle resultatene. Dette påvirker derfor funnenes generaliserbarhet til populasjonen av interesse; barn under 12 år med problematisk eller seksuelt skadelig atferd i den virkelige verden. I forlengelse av denne vurderingen, vil funnenes kliniske og eventuelt politiske implikasjoner bli diskutert (5.5). Sist vil diskusjonen oppsamles i en generell oppfordring til videre forskning på området (5.6), basert på de manglene som er oppdaget i forskningsfeltet, og eventuelle områder angjeldende systematiske review ikke dekker.

5.1 Funnene i kontekst av annen evidens

Som beskrevet i presentasjonen av forskningsfeltet (2.2) var det svært få systematiske review som undersøkte PSA/SSA hos barn under 12 år. Det var ingen identifiserte systematiske review som hadde samme metode, og derfor heller ikke direkte sammenlignbare resultater som angjeldende review. Data presentert tidligere i forskningsfeltet (2.2.1) fra JanusCentrets statusrapport (2019) vil her bli sammenstilt med resultatene fra reviewet, selv om de er begrenset til en klinisk, dansk populasjon. Formålet med denne kilden er å undersøke om resultatene fra angjeldende systematiske review, stemmer overens med hva andre med liknende forskning har funnet. For mål som ikke dekkes av JanusCentrets rapport vil også annen tidligere presentert forskning bli benyttet til en sammenstilling av resultatene (Malvaso et al., 2019; Burton, 2000; Lussier & Blokland, 2014).

For å få et innblikk i hvor prevalent de forskjellige variablene som inngår i angjeldende systematiske review er i den generelle befolkningen, ble det identifisert

forskning som undersøker dette. Forskningen kan ikke overføres direkte til resultatene i angjeldende systematisk review, og kan derfor ikke benyttes som referansegruppe. Likevel kan globale prevalensestimater gi et inntrykk av hvor utvalgene i den inkluderte litteraturen ligger, i forhold til verden generelt. Formålet vil derfor være å se om populasjonen med PSA/SSA har høyere, lavere eller lignende prevalensestimater på de forskjellige variablene enn befolkningen ellers.

World Health Organization rapporterer prevalensestimater for flere av variablene på sine hjemmesider. Disse er sist oppdatert i 2014, med unntak av noen få data som stammer fra 2020. WHO baserer sine estimater på metaanalyser av populasjonsbaserte globale prevalensstudier.

Stoltenborgh og kollegaer har gjennomført flere systematiske review, hvor de inkluderer studier (2013) eller metaanalyser (2015) som undersøker forskjellige former for omsorgssvikt og aversive barndomsopplevelser på tvers av land i verden. Disse systematiske reviewene inkluderer forskning publisert mellom 1980-2008 hvor populasjonen er ikke-klinisk og gjelder barn og unge under 18 år. Det systematiske reviewet fra 2015 inkluderte 244 publikasjoner med 551 prevalensrater, mens det fra 2013 inkluderte 24 studier.

Kloppen og kollegaer publiserte et systematisk review i 2015 som undersøkte prevalens av forskjellige former for intrafamiliær omsorgssvikt hos barn i nordiske land (Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige). Dette reviewet inkluderte forskning publisert fra 1990 og frem, og baserte seg på en ikke-kliniske populasjon, samt inkluderte kun selv-rapporterte undersøkelser. 24 studier var inkludert.

I tilfeller hvor ovenstående internasjonale studier ikke oppga relevante mål er Dansk Statistikk benyttet for å gi et inntrykk av hvordan en populasjonsscore kan se ut.

5.1.1 Studiekarakteristika

Et flertall av studiene i inneværende systematiske review var fra USA og bestod av tverrsnittmål, og det samme ses i reviewet til Tener og Katz (2019).

5.1.2 Aversive barndomsopplevelser

5.1.2.1 *Passiv omsorgssvikt*

For passiv omsorgssvikt ses det tendenser i dataen fra inneværende systematiske review som stemmer overens med JanusCentrets statusrapport, henholdsvis et overtall av studier med prevalens over 50% i førstnevnte og et prevalensestimat på 73.5% i sistnevnte.

WHO (2014) rapporterer en prevalens på 16.3% for livstidsprevalens for forsømmelse eller “child physical neglect”, av barn under 18 år. Stoltenborgh et al. (2015) benytter WHO sin definisjon for fysisk omsorgssvikt og rapporterer samme prevalensestimat. Dette vil si at det ses en desidert høyere prevalens av passiv omsorgssvikt i PSA/SSA-populasjonen i angjeldende systematiske review sammenlignet med WHO sitt globale estimat.

5.1.2.2 *Seksuelle overgrep*

JanusCentret rapporterer et presist prevalensestimat for andel klienter utsatt for seksuelle overgrep før oppstart av et forløp til å være 34.7%. Inneværende systematiske review kan ikke si noe så spesifikt da prevalensestimatene lå jevnt fordelt mellom 15%-100%.

Livstidsprevalens for seksuelle overgrep av barn under 18 år er presentert av WHO (2014) som værende 7.6% for gutter og 18% for jenter. Stoltenborgh et al. (2015) benytter WHO sin definisjon for seksuelle overgrep og rapporterer samme prevalensestimat. De gir også et overordnet mål på 12.7% for barn generelt, uavhengig av kjønn. Kloppen et al. (2015) benytter også WHO sin definisjon på seksuelle overgrep, men rapporterer en prevalens på 0.2%-1.2% for seksuelle overgrep begått av forelder eller steforelder, og 0.1%-5.5% for gutter og 0.7%-15.2% for jenter for seksuelle overgrep begått av en slektning (inkludert forelder eller steforelder).

Både de globale målene til WHO og de mer lokale målene til Kloppen og kollegaer viser at prevalensen for seksuelle overgrep i barndommen i befolkningen generelt,

ligger under eller opp mot det laveste prevalensestimater i angjeldende systematiske review. Derfor er det mulig å si at det er funnet høyere estimater i PSA/SSA-populasjonen enn i befolkningen ellers, selv om spennet er så stort og upresist som det er.

5.1.2.3 Fysisk vold

Når det gjelder variabelen fysisk vold rapporteres det lignende resultater som for seksuelle overgrep, hvor inneværende systematiske reviews prevalens estimat fordeler seg jevnt i et redigert spenn (når man ser bort fra de ekstreme ytterpunktene), på 19%-84%, og JanusCentret rapporterer en prevalens på 37.4%. Dog kan det trekkes frem at de fleste studiene med en prevalens under 50% i inneværende systematiske review ligger mellom 30%-50%.

WHO (2014) rapporterer et estimat på 22.6% for livtidsprevalens av fysisk misbruk av barn under 18 år. Stoltenborgh et al. (2015) benytter WHO sin definisjon for fysisk omsorgssvikt, og rapporterer samme prevalens estimat. WHO rapporterer også at nesten tre av fire barn, eller 300 millioner barn, i alderen to til fire år regelmessig lider av fysisk straff og/eller psykisk vold fra foreldre eller omsorgsgivere (WHO, 2020).

For variabelen fysisk vold, skiller ikke angjeldende systematiske review seg mye fra de globale prevalensestimaterne. Likevel ligger WHO sitt rapporterte estimat i nederste ende av intervallet, som presenteres i reviewet. Målet WHO presenterer for barn i alderen 2-4 år er meget høyt, men er også en samlebetegnelse, og gjelder en begrenset andel av gruppen som undersøkes, grunnet alder. Fysisk vold på verdensbasis er også et utfordrende mål da det mange steder er kulturelt betinget hva som vurderes som vold mot barn og hva som kun er disiplinering og oppdragelse.

5.1.2.4 Emosjonell & psykisk vold

For emosjonell & psykisk vold rapporterer JanusCentret en prevalens på 41.6%, og inneværende systematiske review et redigert spenn (når man ser bort fra de ekstreme ytterpunktene) på 33%-73.9%. JanusCentrets estimat ligger innenfor dette spennet, men inneværende systematiske review finner tre studier med en prevalens på mellom

30%-40% – altså en litt, men ikke mye, lavere tendens enn man ser i JanusCentrets rapport.

WHO (2014) sitt estimat for livstidprevalens av emosjonelle overgrep av barn under 18 år er 36.3%. Stoltenborgh et al. (2015) benytter WHO sin definisjon for fysisk omsorgssvikt, og rapporterer samme prevalensestimater. Her ser man derfor et estimat som stemmer overens med det som identifiseres i inneværende systematiske review og JanusCentrets rapport. Dog finner reviewet også en del høye prevalenser, som gjør at PSA/SSA-populasjonen i mange studier ligger høyere på nettopp denne variabelen.

5.1.2.5 Vitne til vold i hjemmet

Inneværende systematiske review rapporterer en høyere prevalens-tendens enn JanusCentret, for variabelen som beskriver barn som har vært vitne til fysisk vold i hjemmet. I førstnevnte er det et spenn på 26%-87%, men et overtall av studier over 50%, og i sistnevnte rapporteres et prevalensestimater på 33.8%.

Kloppen et al. (2015) fant ni studier publisert mellom 2000-2011 som rapporterte prevalensestimater på barn som har vært vitne til vold i hjemmet. Her rapporteres det et spenn på 7%-12.5% for barn og unge under 19 år. Dette vil si at PSA/SSA-populasjonen i angjeldende systematiske review skiller seg fra, og ligger en god del høyere i prevalens enn, et mer generelt estimat for nordiske land.

5.1.3 Foreldre- & familiefaktorer

Malvaso et al. (2019) konkluderer blant annet med at funnene deres kan peke i retning av at dysfunksjon og uenighet i familien kan være viktige faktorer som påvirker barna til å begå seksuelle lovbrudd. Inneværende systematiske review rapporterer ikke et generelt mål på denne måten, men kan på mange måter se tendenser som gir grunnlag for å trekke samme konklusjon.

5.1.3.1 Bor med minst én biologisk forelder

JanusCentrets statusrapport fra 2019 rapporterer at 71.5% av klientene har oppbrutte familier hvor foreldrene ikke bor sammen. Inneværende systematiske review rapporterer at mellom 41%-74% av barna i de inkluderte studiene bor med minst én av sine biologiske foreldre, med fire av åtte prevalensestimater rundt 50% eller rundt 60%. Selv om inneværende systematiske review og JanusCentret ikke her måler nøyaktig det samme kan man se lignende tendenser, hvor JanusCentrets rapport ligger i den høye enden.

Uten et spesifikt globalt mål på hvor mange barn som bor med minst én av sine biologiske foreldre, er det et alternativ å trekke frem at det i Danmark i 2016 var 5.6% av ugifte foreldre til barn under 17 år som gikk fra hverandre, hvor prevalensestimateret var 2.1% for gifte foreldre (Nørtoft, 2018). I tillegg var det i 2018 0.9% av barn og unge mellom 0-22 år i Danmark som var anbragt utenfor hjemmet, hvor 0.43% var barn i aldersgruppen 0-5 år, og 1.03% var barn i alderen 6-11 år (Danmarks Statistik, 2019).

Det er vanskelig å trekke konklusjoner på bakgrunn av det som er presentert over, da det ikke er sammenlignelige mål. Dog ses det en høyere prevalens for oppbrutte familier hos klientene ved JanusCentret enn i den danske befolkningen for øvrig. Hvis man antar at barn som ikke bor med noen av sine biologiske foreldre er anbragt så er også prevalensen for dette meget høyere blant PSA/SSA-populasjonen i angjeldende systematiske review enn i den danske befolkningen for øvrig. Estimaterne gir et tydelig inntrykk av at PSA/SSA-populasjonen kommer fra oppbrutte familier.

5.1.3.3 Foreldre med rusmisbruk

For mål på rusmisbruk hos foreldre rapporterer JanusCentret at 20.9% av fedrene hadde en eller annen form for rusmisbruk, mens inneværende systematiske review finner to studier som rapporterer en andel på rundt 70%, og ett studie som rapporterer mellom 29-45% for om minst én av foreldrene har eller har hatt et rusmisbruk. Her ses det dermed store forskjeller i resultatene, noe som kan skyldes at JanusCentret kun rapporterer fedrene, mens inneværende review ikke er begrenset til kun fedre.

I en befolkningsundersøkelse i 2008 fant Sundhedsstyrelsen i Danmark at ca. 10.5% (122.000) av barn fra 0-18 år vokser opp i en familie med alkoholoverforbruk (Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, 2015). For barn og unge som vokser opp i familier med rusmisbruk var det ikke mulig å identifisere tilsvarende tall. Det ses derfor betydelig høyere prevalensestimater i PSA/SSA-populasjonen i angjeldende systematiske review, sammenlignet med målene i den danske befolkning. Det er dog ikke en spesielt sikker sammenligning da rus- og alkoholmisbruk varierer på tvers av land, og danske mål kan i mange tilfeller ikke sammenlignes med de internasjonale målene i reviewet, som i stor grad er fra USA.

5.1.3.4 Foreldre fullført videregående skole

For mål på om foreldrene til barn med PSA/SSA har fullført videregående skole ses det også større forskjeller på rapporterte resultater fra JanusCentret og inneværende systematiske review. Førstnevnte rapporterer at rundt 30%-40% av foreldre kun har grunnskole som høyeste gjennomførte utdanning, noe som betyr at 60%-70% har høyere utdanning enn videregående skole. Inneværende systematiske review rapporterer en prevalens på 64% og 75% for foreldre som har fullført videregående skole.

For mødre i alderen 30-69 år i Danmark er det 19% av befolkningen som er ufaglærte med grunnskole som høyeste gjennomførte utdanning ifølge Danmarks Statistik. For fedre er denne prevalensen 20% (Danmarks Statistik, 2018, if. JanusCentret, 2019). Dette betyr at rundt 80% av foreldre i den danske befolkningen har høyere utdanning enn grunnskole.

Resultatene i angjeldende systematiske review og Dansk Statistik kan ikke sammenlignes da det ikke fremgår om deltakerne i førstnevnte har mer utdanning enn videregående skole, eller om dataen fra JanusCentret og Dansk Statistik dekker utdanning utover videregående skole. På tross av dette ses det tilnærmet like resultater fra JanusCentret og angjeldende PSA/SSA-populasjon, og disse er lavere enn den prevalensen som ses blant danske foreldre generelt.

5.1.3.5 Foreldre arrestert eller fengslet

For mål på om foreldre til barn med PSA/SSA har vært eller er arrestert eller fengslet var det ingen av de aktuelle kildene, inkludert JanusCentret, som rapporterer prevalensestimater som kan sammenlignes med dem i angjeldende systematiske review.

5.1.3.6 Foreldres psykiske lidelser

For mål på foreldrenes psykiske lidelser ser man ikke like store forskjeller som i mange av de andre målene. Her rapportere JanusCentret et prevalensestimater på 52.4% for mødrene og 26.7% for fedrene, mens inneværende systematiske review rapporterer sprikende resultater på henholdsvis 64.3%, 44% og 12.8%. Her ser man derfor en viss overlapp av resultater.

Det ses en prevalens av psykiske lidelser på 0.3%-12% i normalbefolkningen i Danmark alt avhengig av den pågjeldende diagnose (Bentzen, 2019 if. JanusCentret 2019). Ifølge Bedre Psykiatri var det ca. 333.000 barn i Danmark mellom 0-17 år som hadde minst én psykisk syk forelder i 2020 (Bedre Psykiatri, 2020). Dette utgjør 28.8% av befolkningen, basert på tall fra Dansk Statistik for antall unge i denne aldersgruppen i 2020 (Danmarks Statistik, u.å. a.).

Resultatene fra PSA/SSA-populasjonen i inneværende systematiske review ligger over prevalensen i normalbefolkningen i Danmark, men for prevalensen hos foreldre av barn mellom 0-17 år ses det overlappende resultater, hvor noen estimater i reveiwet ligger en del over Danmarks befolkning. Det er derfor en mulighet for at det å ha foreldre med psykiske diagnoser ikke er spesielt utslagsgivende for at barnet utvikler PSA/SSA. Det skal dog tas med i betraktningen at konklusjonen baserer seg på kun tre studier som har meget sprikende resultater.

5.1.3.7 Foreldre med aversive barndomsopplevelser

Til sist ses det noe overlappende, men også sprikende resultater på målet for opplevd omsorgssvikt og aversive barndomsopplevelser hos foreldre til barn med PSA/SSA. JanusCentret rapporterer prevalensestimater på 47.5% for mødrene og 26.4% for

fedrene, hvor målet er overgrep eller vold av enten seksuell, fysisk eller psykisk art, mens inneværende review rapporterer et estimat på 49% fra ett studie som måler det samme uavhengig av foreldrerolle. På den anden side finner også inneværende review en studie hvor prevalensestimaterne ligger mellom 60%-70% for emosjonelt og fysisk misbruk, mens det kun er 13% som har opplevd seksuelt misbruk.

For sammenligning benyttes prevalensestimater for barn rapportert i de ovenstående avsnitt, selv om det skal tas med i betraktningen at prevalensen av denne typen mål forandrer seg over tid. WHO (2020) beskriver at én av fem kvinner og én av 13 menn rapporterer å ha vært utsatt for seksuelt misbruk som barn i en alder av 0-17 år. Dette er lavere enn de fleste prevalensestimater for foreldre til PSA/SSA-populasjonen i angjeldende systematiske review.

5.1.4 Stabilitet

For mål på stabilitet av atferden fant inneværende systematiske review at ett studie rapporterte en prevalens på 6% for fremtidige seksuelle lovbrudd, mens et annet studie rapporterte en prevalens på 24% for *reoffending*. Utover dette rapporterer også ett studie at 56.7% hadde klinisk signifikant PSA/SSA etter to år. Det ses altså en viss grad av stabilitet i resultatene, selv om det er stor forskjell på disse estimatene. Malvaso et al. (2019) rapporterte derimot at den problematiske eller skadelige seksuelle atferden ikke var vedvarende da to studier fant en lav andel av gjentakende atferd. På den anden side finner både ett av studiene i inneværende systematiske review og Malvaso et al. (2019) at de unge har andre typer lovbrudd som ikke er av seksuell art, hvor tidsspennet er 10 år i ett av studiene inkludert i angjeldende review.

Her kan det være relevant å sammenligne med tidligere presentert forskning på kontinuitet, hvor ett studie (Burton, 2000) redegjør for kontinuitet fra barn til ungdom, og ett studie (Lussier & Blokland, 2014) redegjør for kontinuitet fra ungdom til voksen. Burton (2000) finner blant annet at forbryterne hvor seksuelt aggressiv atferd startet i barndommen, og fortsatte inn i ungdomsårene, hadde høyere grad av gjentakelsesatferd som ungdommer, noe som stemmer overens med resultatene fra angjeldende systematiske review. Lussier & Blokland (2014) finner blant annet at hvis ungdommer som utfører seksuell kriminalitet forblir kriminelle inn i voksenlivet, så er det ikke seksuelle kriminelle handlinger de blir arrestert for.

5.1.5 Oppsamling av resultater sett i lys av diskusjonen

Ovenstående diskusjonsdel er viktig for å sette resultatene i perspektiv til eksisterende evidens, og plassere reviewet i forskningsfeltet generelt. For aversive barndomsopplevelser er det i stor grad overlappende resultater mellom angjeldende systematiske review og JanusCentrets statusrapport. Sammenlignet med generelle populasjonsdata ligger prevalensestimater for PSA/SSA-populasjonen høyere på nesten alle mål, hvor størrelsesforskjellen varierer mellom målene.

For variabler i foreldre- & familiefaktorer ses de samme tendensene i resultatene som for aversive barndomsopplevelser. Her er det dog enda vanskeligere å sammenligne resultatene med generelle befolkningsmål, da disse målene ofte ikke dekker over samme fenomen. Det blir også her trukket noen konklusjoner på bakgrunn av meget få studier, noe som påvirker kvaliteten av resultatene. Foreldres psykiske lidelser er den eneste variabelen som ikke viser tydelige tendenser til å være høyere hos barn med PSA/SSA, sammenlignet med den danske befolkningen generelt.

Både variabler for aversive barndomsopplevelser og foreldre- & familiefaktorer sammenstilles med JanusCentret resultater. Resultatene fra angjeldende systematiske review er for begge kategoriene meget sprikende, og derfor vanskelig å sammenligne. Likevel ses en viss overlapp for de fleste målte variabler. Dette kan muligvis skyldes at angjeldende systematiske review i stor grad baserer seg på utvalg hentet fra klinikker og behandlingsprogrammer, noe som også er gjeldende for JanusCentrets utvalg.

Kontinuitet blir derimot sammenlignet med tidligere forskning og kunnskapsoppsummering. Om den problematiske eller skadelige seksuelle atferden er stabil over lengre tid er vanskelig å konkludere, da det presenteres motstridende resultater i angjeldende systematiske review og Malvaso et al. (2019). Selv om begge er systematiske review med lignende metodisk utgangspunkt, er sistnevnte begrenset i sin definisjon av PSA/SSA og har derfor inkludert et fåtall av studier sammenlignet med angjeldende systematiske review. Lussier & Blokland (2014) har derimot resultater som ligner mer på angjeldende systematiske review. Dette er dog en enkeltstudie, som også baserer seg på eldre aldersgruppe. Her kommer, på den annen side, dataen fra en fødselskohort, som gir mer konkrete resultater. Både angjeldende

systematiske review og annen forskning, trekker frem at barn med PSA/SSA har økt risiko for å utføre annen ikke-seksuell kriminalitet i ungdoms- og/eller voksenlivet.

5.2 Funnene i et teoretisk perspektiv

Barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd er en utsatt gruppe med tanke på sosiale forhold, og overhyppighet av aversive barndomsopplevelser, ifølge funn fra denne systematiske gjennomgangen. Funnene underbygger JanusCentrets forståelse av gruppen omtalt i (2.1.3); at den seksuelle atferden ikke nødvendigvis skal forstås som “seksuell”, men et uttrykk for eksempelvis imitasjon, oppmerksomhetssøking eller angst. På bakgrunn av dette kan det stilles en hypotese om at barnas normavvikende og skadelige atferd bunner i belastning og/eller en forstyrret sosial forståelse. I det følgende vil denne forståelsesrammen bli diskutert med utgangspunkt i forskjellige teoretiske innfallsvinkler og empiriske funn.

5.2.1 Sosial læring

Sosiale læringsteorier, i nyere tid kalt sosial-kognitiv teori, er ofte trukket frem, eksempelvis i Burton (1999), som forklaringsmodeller for hvorfor barn utviser problematisk eller skadelig seksuell atferd. Bandura (1977) er den sentrale skikkelsen i tradisjonen, og vektlegger særlig kognitiv læring i form av observasjonslæring, som grunnleggende i individets interaksjon med sine omgivelser. Ifølge den klassiske teoretikeren observerer, internaliserer og gjentar barnet den voksnes moral og atferd (Bandura, 1977). Hvis barnet utviser PSA/SSA kan sosial læring og observasjon i hjemmet være en mulig forklaring, ifølge denne tradisjonen. Den høye prosenten av foreldre som tidligere har blitt dømt for straffbare handlinger, funnet i angjeldende systematiske review, kan underbygge en slik teori, da mange av de unge også er rekruttert fra kriminalomsorgen. Det samme gjelder den store andelen barn med PSA/SSA som selv har vært utsatt for overgrep. Barnas eksponering for seksuell grenseløshet i hjemmet er en annen sammenheng blant annet JanusCentret (2019) fant, som også passer godt inn i en sosial-kognitiv forståelse. Teorien bidrar imidlertid ikke med en dypere innsikt i hvordan barnas atferd forandrer seg over tid.

Det er også begrenset hvor bredt teorien favner med tanke på hvordan barnas personlighet og erfaringer igjen påvirker imitasjonsprosessen.

5.2.2 Tilknytning, mentalisering og psykobiologi

Forstått gjennom mentaliserings- og tilknytningsteori, samt forskning på psykobiologi, er barnets tidlige opplevelser i sentrum for hvordan barnet forstår og agerer i møte med andre mennesker.

Bowlby (2005) argumenterte for at de tidlige erfaringer med nære omsorgspersoner, skaper interne arbeidsmodeller for senere tilkynningsrelasjoner. Disse kognitive modellene former og påvirker barnets forståelse og møte med verden. Dette teoretiske utgangspunktet kan overføres til den aktuelle problemstillingen, spesielt når det er snakk om barn som har opplevd en utrygg og forstyrret relasjon med omsorgspersoner, som det ses en økt risiko for i populasjonen i angjeldende systematiske review. At barnet utviser seksuell atferd som skader andre kan forklares som at barnet har en forvrengt forståelse av hvordan en relasjon skal være, og hvordan man møter og behandler andre mennesker. Denne teoretiske forklaringen er understøttet av funn fra JanusCentret, som ved bruk av Rorschach-testen fant at over 90% av deres klienter var forstyrret i deres tilknytningsevne (JanusCentret, 2019). Imidlertid har en del nyere forskning og moderne teoretikere pekt på at tilknytning ikke er så stabilt som tilknytningsteoretikere antyder. Eksempelvis finner en metaanalyse fra 2020 kun moderat stabilitet av alle tilknytningstyper (Opie et al., 2020). Begrensningen ved å bruke tilknytningsteori som forklaringsmodell understøttes også av funn fra JanusCentrets rapport (2019) som viser at barnas atferd har stor effekt av også kortere behandlingsforløp. Funn fra inneværende systematiske gjennomgang viser også at tilknytningsteori ikke alltid kan forklare atferden, da kun et mindretall av populasjonen begikk nye ulovlige seksuelle handlinger. Skadelig seksuell atferd synes derfor ikke å være like stabilt, som forventet utfra en tilknytningsteoretisk forståelse.

Mentaliseringsbasert terapi var opprinnelig utviklet til å behandle pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, og teorien bak terapien bygger på ideer fra blant annet tilkynnings- og psykodynamisk teori, samt moderne biopsykologi (Bateman & Fonagy, 2013). Begrepet *mentalisering* beskriver evnen til følelsesmessig refleksjon;

det å kunne lese seg selv og andre (Hart, 2011). Utfra denne teoretiske forståelsen kan problematisk eller skadelig seksuell atferd hos barn forstås som manglende forståelse for sine egne og andres grenser. Et viktig punkt i teorien om mentalisering er affektregulering, som er nært knyttet til kroppens stress-system. Barnets atferd kan derfor også forstås som manglende selvreguleringsmekanismer, ettersom dets ferdigheter i å regulere affekt er sentralt for å utvikle og evne mentalisering.

Traumers sammenheng med mentalisering bygger på omfattende forskning i effekten av traumer hos mennesker og dyr (Bateman & Fonagy, 2013). For det første har tidlige traumatiske opplevelser blitt knyttet til dysfunksjon i menneskers stress-system, nærmere bestemt hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen (HPA-aksen), og det parasympatiske nervesystemet. For det andre har traumer særlig stor innflytelse, når de forekommer i kritiske perioder av barnets utvikling. Til sist har forskning på området vist at barnets genetiske sårbarhet også påvirker det miljøet barnet vokser opp i, da eksempelvis barn med bestemte utviklingsforstyrrelser kan være i større risiko for seksuelle overgrep. Ettersom JanusCentret (2019) og angjeldende systematiske review fant en høy forekomst av aversive barndomsopplevelser hos barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd, kan deres avvikende seksuelle atferd forstås som manglende evne til affektregulering i pressede situasjoner, som et resultat av tidlig dysregulering av stress-systemet. Det særlige med å undersøke barn under 12 år, som angjeldende systematisk review gjør, er at de målte hendelsene har forekommet tidlig i livet. Det er derfor sannsynlig at opplevelsene har hatt dyptgående effekter på barnets stress-system, ettersom det har forekommet i en kritisk periode av livet, karakterisert av blant annet hyporesponsivitet til omgivelsene, og nevrologisk plastisitet. At en stor andel av foreldrene til barna selv har begått kriminelle handlinger, kan antyde en genetisk sårbarhet for aggressivitet og atferd som skader andre. Det er også et tegn på at barnet har hatt et avvikende oppvekstmiljø.

Den sosiale forståelsen påvirkes av andre faktorer knyttet til barnets utvikling, eksempelvis utviklingen av kognitive funksjoner. Teoretikeren Creeden (2004), argumenterer eksempelvis for en mer traumefokusert forståelse av seksuelle atferdsvansker. Overgrep og omsorgssvikt påvirker eksekutive funksjoner, ved å forstyrre integreringen av kortikale og subkortikale prosesser (Creeden, 2004). Eksekutive funksjoner er videre sentralt for effektiv læring og problemløsning fordi

det knyttes til konsentrasjon, kognitiv fleksibilitet og kontroll på impulsiv upassende atferd (Creeden, 2004). Utfordringer med læring og problemløsning vil utdypes videre i det etterfølgende.

5.2.3 Manglende kunnskap og forståelse

Til tross for at det er en stor andel av barna i inneværende systematiske review som potensielt har en historie med traumatiske barndomsopplevelser, er det også en betydelig andel barn som ikke har det. Det åpner for andre forklaringsmodeller, eksempelvis at barnas mistrivsel skyldes andre, ikke-undersøkte faktorer, som for eksempel mobbing. Selv om dette er opplevelser som ikke direkte knyttes til primære omsorgspersoner, kan mobbing også i noen tilfeller anses som traumatisk. Alternativt kan det være at barna har en medfødt, grunnleggende svekket forståelse for sosiale forhold, eksempelvis ved autismespektrumsforstyrrelser, eller et begavelsesnivå som er lavere enn den hos normalbefolkningen.

Manglende kunnskap eller innsikt kan også skyldes manglende informasjon eller opplæring. I en kvalitativ studie ble 14 unge mennesker med skadelig seksuell atferd intervjuet om hvordan de selv tror atferden kunne vært forebygget (McKibbin et al., 2017). Tre temaer som gikk igjen var: forbedre seksualundervisning, behandling av egne offeropplevelser og hjelp med håndtering av pornografi. Selv om barna i denne studien pekte på manglende informasjon som en årsak til deres atferd, er det usannsynlig at dette er en tilfredsstillende forklaring på PSA/SSA. Ifølge JanusCentret vil det i 41.7% av deres pasienter ikke være hensiktsmessig med tradisjonell psykoterapeutisk behandling, grunnet lave språklige kompetanser (2019). Det kan derfor være problemer som strekker seg utover kvaliteten på seksualundervisningen, som for eksempel barnets grunnleggende evne til å forstå seksualveiledning eller tilsnakk.

5.2.4 Kan atferden forklares som belastningsreaksjoner og/eller forstyrret sosial forståelse?

Innledningsvis i denne teoretiske diskusjonen, ble det presentert en hypotese om at barnas normavvikende og skadelige atferd bunner i belastning og/eller en forstyrret

sosial forståelse. Resultatene fra angjeldende systematiske review, sammen med resultater fra JanusCentret, kan underbygge en forståelse av PSA/SSA som en belastningsreaksjon. Man ser nærmere bestemt en økt forekomst av både aversive barndomsopplevelser og sårbare omstendigheter i oppveksten, dersom man sammenligner barn med PSA/SSA med tall fra den generelle befolkningen (5.1). Det er videre presentert argumenter som kan understøtte den andre delen av hypotesen – at atferden skyldes forstyrret sosial forståelse. Her er det blant annet pekt på en høy prevalens for lavere kognitivt nivå i populasjonen (JanusCentret, 2019), og at andre sosiale forhold, som omsorgssvikt, tilknytning og imitasjonslæring, påvirker hvordan barnet forstår den sosiale verden.

Grunnet metodiske begrensninger ved studiene, hvor de aktuelle funnene er hentet fra, kan ikke hypotesen besvares med sikkerhet. Studiene følger nærmere bestemt ikke deltakerne fra fødsel og til atferden oppstår. De konkrete mekanismene som fører til problematisk eller skadelig seksuell atferd, kan derfor ikke identifiseres. For eksempel kan man, utfra presentert evidens, ikke forklare hvorfor noen barn som har opplevd omsorgssvikt blir deprimerte eller utvikler angst, mens andre utvikler atferdsmessige reaksjoner, som angjeldende populasjon.

5.3 Vurdering av eksisterende forskning

Det er noen klare utfordringer ved å begi seg inn på et område med lite forskning, hvor populasjonen av interesse også er av en relativt sjelden forekomst. Studiene er for det første i risiko for å ha dårligere kvalitet, da man ikke har mulighet til å stille strenge inklusjonskriterier og samtidig sitte igjen med artikler som undersøker relevante variabler. For det andre kan en relativt lav prevalens gjøre at studiene har færre deltakere, som igjen gir mer usikre estimater. Denne delen av diskusjonen bygger på *risk of bias*-undersøkelsen, presentert i (4.2). En vurdering av hvor sikre funnene i enkeltstudiene er vil i det følgende bli presentert. En slik vurdering har også ha noe å si for påliteligheten av konklusjonen i denne systematiske gjennomgangen, og dermed også i hvilken grad funnene kan generaliseres.

5.3.1 Usikkerhet ved studiene med tanke på rekruttering av deltakere

I flere av de inkluderte studiene ble “participation rate”, raten av hvor mange som deltok sammenlignet med hvor mange som ble spurt, ikke rapportert. Dersom deltakerne av systematiske grunner velger å svare eller avstå fra å svare på undersøkelsen, kan dette utgjøre et skjevt utvalg. På den ene siden kan det tenkes at det er familier med gode ressurser, som har mulighet og tid til å delta. På den andre siden, kan det være de mest utsatte barna som har størst sannsynlighet for å bli med i undersøkelsen. I angjeldende systematiske review finnes det eksempelvis studier som rekrutterer familier i kontakt med barnevernet. I slike studier er det sannsynlig at barn fra fosterfamilier er høyere representert, sammenlignet med den generelle befolkningen. At det for en fosterforelder kan være mindre angstprovoserende å rapportere om barnets opplevde omsorgssvikt, enn for en biologisk forelder, som kanskje er den som har begått omsorgssvikten, er en annen årsak til at barn fra fosterforeldre potensielt er overrepresentert. Tenkelige følger for resultatene er at studiene rapporterer en for høy, eller en for lav forekomst av de utvalgte estimatene, når man sammenligner med de virkelige samfunnsforholdene som ønskes belyst.

5.3.2 Usikkerhet med tanke på studiens definisjon av populasjonen

For at funn skal kunne generaliseres til andre barn med PSA/SSA må studiene benytte valide og reliable mål for dette fenomenet. Angjeldende systematiske gjennomgang foretok en vurdering av risiko for bias hvor nettopp definisjonen av PSA/SSA var i fokus, og her ble det identifisert syv studier som ikke tilfredsstilte kriteriene. Årsaker til dette var at noen studier kun definerte populasjonen sin utfra scores på Child Sexual Behavior Inventory (Allen, 2017; Allen et al., 2018; Ensink et al., 2018; Lepage et al., 2010; Silovsky & Niec, 2002 og Silovsky et al., 2007), og én studie (Långström et al., 2002) utfra foreldrerapportert problematisk masturbering. Det skal bemerkes at disse studiene potensielt bidrar til å inndra mer problematisk seksuell atferd, som er atferd av lavere alvorlighetsgrad, enn den som inngår i mange av studiene som kun tar med klinikk-henviste barn eller barn fra rettssystemet. På denne måten fanger man opp flere barn, i et bredere spekter. På den andre siden kan rekruttering gjennom cut-off på CSBI, eller foreldrerapportert problematisk

masturbering, også fange opp barn som *ikke* har problematisk eller skadelig seksuell atferd. Nærmere bestemt vurderes de nevnte rekrutteringsmetodene som mindre valide redskap til å identifisere denne typen atferd, fordi de i stor grad er påvirket av foreldres holdninger og kultur. Dessuten eksisterer det ikke, så vidt vi vet, valideringsstudier, hvor CSBI er anvendt som screeningredskap for seksuelle atferdsvansker. Studier, som ifølge ovenstående vurderinger har større risiko for å ikke likne populasjonen av interesse, begrenser sikkerheten når det er snakk om å generalisere funnene.

5.3.3 Usikkerhet i resultater med tanke på kjønn

Det er stor variasjon fra studie til studie når det gjelder kjønnsfordeling. I presentasjonen av forskningsfeltet (4.1), oppsummeres og presenteres studienes informasjon om kjønnsfordeling. Her ser man at enkelte studier kun har jenter eller kun gutter, hvor de fleste av studiene har en overvekt av gutter. Noen studier har også valgt å ikke presentere eksempelvis jenters resultater i sine analyser, på grunn av få deltakere. Dette kan skape systematiske feil i studienes resultater på de aktuelle variablene. Det ses også flere studier hvor kun en liten andel av barna dekker alderskriteriet eller av andre grunner ikke kan brukes. I disse tilfellene gis det sjeldent informasjon om kjønnsfordeling i den lille populasjonen, som igjen skaper mer usikkerhet i resultatene.

5.3.4 Resultatene i lys av risk of bias-vurderingen

Hvorvidt studiene med høyest risiko for bias påvirker resultatene i denne systematiske gjennomgangen, ble undersøkt etter syntetiseringen av resultatene. I det følgende vil de samlede resultatene fra alle inkluderte studier, sammenlignes med resultatene man får dersom man ser bort fra studier med høy risiko for bias. Det vil si at kun resultater fra studier med fire eller fem oppfylte kriterier i *risk of bias*-vurderingen, vil bli inkludert.

For variabelen passiv omsorgssvikt ble det funnet prevalensestimater på 18%-100% (Gray et al., 1999; Ownbey et al., 2001). Kun ett av studiene som rapporterte et mål for passiv omsorgssvikt ble vurdert til å ha høy eller alvorlig høy risiko for bias

(Allen, 2017). Da 10 studier inngår i dette målet, og det aktuelle studiet ikke representerte et av ytterpunktene i spennet av prevalensestimater, har vurderingen av risikoen for bias ikke en stor påvirkning på resultatene her.

For seksuelle overgrep ble det også rapportert et stort spenn mellom det laveste og det høyeste prevalensestimater, 15%-100% (Lightfoot & Evans, 2000; Yates et al., 2012). Når man kun ser på studiene med minst risiko for bias er spennet tilsvarende stort: 17%-100% (Ikomi et al., 2009; Yates et al., 2012). Det ses derfor heller ikke her en betydelig forskjell i resultatene når vurderingen av risiko for bias tas med i betraktningen.

I resultatene fra fysisk og emosjonell & psykisk vold ses de samme tendensene som beskrevet over. Spennet mellom det laveste og det høyeste målet for fysisk eller emosjonell & psykisk vold var som nevnt i resultatavsnittet meget stort, henholdsvis 2%-100% (Ikomi et al., 2009; Yates et al., 2012) og 0.7%-100% (Ikomi et al., 2009; Yates et al., 2012). Disse store spennene blir værende uforandret hvis man fjerner resultater fra studier med stor risiko for bias.

Når det gjelder hvorvidt barnet har observert vold i hjemmet ble det funnet prevalensestimater på 26%-87% (Lightfoot & Evans, 2000; Gray et al., 1999) når alle studier er inkludert. Hvis man trekker fra studiene med stor risiko for bias, blir spennet forandret til 37%-87% (Tougas et al., 2016; Gray et al., 1999), som er et litt smalere, men fortsatt bredt estimat.

Samlet sett er funnene fra ovenstående vurdering at studiene med stor risiko for bias har liten innvirkning på resultatene på aversive barndomsopplevelser i sin helhet.

For variabler under kategorien foreldre- & familiefaktorer, ser man heller ikke store utslag hvis man tar høyde for *risk of bias*-vurderingen. Målene *bor med minst én biologisk forelder*, *minst én forelder med rusmisbruk* og *hvorvidt foreldrene er eller har vært arrestert eller fengslet* endres nemlig ikke dersom man fjerner studier med høy eller alvorlig høy risiko for bias. Grunnen til dette er at ingen studier med høy eller alvorlig høy risiko for bias, representerer noen av ytterkantene i de aktuelle prevalens-spennene. For målet *foreldres psykiske lidelser*, hvor prevalensen var 12.8%-64.3% (Rosa et al., 2020; Lepage et al., 2010), var to av tre studier med dette målet vurdert til å ha høy risiko for bias. Derfor er det kun én studie som står igjen

med lav risiko for bias, og dette er studien med det laveste estimatet på 12.8%. For målet *foreldres aversive barndomsopplevelser* ser man samme situasjon, hvor kun ett av to mål ble vurdert til å ha lav risiko for bias.

Med tanke på resultatene på området stabilitet, var det ett av tre studier (Ensink et al., 2018), som ble vurdert til å ha høy risiko for bias. Denne studien skilte seg imidlertid fra de andre studiene som rapporterte kriminell atferd, da den rapporterte stabilitet av scores på CSBI, og ble derfor presentert for seg i resultatavsnittet.

Det ser derfor ikke ut til at studiene med høy eller alvorlig høy risiko for bias har betydelige effekter på resultatene på de fleste mål. I situasjoner hvor det er en forskjell, skyldes dette at svært få av studiene rapporterer resultater på det aktuelle målet, og derfor blir gjenstående studier utslagsgivende for resultatene. Artiklene som vurderes til å ha høy risiko for bias har derfor ikke resultater som skiller seg betydelig fra dem med lav risiko for bias. Denne minimale forskjellen i resultater kan skyldes det store spennet i prevalens som ses i syntesen. Derfor fanges ikke potensielt avvikende resultater opp i den store bredden av resultater. På den annen side kan det være at studiene ikke har skjeve resultater, til tross for at de er vurdert til å ha risiko for dette. Dette kan skyldes at *risk of bias*-vurderingen er for lite omfattende, og at de fem punktene ikke er gode nok mål på skjeve utvalg. Tenkelig kan det være en kombinasjon av de to foreslåtte forklaringer. Grunnet store forskjeller i antall deltakere, design og utvalg, er *risk of bias*-vurderingen ikke like nyttig, som hvis det var mer homogenitet i resultater og studier. Samtidig har denne gjennomgangen av risiko for bias vist at det var riktig å inndra alle studiene, og ikke ekskludere dem med høy risiko for bias.

5.4 Begrensninger og styrker ved eget prosjekt

Det er beskrevet i det foregående at metodiske begrensninger i inkludert litteratur, kan skape usikkerhet omkring de presenterte funnene (5.3). Forhold ved screening, utvinning av data og syntese kan på samme måte ha innflytelse på hvor sikre resultatene er. I det følgende vil derfor styrker og svakheter ved angjeldende systematiske review presenteres. Våre metodiske valg og fravalg underveis i

prosessen vil diskuteres, med tanke på deres innflytelse på resultatene. Det vil vurderes hvor sikre funnene er, og dermed om de kan generaliseres til populasjonen av interesse – barn under 12 år med problematisk eller skadelig seksuell atferd i den generelle befolkning.

5.4.1 Søkestreng og anvendte begreper

Den innledende undersøkelsen, med hensikt å skape en informert strategi for den etterfølgende utarbeidelse av søkestreng, resulterte i et mangfold av begreper som beskriver PSA/SSA blant barn og unge. Det er en utfordring når man utarbeider denne typen systematiske søk å faktisk få inkludert alle relevante begreper, og dermed også få dekket hele forskningsfeltet. Likevel var det et fåtall av begreper som benyttes i anvendt litteratur som ikke ble inkludert i søkestrengen. Tener & Katz (2019) benytter begrepet *preadolescent peer sexual abuse*. Både denne artikkelen og statusrapporten til JanusCentret (2019) omtaler dette som en definisjon det er konsensus om i forskningsmiljøet. Gjennom et søk på de tre relevante databasene, PubMed, PsycInfo og Embase, ga “*preadolescent peer sexual abuse*” enten kun ett resultat, nærmere bestemt Tener & Katz’ systematiske review fra 2019, eller ingen resultater overhode. Selv om dette begrepet ikke inngår i søkestrengen direkte, er *peer sexual abuse* inkludert. På denne måten blir delen av begrepet, som omhandler seksuelle atferdsproblemer dekket. På den annen side kunne det muligvis vært hensiktsmessig å benytte begrepet *preadolescent* i kombinasjon med andre ord, for å inkludere et større spekter av målgruppen under 12 år. Det samme gjør seg gjeldende for *pre-teen* og *pre-pubescent*, som ses benyttet i deler av den inkluderte litteraturen. Dog ser man at et søk uten disse begrepene likevel oppfanger artikler med disse begrepene som innhold.

Med tanke på begreper som er rettet mot den inkluderte aldersgruppen, er det mange i søkestrengen som gir ikke-relevante resultater. Mer bestemt er dette begreper som omtaler ungdoms-populasjoner, slik som *juvenile* og *adolescent*, som i de fleste tilfeller gjelder unge over 12 år. Eksempler fra søkestrengen er “*adolescent sexual abuse*” og *juvenile sex offender*”. Av 27 studier var det kun tre som benyttet begreper som dette i tittelen, henholdsvis Ikomi et al. (2009) med tittelen “*Male juveniles with sexual behavior problems: Are there differences among racial groups?*”, Rosa et al.

(2020) med tittelen “*Do Developmental and Life-Course Theory Risk Factors Equally Predict Age of Onset Among Juvenile Sexual and Nonsexual Offenders?*” og van Wijk et al. (2005) med tittelen “*Violent juvenile sex offenders compared with violent juvenile nonsex offenders: explorative findings from the Pittsburgh Youth Study*”. Ikomi et al. (2009) benytter et utvalg i alderen 10-12 år og van Wijk et al. (2005) har et utvalg der gjennomsnittsalder er 11.8 år, altså to utvalg som grenser opp mot, eller inkluderer, tenåringsalder. Rosa et al. (2020) bruker derimot et utvalg i alderen 7-12 år, som er veldig relevant for angjeldende systematiske review. Derfor kan man si at begreper som dekker ungdomspopulasjoner ikke har stor relevans for angjeldende systematiske review, da det ikke var mange studier som benyttet disse betegnelse. Likevel var de nødvendig å inkludere, da det å ikke ha denne typen begreper med kunne resultert i at de nevnte tre artikler ikke ble en del av søkets resultater, og dermed ikke en del av reviewets datamateriale.

Valget av å kun benytte ord omhandlende PSA/SSA i søkestrengen er begrunnet med å nå så bredt ut som mulig, for å ikke risikere å miste forskning på emnet. På den annen side kan man vurdere om det ville være en god strategi å ha en søkestreng bestående av flere deler, knyttet sammen med “AND” for å få et mer spesifikt søk. En slik bolk kunne eksempelvis være ord omhandlende etiologi, eller mer spesifikt, omsorgssvikt og aversive barndomsopplevelser. Dette ville muligvis gjort søket mer konkret, og dermed også mer relevant for problemstillingen, men det ville også gitt færre resultater og økt sannsynligheten for at viktige artikler ikke ble oppfanget. Dessuten ses det at tekster med informasjon om omsorgssvikt ble oppfanget, og dermed vurderes mangelen på begreper tilknyttet dette, ikke å ha hatt en avgjørende påvirkning på resultatet.

5.4.2 Kliniske populasjoner

I metoden beskrives det at kliniske grupper ble ekskludert under seleksjonsprosessen. Dette var for eksempel utvalg som var rekruttert på bakgrunn av en populasjon som kun bestod av barn med aversive barndomsopplevelser, eller med utviklingsforstyrrelser og andre diagnoser. Bakgrunnen for dette metodevalget var å unngå bias i resultatene, og samtidig finne resultater som i størst mulig grad kunne representere barn med PSA/SSA i den generelle befolkningen. Likevel kan man se at

utvalgene i studiene som er inkludert, i stor grad kan vurderes som kliniske på andre måter. I flere studier er utvalget direkte hentet fra klinikker som har til hensikt å behandle PSA/SSA. I andre studier er barna rekruttert fra Child Protection Services, fosterfamilier, institusjoner, og kriminalomsorgen. Alle disse er arenaer hvor det ses en økt andel av psykiske lidelser, utfordrende atferd og dårlige oppvekstvilkår, sammenlignet med normalbefolkningen. Utover dette er det store andeler av personer med aversive barndomsopplevelser, diagnoser og andre utfordringer i studienes populasjoner, selv om disse i mange tilfeller ikke utgjør 100% av et utvalg. På den annen side kan man se for seg at data på nettopp dette området er vanskelig å utvinne fra noe annet sted enn slike kliniske arenaer, da denne atferden sjeldent går upåaktet hen, og ikke setter i gang intervensjoner eller andre tiltak.

JanusCentret er et eksempel på en kilde til data relevant for angjeldende systematiske review. De påpeker i sin statusrapport fra 2019 at deres deltakere ikke utgjør et representativt utvalg av danske barn og unge fordi det er en klinisk populasjon. Gjennom mailkorrespondanse ble det redegjort for hva de vurderer en ikke-klinisk populasjon til å være når det gjelder barn med PSA/SSA. Her forklares det at deres populasjon blant annet ikke inkluderer barn med atferdsproblemer som ikke får rett hjelp. De ser at barna de får inn i sin klinikk er veldig utsatte og kommer fra ressursvake hjem. De ser også at det i høyere grad er barn fra ressurssterke hjem som motsetter seg et forløp i JanusCentret fordi de vil klare å løse problemene selv. Det påpekes at det, i de færreste tilfeller hvor barn utviser krenkende atferd, ikke blir adressert av noen i deres nettverk, men at det i større grad er bekymrende seksuell atferd som går under radaren (JanusCentret, personlig kommunikasjon, 10.mai 2021). Selv om dette beskriver den mulige ikke-kliniske populasjonen til JanusCentret spesifikt, kan man anta at det for mange av de inkluderte studienes utvalg kan benyttes samme forklaring. Dette vil spesielt gjøre seg gjeldende for barn rekruttert fra behandlingsprogrammer og klinikker, som det er flere av i angjeldende systematiske review.

Antagelsene om den ikke-kliniske populasjonen kan ha flere betydninger for den data som er samlet inn i angjeldende systematiske review. For det første kan det bety at det er manglende forskning på problematisk seksuell atferd, da denne ikke i like stor grad blir oppdaget eller problematisert på samme måte, og derfor ikke blir fanget opp til bruk i forskning. For det andre kan det være at datagrunnlaget i den innsamlede

litteraturen baserer seg på barn fra ressurssvake foreldre eller omsorgspersoner. Dette kan igjen forsterke tendensen som ses i dataen – at barna har større sannsynlighet for å ha en oppvekst med aversive opplevelser og utsatte foreldre. De ressurssterke familiene havner ikke i klinikker eller i barnevernet og blir derfor ikke oppfanget i forskningen, som i all hovedsak baserer seg på data herfra. Alternativt kan man tenke seg at familiene med best ressurser evner å komme seg gjennom systemet, og derfor i større grad blir tilbudt hjelp. Begge scenarioer kan føre til systematiske avvik fra “virkeligheten”.

5.4.3 Utvalg og mangelen på sammenligningsgruppe

Populasjonsavgrensningen på barn opp til 12 år hadde flere hensikter. For det første var det en utfordring å finne systematiske review som undersøkte denne aldersgruppen, og for de andre var det en overvekt av forskning på ungdom over 12 år. Det var tydelig at forskningen på barn var mangelfull og at behovet for å samle og sammenstille denne var evident. Dette grunnleggende populasjons-kriteriet kan dog kritiseres da det har noen konsekvenser for datagrunnlaget.

Som Tener og Katz (2019) påpeker er det en underliggende antagelse i forskningsmiljøet om at alvorlige former for seksuelt misbruk ikke er typisk eller ikke eksisterer blant unge barn. Derfor er det en mulighet for at dette systematiske reviewet ikke i like stor grad får undersøkt SSA, da det ikke eksisterer like mye forskning på dette fenomenet i barn under 12 år grunnet denne antagelsen. Videre ser forskerne en indikasjon på at den skadelige seksuelle atferden blant jevnaldrende i mindre grad forekommer blant yngre barn sammenlignet med ungdommer. Om dette er tilfellet er en plausibel forklaring på hvorfor det mangler forskning på SSA hos barn under 12 år at SSA nettopp ikke forekommer i denne aldersgruppen. Tendensen i forskningen ser ut til å peke på at et barns første SSA-hendelse forekommer i 11-års alderen (f.eks. JanusCentret, 2019).

På den annen side ses det også at deler av den inkluderte litteraturen metodisk ekskluderer PSA, og kun inkluderer barn involvert i hendelser med interpersonelle seksuelle overgrep. Dette kan føre til en overvekt av SSA i datagrunnlaget. Hvis klinikker ser samme tendens i hvem som utgjør deres populasjon som JanusCentret, vil dette føre til mangelfull forskning på PSA, og dermed mangelfulle data på PSA i

angjeldende systematiske review. Ved å inkludere studier med gjennomsnittsalder under 12 år er også utvalg som potensielt strekker seg over 12 år også inkludert, og her ser man, som nevnt, en større andel av SSA.

Metodisk ble det avgjort at en kontrollgruppe ikke skulle være et kriterium for å bli inkludert i angjeldende systematiske review. Dette både fordi tidlige undersøkelser av forskningsfeltet avslørte at det var få studier som benyttet kontrollgruppe, i tillegg til at disse i stor grad varierte, og ikke var sammenlignbare. Eksempelvis hadde noen studier en kontrollgruppe som bestod av unge forbrytere som ikke hadde begått noen lovbrudd av seksuell art, andre inkluderte barn med atferdsforstyrrelser uten PSA/SSA-symptomer, mens enkelte studier benyttet barn fra de samme skolene som PSA/SSA-utvalget var hentet fra, med den hensikt å representere “normalbefolkningen”. Interessen for å inkludere den forskningen som eksisterer på området, uten for store begrensninger, var derfor avgjørende i denne beslutningen.

Å ikke benytte kontrollgruppe har noen konsekvenser. Denne skal formodentlig bidra til å isolere de variabler som er av interesse, samt sikre seg at konklusjonene ikke påvirkes av for mange konfunderende variabler. Selv om angjeldende systematiske review kan si noe om barn og unge under 12 år med problematisk eller skadelig seksuell atferd, kan det ikke si noe sikkert om barna skiller seg markant fra normalbefolkningen eller andre populasjoner. På denne måten kan man kun komme med uttalelser om tendenser i studiene og antagelser basert på relevant forskning på normalbefolkningen.

5.4.5 Revidering av risk of bias

Behovet for en vurdering av risiko for bias var evident da det var tydelig variasjon i studienes kvalitet. Dog ga det ikke mening å benytte seg av alle kriteriene i skjemaet for screening av bias, og de relevante ble valgt ut og lagt mer fokus på. Dette medfører at bias-vurderingen kun lener seg på fem kriterier, og derfor kan hvert kriterium få større utslag enn det opprinnelig ville hatt. Derfor skal man også tolke bias-resultatene med forsiktighet, og ta forbehold om at konklusjonene som trekkes på bakgrunn av disse er av redusert kvalitet. Likevel bidrar denne vurderingen til å sette et viktig søkelys på den generelle kvaliteten av forskningen på området omhandlende PSA/SSA blant barn under 12 år.

Inneværende systematiske review baserer seg kun på publiserte studier, noe som øker risikoen for publikasjonsbias. Da man er begrenset til å kun inkludere forskning på et språk man kan lese og forstå, fører det til at engelsk-språklige databaser og journaler benyttes. Dette gir både et bias i form av at forskningen i stor grad er produsert i engelsk-språklige land, og generaliserbarheten på verdensbasis blir redusert. I tillegg er det større sannsynlighet for at studier som er statistisk signifikante blir publisert i disse store, internasjonale, engelsk-språklige databasene og journalene (Borenstein et al., 2019). Dette fører til en skjevhet i inkludert litteratur da den forskningen som er tilgjengelig gjennom databaser og journaler ikke representerer studier som ikke har funnet signifikante resultater. Å benytte denne typen databaser fører også til en inklusjon av forskning som er lett tilgjengelig, gratis, fra ens eget fagmiljø eller disiplin og som er sitert opptil flere ganger, og dermed er lettere å identifisere (Borenstein et al., 2019). For å minske risikoen for publikasjonsbias i angjeldende systematiske review er det benyttet flere databaser. Dog vurderes risikoen for denne typen bias fortsatt å gjøre seg gjeldende.

5.4.6 Oppsummerende bemerkninger

Et så bredt fokus som i angjeldende systematiske review vil alltid føre til metodiske utfordringer og begrensninger. Da bredden av mulige prediktive faktorer ikke skulle begrenses var søkestrengen kun forbeholdt ord som omhandlet PSA/SSA.

Ovenstående diskusjon har vist at denne metoden for søk tjente sitt formål da tilnærmet alle begreper på fenomenet i litteraturen ble dekket. Søket ga et overskuelig antall resultater, noe som ga muligheten for å screene alle tekster, og derfor var det ikke noe behov om ytterligere konkretisering i søkestrengen. Risiko for kliniske utvalg kan ha ført til skjevhet i resultatene, der sannsynligheten for en overvekt av skadelig seksuell atferd og barn med aversive opplevelser, er stor. Dog ses det utfordrende å rekruttere deltakere til forskning, da den ikke-kliniske populasjonen gjør seg utilgjengelig ved å ikke oppsøke hjelp.

Valget av alderskriteriet på 12 år kan også diskuteres da det ses klare utfordringer i forskning på denne populasjonen. For det første rapporteres det at atferden for mange barn først oppstår i en alder av 11 år, og for det andre er det mange forskere som mener at PSA/SSA ikke eksisterer hos små barn. Dette kan forklare mangelen i

forskning på området, og neglisjering av den problematiske seksuelle atferden, og kan igjen forsterke en skjevhet i form av overvekt av SSA i forskningen.

Fravalg av kontrollgruppe gjør det enda mer utfordrende å vurdere en årsakssammenheng mellom den undersøkte populasjonen og utvalgte variabler. Dette veies dog opp med at et større antall studier kunne inkluderes. Til sist skal det nevnes at risiko for bias alltid er tilstedeværende i denne typen systematiske review. Det skal tas forbehold om publikasjonsbias, og generell kvalitet ved resultatene. Dette er dog forsøkt overkommet med konkrete metodiske valg.

5.5 Funnenes implikasjoner

Angjeldende systematisk review har dekket et område hvor det ikke finnes systematiske gjennomganger. Videre har det blitt samlet empirisk viten om en ung gruppe mennesker, som har blitt oversett i forskningssammenheng. At det nå er foretatt er en kunnskapsoppsummering på internasjonal litteratur, gjør det lettere for interesserte fagpersoner å få tak i empiriske studier på området. Denne systematiske gjennomgangen av litteratur samlet data på hva som karakteriserer barn under 12 år med problematisk eller skadelig seksuell atferd, og i det følgende vil den kliniske relevansen til funnene bli diskutert.

5.5.1 Funnenes kliniske relevans

Kunnskap om hva som karakteriserer barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd, har implikasjoner for klinisk praksis og behandling. Det ble i angjeldende systematisk review funnet evidens for at store andeler i gruppen barn med PSA/SSA har vært utsatt for aversive barndomsopplevelser, sammenlignet med prosentestimer for et gjennomsnittsbarn. Seksuelle overgrep og fysisk og psykisk vold i barndommen kan ofte ha så alvorlige effekter på barnas utvikling og psykiske helse, at hendelsene kan klassifiseres som traumer. Dersom funnene er valide, eksisterer det en så betydelig risiko for traumer, at de kan tolkes som en viktig årsak til problematisk og skadelig seksuell atferd. Disse funnene antyder derfor at barna som pasientgruppe, vil ha behov for behandling med traumefokus.

At traumer er den utløsende årsaken for atferden, kan ikke konkluderes utfra den evidensbyrden som er fremskaffet i angjeldende systematisk review. Ingen av de inkluderte studiene kan si noe om årsakssammenheng, da de blant annet ikke var designet som kontrollerte randomiserte studier eller kohortstudier. En alternativ hypotese kan være at barn med genetiske disposisjoner eller sårbarhet kan utvikle skadelig seksuell atferd både hvis de har, og ikke har vært utsatt for traumatiske opplevelser. Den kliniske implikasjonen kan derfor være å bistå, og behandle barnets utfordringer, som eksempelvis kan være ADHD, autisme eller lavere kognitivt funksjonsnivå. Dersom barnet i tillegg til dette har blitt utsatt for traumer, bør traumebehandling være fokus. Hvis barnet har lavere kognitivt nivå enn normalbefolkningen bør det gjøres en vurdering av om barnet er egnet for standardisert terapi. Årsaken til dette er forhøyet risiko for språklige eller kognitive begrensninger i populasjonen, ifølge tall lånt fra JanusCentrets statusoppdatering fra 2019.

I oppgavens teoretiske diskusjon ble det foreslått noen forklaringsmodeller til funnene. Dersom man forstår barnas vansker som problemer med sosial forståelse, skal behandlingen mer konkret støtte barna i å tilegne seg sosialt akseptable måter å møte andre på, og som er utviklingsmessig passende. Dette gjenspeiler Fonagy sine refleksjoner om prosesser i terapi fra et intervju med Norsk Psykologforening (Holt, 2007). Fonagy mener at all terapi er sosial læring, og at det sentrale i terapi som virker er å lære personen å stole på andre mennesker. Ettersom barnet oftere enn andre barn i normalbefolkningen har opplevd ting som forstyrrer deres tiltro til voksne og andre mennesker, kan de ha grunnleggende mistillit til omsorgspersoner. Utfra Fonagys forståelse er det viktig at barnet i terapi lærer å stole på trygge voksenpersoner, ved å få et trygt hjem og støtte rundt seg. Dette for å gjøre det mulig for barnet å lære riktige responser og for å få ned barnets stressnivå, ettersom PSA/SSA også kan forstås som belastningsreaksjoner. De få studiene inkludert som har metodiske forutsetninger for å si noe om stabilitet, viser at atferden, som har sitt utspring før barnet er 12 år, ikke tydelig stabil. Dette kan tyde på at atferden skal forstås som et symptom, men det kan også si noe om at behandlingen virker.

5.5.2 Implikasjoner på samfunnsnormer

At det finnes en stor mengde litteratur på seksuelle overgrep på barn, men mangler forskning på barn som utfører overgrep, gjenspeiler en generell kultur for å ha fokus på offeret. Dette kan være grunnen til at fenomenet fremstår sjeldent, selv om flere prevalensestimater antyder det motsatte. Til tross for at det er en naturlig respons å tilby støtte til et offer, kan en slik holdning på politisk nivå hindre utviklingen og bruken av behandlingstilbud, kunnskap og støtte til barn med problematisk eller seksuell atferd. Nettopp fordi barn med PSA/SSA i mange tilfeller skal forstås som en utsatt og sårbar gruppe, og har behov for hjelp og støtte, på lik linje med barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Nærmere bestemt fordi barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd har stor risiko for å ha vært utsatt for blant annet aversive barndomsopplevelser, slik resultatene fra angjeldende systematiske review kan peke på.

5.6 Fremtidig forskning

Angjeldende systematiske review inkluderte alle studier som hadde et utvalg med barn under 12 år med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Arbeidet med problemstillingene resulterte også i en oversikt over hva forskningsfeltet undersøker, og dermed også hva som mangler. I de følgende avsnittene vil alternative fremgangsmåter og fokuspunkter til fremtidige systematiske gjennomganger på området diskuteres (5.6.1). Ulike fokusområder og metodiske fremgangsmåter for fremtidige empiriske studier, vil også bli foreslått (5.6.2).

5.6.1 Andre fokusområder og variabler

De analyserte og diskuterte variablene i angjeldende systematiske gjennomgang av litteratur ble utvalgt av ulike årsaker. Faktorer knyttet til barnas familie og foreldre vurderes som relevant, ettersom det vedrører barnets oppvekstsvilkår. Forskjellige typer aversive barndomsopplevelser er inkludert grunnet en faglig konsensus om deres relevans for problematikk med PSA/SSA, i tillegg til at disse undersøkes hyppig i litteraturen. Kontinuitet og stabilitet av atferden er også utvalgt, fordi dette

regnes som særlig relevant for å forstå fenomenet. Grunnet fagområdets lite utforskede vitenskapelige bakgrunn, var det utfordrende å bestemme hvilke variabler som var sentrale og hvilke som er mindre viktige. Det er derfor risiko for at noen viktige variabler er oversett. I angjeldende systematiske review har særlig forhold knyttet til barns genetiske forutsetninger fått mindre plass, til fordel for miljømessige faktorer. Disse er spennende å inndra i fremtidige systematiske gjennomganger. I de følgende avsnittene blir derfor noen utvalgte variabler, som ikke ble tatt med i den systematiske gjennomgangen, gjennomgått.

Ingen av de inkluderte studiene rapporterte barnas egne opplevelser av å ha normavvikende seksuell atferd. Dette kan skyldes studienes kvantitative design, eller andre metodiske forhold. Variablene var eksempelvis ofte hentet fra et register, hvor kvalitative opplevelseshistorier er en sjeldenhet. Det kan være barna ikke ble stilt disse spørsmålene av praktiske eller etiske grunner, tilknyttet deres unge alder. På den annen side var det flere studier hvor eksempelvis data på deltakernes egen traumehistorie ble innsamlet i intervju, hvor barna selv var delaktige. I disse situasjonene hadde forskerne mulighet til å stille spørsmål om deres opplevelse. En annen mulighet til å få oversikt over barnas overordnede trivsel og symptomnivå, er å inndra scores på et screeningsskjema for eksternaliserte eller internaliserte symptomer. Gjennomgående ble eksempelvis Child Behavior Checklist (CBCL) og Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) rapportert i mange av studiene, og kan med fordel inndras i et fremtidig systematisk review.

Som redegjort for i (2.2.1.2) var det 46.8% av JanusCentrets pasienter som hadde en nedsatt intellektuell utvikling, og 41.7% som hadde lave språklige kompetanser. Hvorvidt dette gjenspeiler barn med skadelig seksuell atferd i normalbefolkningen, vil være viktig å undersøke i fremtidige systematiske gjennomganger eller empiriske studier. Lærevansker og andre kognitive faktorer er svært relevant for temaet, ettersom sammensatte vansker og nevrologiske forstyrrelser vil kunne forklare noe av barnas impulsivitet, så vel som sårbarhet for stress. Mål for intelligens ble ikke tatt med i angjeldende systematisk review, til tross for at noen av de inkluderte studiene målte dette. Dette valget begrunnes delvis med at flere studier ekskluderte barn med en IQ under normalområdet. Hvilke diagnoser barna i de inkluderte studiene har, ble av samme grunn heller ikke medregnet. Nærmere bestemt fordi flere av studiene ekskluderte barn med bestemte diagnoser. Både IQ og diagnoser

kan derfor være interessant å undersøke nærmere. Hvis det er snakk om manglende impulskontroll, kan dette nettopp være styrt av medfødt sårbarhet, som ved eksempelvis hyperkinetiske forstyrrelser. Sammenhengen mellom atferdsforstyrrelser og problematisk eller skadelig seksuell atferd, har heller ikke blitt undersøkt i angjeldende systematisk review, og kun få av studiene rapporterte en prevalens på dette.

Samlet sett finnes en rekke faktorer i de inkluderte studiene som kan være interessante å undersøke gjennom videre systematisk gjennomgang av fagfeltet. Til tross for at angjeldende systematisk review har undersøkt en rekke sosiale faktorer knyttet til omsorgsmiljøet, har ikke variabler som mobbing, sosioøkonomisk status eller hvorvidt barna har nære relasjoner, og kvaliteten av disse, blitt undersøkt. Dette, i tillegg til hva som karakteriserer barnets atferd mer spesifikt, vil være sentralt for senere kunnskapsoppsummeringer.

5.6.2 utfordringer ved forskningsfeltet, og oppfordring til fremtidige empiriske studier

Det ble foretatt en grundig gjennomgang av alle studier som presenterer et mål på barn under 12 år med PSA/SSA. I det følgende vil de konklusjonene som ble nådd, med tanke på utfordringer i det eksisterende forskningsfeltet, bli oppsummert. Basert på disse utfordringene, vil det underveis bli presentert oppfordringer til fremtidige empiriske studier.

Samlet sett ble det funnet få longitudinelle studier. Kun tre studier undersøkte problematisk eller skadelig seksuell atferd blant barn under 12 år, og hadde en oppfølging av barna på minst ett år. De resterende studiene har dessuten tverrsnittdesign, og har ofte få inkluderte deltakere. Når man ser på forskningsfeltet i sin helhet, er det en overvekt av studier på ungdommer og kriminelle, og færre studier på barn under 12 år. Disse førstnevnte studiene har ofte risiko for en rekke konfunderende variabler, som kan være knyttet til en kriminell befolkning. Konkret kan det være at de unge tidligere har vært i kontakt med, eller mottar behandling hos straffevesenet, eller kommer fra særlig utsatte miljøer.

Man ser også “kliniske populasjoner” i nesten samtlige av de inkluderte studiene. Disse betegner populasjoner rekruttert fra klinikker, politi eller behandling. Det virker videre som om det er en overvekt av skadelig seksuell atferd og mindre problematisk seksuell atferd som rapporteres i studiene, noe som sannsynligvis er påvirket av at det anvendes grupper av barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd, rekruttert fra klinikker og behandlingsprogrammer. At man mister den delen av gruppen barn som ikke blir rapportert inn, betyr nødvendigvis ikke at alvorlighetsgraden er høyere. En hypotese kan nemlig være at barn som forgriper seg på familiemedlemmer er underrepresentert, fordi familien vil ta hånd om situasjonen selv. En oppfordring til videre forskning er derfor å benytte utvalg som likner mest mulig på barn med problematisk eller skadelig seksuell atferd i den generelle befolkningen, og ikke kun dem som blir fanget opp av systemet eller har atferd som skader andre.

Det er også behov for longitudinelle studier, hvor man følger populasjonen over tid. Prospektive studier med kohort-design hvor man kan følge en gruppe barn fra fødsel til voksenalder, er å foretrekke. Her kan man identifisere hvilke påvirkninger barna er utsatt for, og hvilke barn som utvikler PSA/SSA. Konklusjoner vedrørende stabilitet av atferden, vil også bli sikrere ved bruk av dette designet. En studie med slike metodiske forutsetninger er imidlertid svært kostbart, da det i tillegg til å være tidkrevende, også vil kreve en stor andel deltakere grunnet den lave befolkningsprevalensen. Dette for å sikre at studien har nok *power*. For at dette skal være mulig å utføre, kan det også være nødvendig å validere screeningsredskaper for problematisk eller skadelig seksuell atferd. Slike redskaper vil muliggjøre større undersøkelser på PSA/SSA i befolkningen. Et enklere form for design kan imidlertid være å følge en henvist gruppe barn med skadelig seksuell atferd over flere år. Ettersom vi kun fant tre studier med et likende design, vil fremtidige longitudinelle studier være spesielt viktige.

Sist ses det en opphopning av studier som undersøker seksuelle overgrep. I angjeldende systematiske review trekkes det frem at andre aversive barndomsopplevelser har tilsvarende høye prevalenser, men samtidig i sjeldnere grad er undersøkt. Det kan derfor være bekymringsfullt at feltet blir fastlåst i et enkelt fokusområde, og derfor ikke undersøker andre potensielt viktige variabler. Sammenhengen mellom avvikende seksuell atferd og egne overgrepshistorier blir

derfor en selvoppfylgende profeti. Eksempelvis ses relativt få rapporteringer av forskjellige typer omsorgssvikt, men mange på seksuelle overgrep, selv om forskningen viser at andre faktorer gjør seg minst like gjeldende som livsomstendigheter hos barn med PSA/SSA. Til sist vil derfor en oppfordring til videre forskning være å undersøke flere variabler utenom seksuelle overgrep, særlig med tanke på andre typer omsorgssvikt.

6. Konklusjon

Seksuelle overgrep av barn er ikke en sjeldent, og i dag vet man at rundt en tredjedel av disse overgrepene begås av jevnaldrende barn og unge. Øverli et al. (2018) fant at fagpersoner mangler erfaring, rutiner og kunnskap om barn som utfører overgrep på andre barn. I 2019 fastslo dessuten Tener og Katz i sitt systematiske review, at det er en betydelig mangel på forskning som undersøker denne typen atferd i prepubertale barn. Gjennom et systematisk søk på forskningsfeltet var det også tydelig at størstedelen av forskningen fokuserte på ungdom, og et fåtall studier tok utgangspunkt i barn. Behovet for et systematisk review som går bredt ut og tar for seg kvantitativ forskning på barn med PSA/SSA var evident.

Denne oppgaven presenterte derfor en systematisk gjennomgang av alle kvantitative, peer-reviewed studier, som undersøkte barn under 12 år, med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Litteratursøk på PubMed, PsycInfo og Embase, og en etterfølgende studieseleksjon, førte til en inklusjon av 36 studier.

De inkluderte studiene var hovedsakelig fra USA, og baserte seg på tverrsnittmål. Resultatene av syntesen viste at forskningsfeltet er begrenset, og gir et generelt inntrykk av variasjon, både i utvalgsstørrelse, rekrutteringsmetode, konseptualisering av PSA/SSA og presentasjon eller oppdeling av utvalg som tar for seg denne populasjonen. Den nevnte store variasjonen i de inkluderte studiene blir også synlig i resultatene, som i stor grad er preget av heterogenitet med stor spredning i estimer. Dette er faktorer som også gjør det utfordrende å besvare oppgavens todelte problemstilling.

Den første delen av problemstillingen fokuserte på omstendigheter i barnets liv, mer presist aversive barndomsopplevelser og foreldre- & familiefaktorer. Til tross for at konklusjonene baserer seg på et stort spenn i resultater, ble det imidlertid funnet noen tendenser. Samlet sett ses disse resultatene som høye, da nesten alle resultater, viser en høyere prevalens hos barn med PSA/SSA, enn hva man ser i mer globale mål. Samtidig, grunnet heterogeniteten i studiene og deres estimer, finnes også resultater som likner de globale populasjonsestimatene.

Den andre delen av problemstilling undersøkte hvorvidt atferden er stabil. Resultatene viser også en viss grad av stabilitet for PSA/SSA i barn, samtidig som at fåtallet av barn med PSA/SSA gjentar sine seksuelt overskridende handlinger. Resultater fra angjeldende systematiske review, som også bekreftes av annen forskning både for barn, ungdom og voksne, er at problematisk eller skadelig seksuell atferd øker sannsynligheten for annen, ikke-seksuell kriminalitet på lang sikt.

Når resultatene sammenstilles med tilgjengelig informasjon fra forskningsfeltet, ser man tendenser til at barn med PSA/SSA er en spesielt utsatt gruppe. Diskusjonen frembringer flere forståelsesrammer; som at atferden forsøksvis kan forklares både med læring gjennom observasjon, en utrygg og forstyrret tilknytning som fører til forvrengte forståelser av relasjoner, manglende selvreguleringsmekanismer og mentaliseringsevner, eller et dysregulert stress-system og påvirkede kortikale prosesser grunnet et avvikende og ikke-gunstig oppvekstmiljø. Felles for disse er at atferden i stor grad skal anses som en reaksjon på noe annet, og kommer til uttrykk i en normavvikende atferd. For mange barn vil det mer konkret være en belastningsreaksjon. Behandling kan derfor også med fordel ta utgangspunkt i overveielser om både traumer, utviklingsforstyrrelser, tilknytning, trygge relasjoner, og responsstyring eller impuls kontroll. Konklusjonen er imidlertid bygget på evidens fra forskning, som er utført på en slik måte at man ikke kan si noe om et årsaksforhold. Da etiologien av PSA/SSA ikke kan fastslås, er relevante kliniske implikasjoner med bakgrunn i reviewet derfor at det er behov for en grundig utførelse av anamnese i utredningsforløpet.

Muligheten til å generalisere funnene, var også påvirket av utfordringer knyttet til den innsamlede empirien, samt metodiske forhold i angjeldende systematisk review. Store variasjoner i rekruttering og konseptualisering av utvalg i de forskjellige studiene øker sannsynligheten for skjeve utvalg. Derimot er det demonstrert at studier med risiko for bias ikke førte til store utslag i de samlede resultatene. Metodisk kan inklusjon av utvalg rekruttert fra kriminalomsorg og behandlingssteder ha ført til skjevhet i resultatene, der sannsynligheten for en overvekt av skadelig seksuell atferd og barn med aversive opplevelser, er stor.

Angjeldende systematiske review overkom noen utfordringer identifisert i tidligere forskning på området, og har gjort forskningsfeltet lettere tilgjengelig for fagpersoner, og fremtidige systematiske gjennomganger. Det er også identifisert noen mangler og behov for fremtidig forskning. Derfor oppfordres fremtidige studier til å produsere prospektive longitudinelle studier, som inndrar mer problematisk seksuell atferd. Disse kan både gi bedre innsikt i et årsaksforhold, i tillegg til stabilitet i atferden. Til sist er det behov for å benytte utvalg som i størst mulig grad gir resultater som kan overføres til den generelle befolkningen.

7. Referanseliste

Allen, B. (2017). Children with sexual behavior problems: Clinical characteristics and relationship to child maltreatment. *Child Psychiatry & Human Development volume*, 48(2), 189–199. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0633-8>

Allen, B., Berliner, L., Shenk, C. E., Bendixsen, B., Zellhoefer, A., Dickmann, C. R., Arnold, B. & Chen, M. J. (2018). Development and Pilot Testing of a Phase-Based Treatment for Preeteen Children with Problematic Sexual Behavior. 3(4), 274–285. <https://doi.org/10.1080/23794925.2018.1515580>

Amand, A. S., Bard, D. E., & Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13(2), 145-166. doi: 10.1177/1077559508315353

Askeland, I. R., Jensen, M., & Moen, L. H. (2017). Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd: kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia – forslag til landsdekkende struktur (Rapport 1). *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84 (2), 191-215. 10.1037/0033-295X.84.2.191

Barry, S. & Harris, E. (2019). The children's programme: A description of a group and family intervention for children engaging in problematic and harmful sexual behaviour and their parents/carers. *Journal of Sexual Aggression*, 25(2), 193-206. <https://doi.org/10.1080/13552600.2019.1589002>

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595–613. 10.1080/07351690.2013.835170

Bedre Psykiatri (2020). *Børn af forældre med psykisk sygdom i Danmark*. Undersøgelse fra Bedre Psykiatri. <https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2020/10/2020-BP-Boern-som-paaroerende-undersoegelse-faktaark.pdf>

Bowlby, J. (2005). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Routledge.

Burton, D. L. (1999). An examination of social cognitive theory with differences among sexually aggressive, physically aggressive and nonaggressive children in state care. *Violence and victims*, 14(2), 161–178.

Burton, D. L. (2000). Were adolescent sexual offenders children with sexual behavior problems? *Sage journals*, 12(1), 37–48.
<https://doi.org/10.1177/107906320001200105>

Burton, D. L., Nesmith, A. A. & Badten, L. (1997). Clinician's views on sexually aggressive children and their families: A theoretical exploration. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 157–170. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00141-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00141-X)

Campbell, F., Booth, A., Hackett, S., & Sutton, A. (2020). Young People Who Display Harmful Sexual Behaviors and Their Families: A Qualitative Systematic Review of Their Experiences of Professional Interventions. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3), 456–469. <https://doi.org/10.1177/1524838018770414>

Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F. & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: ten-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(3), 482–488. <https://doi.org/2006-08433-008>

Center for Disease Control and Prevention (2021). *Preventing Adverse Childhood Experiences*.
https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Facestudy%2Ffastfact.html

Curwen, T., Jenkins, J. M. & Worling, J. R. (2014). Differentiating children with and without a history of repeated problematic sexual behavior. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(4), 462–480. <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.906529>

Danmarks Statistik (2019). *Fortsat færre anbragte børn i 2018: Støtte til udsatte børn og unge 2018*. Danmarks Statistik, 355.
<https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=28159>

Danmarks Statistik (u.å. a.). *Børn*. Hentet 18.mai fra:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/husstande-familier-boern/boern>

Danmarks Statistik (u.å. b.). *Familier*. Hentet 18.mai fra:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/husstande-familier-boern/familier>

Danmarks Statistik (u.å. c.). *Folketal*. Hentet 18.mai fra:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/folketal>

Emmanuel, M. & Bokor, B. R. (2020). *Tanner Stages*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470280/>

Ensink, K., Godbout, N., Bigras, N., Lampron, J., Sabourin, S. & Normandin, L. (2018). Persistent and Transitory Sexualized Behavior Problems in Children. *Child Psychiatry & Human Development* volume, 49(4), 621–631.
<https://doi.org/10.1007/s10578-017-0778-0>

Friedrich, W.N. (1997). Child Sexual Behavior Inventory: Professional Manual. *Psychological Assessment Resources*.

Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. & Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. 9(4), 267–290. <https://doi.org/10.1177/107906329700900402>

Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, A. & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: treatment implications. *Child Abuse & Neglect*, 23(6), 601–621. [https://doi.org/S0145-2134\(99\)00027-7](https://doi.org/S0145-2134(99)00027-7)

Hegge (2020). *Trafikklyset: Seksualitet hos barn og ungdom* [Brosjyre]. RVTs. <https://www.seksuellatferd.no/trafikklyset/>

Ikomi, P. A., Rodney, H. E. & McCoy, T. (2009). Male juveniles with sexual behavior problems: are there differences among racial groups? *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(2), 154–173. <https://doi.org/10.1080/10538710902743958>

Januscentret (2019). *Center for børn og unge mellem 4 og 18 år med seksuelt bekymrende eller seksuelt krænkende adfærd: Statusrapport XVI 2003-2018*. <https://www.januscentret.dk/wp-content/uploads/2020/05/Statusrapport2003-2018.pdf>

Januscentret (2021). *Bekymringsbarometer*. januscentret.dk.
<https://www.januscentret.dk/bekymringsbarometer/>

Johnson, T. C. (1988). Child perpetrators – Children who molest other children: Preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 12(2), 219–229.
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(88\)90030-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(88)90030-0)

Kellogg, N. D. (2010). Sexual Behaviors in Children: Evaluation and Management. *American Family Physician*, 82 (10), 1233-1238.

Kleive, H. (2016). Barn som forgriper seg på barn. *Psykologtidsskriftet*, 53(11), 912-918. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2016/11/barn-som-forgriper-seg-pa-barn>

Kloppen, K., Haugland, S., Svedin, C. G., Mæhle, M., & Breivik, K. (2016). Prevalence of Child Sexual Abuse in the Nordic Countries: A Literature Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(1), 37-55. doi: 10.1080/10538712.2015.1108944

Kloppen, K., Mæhle, M., Kvellø, Ø., Haugland, S., & Breivik, K. (2015). Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment in the Nordic countries: A Review. *Child Abuse Review (Chichester, England : 1992)*, 24(1), 51–66. <https://doi.org/10.1002/car.2324>

Långström, N., Grann, M. & Lichtenstein, P. (2002). Genetic and environmental influences on problematic masturbatory behavior in children: a study of same-sex twins. *Archives of Sexual Behavior*, 31(4), 343–350. <https://doi.org/10.1023/a:1016224326301>

Larsson, I. & Svedin, C. G. (2001). Sexual behaviour in Swedish preschool children, as observed by their parents. *Acta pædiatrica*, 90(4), 436-444. 10.1080/080352501750126375

Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P. & Cyr, M. (2010). Sexual behavior problems in children in Quebec youth protection services: Associated factors. *Sexologies*, 19(2), 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.05.002>

Lightfoot, S. & Evans, I. M. (2000). Risk factors for a New Zealand sample of sexually abusive children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1185–1198. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00173-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00173-3)

Lussier, P. & Blokland, A. (2014). The adolescence-adulthood transition and robins's continuity paradox: Criminal career patterns of juvenile and adult sex offenders in a prospective longitudinal birth cohort study. *Journal of criminal justice*, 42(2), 153–163. <https://doi.org/10.1016/j.JanusCentretrimjus.2013.07.004>

Malvaso, C., Proeve, M., Delfabbro, P., & Cale, J. (2020). Characteristics of children with problem sexual behaviour and adolescent perpetrators of sexual abuse: a systematic review. *The Journal of Sexual Aggression*, 26(1), 36–61. <https://doi.org/10.1080/13552600.2019.1651914>

McCann, K. and Lussier, P. (2008). Antisociality, sexual deviance and sexual reoffending in juvenile sex offenders. *Youth violence and juvenile justice*, 6(4), 363-385. <https://dx.doi.org/10.1177/1541204008320260>

Miccio-Fonseca, L. (2010). MEGA♫: An ecological risk assessment tool of risk and protective factors for assessing sexually abusive children and adolescents. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(7), 734–756. <https://doi.org/10.1080/10926771.2010.515542>

Miccio-Fonseca, L. (2013). MEGA♫: A new paradigm in risk assessment tools for sexually abusive youth. *Journal of Family Violence*, 28(6), 623–634. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9527-8>

Miccio-Fonseca, L. (2016). MEGA♫ cross-validation findings on sexually abusive females: Implications for risk assessment and clinical practice. *Journal of Family Violence*, 31(7), 903–911. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9845-8>

Miccio-Fonseca, L. & Rasmussen, L. A. L. (2019). Sexually abusive youth with low intellectual functioning: Contemporary risk assessment findings from mega♫ studies. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(8), 1000-1019. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1660444>

Miccio-Fonseca, L. C. (2009). MEGA♫: A new paradigm in protocol assessing sexually abusive children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 2, 124–141. <https://doi.org/10.1080/19361520902922434>.

Miccio-Fonseca, L. C. (2018). MEGA (♫) : Empirical Findings on the Preternatural: Sexually Violent and Predatory Sexually Violent Youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12(4), 457–467. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0242-8>

Miccio-Fonseca, L. C. (2019). Contemporary Risk Assessment Tools: Should We Use Them for Sexually Abusive Children Ages 4 to 12 Years? *13*(2), 141–151. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00267-z>

Ministry of Justice (2020). *Proven reoffending statistics quarterly bulletin, October 2018 to December 2018*. www.gov.uk/government/collections/proven-reoffending-statistics

NIH (u.å). Study Quality Assessment Tools: Quality Assessment of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *National Heart, Lung, and Blood Institute*. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>

Nørtoft (2018, 26.januar). *Flere skilsmisser betyder ikke flere delebørn*. Danmarks Statistik. <https://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2018/2018-01-26-Flere-skilsmisser-betyder-ikke-flere-deleboern>

Opie, J.E., McIntosh, J.E., Esler, T. B., Duschinsky, R. George, C., Schore, A., Kothe, E.J., Tan, E.S., Greenwood, C.J. & Olsson, C.A. (2020): Early childhood attachment stability and change: a meta-analysis. *Attachment & Human Development*, før print, 1-34. 10.1080/14616734.2020.1800769

Øverli, I. T., Vorland, N., Kruse, A.E., & Blix, I. (2018). *Også disse barnas beste: Kommunalt barneverns arbeid med barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd* (ISBN 978-82-8122-139-0). Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress. <https://www.nkvt.no/notat/ogsa-disse-barnas-beste-kommunalt-barneverns-arbeid-med-barn-og-unge-med-problematisk-eller-skadelig-seksuell-atferd/>

Ownbey, M. A., Jones, R. J., Judkins, B. L., Everidge, J. A. & Timbers, G. D. (2001). Tracking the sexual behavior-specific effects of a foster family treatment program for children with serious sexual behavior problems. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(6), 417–436. <https://doi.org/10.1023/A:1012988015834>

Page, M.J., McKenzie J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*, 29(3) 10.1371/journal.pmed.1003583.

Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems: psychological and familial functioning. *Sexual Abuse*, 22(2), 129–141. <https://doi.org/S0145213497001233>

Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998b). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. 3(4), 384–406. <https://doi.org/10.1177/1077559598003004010>

Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998c). Five empirically-derived subtypes of children with sexual behaviour problems: Characteristics potentially related to juvenile delinquency and adult criminality. The

Irish Journal of Psychology, 19(1), 49–67.
<https://doi.org/10.1080/03033910.1998.10558170>

Prentky, R. A., Li, N.-C., Righthand, S., Schuler, A., Cavanaugh, D. & Lee, A. F. (2010). Assessing risk of sexually abusive behavior among youth in a child welfare sample. *Behavior Science and Law*, 28(1), 24–45.
<https://doi.org/10.1002/bsl.920>

Rosa, M., Fox, B. & Jennings, W. G. (2020). Do Developmental and Life-Course Theory Risk Factors Equally Predict Age of Onset Among Juvenile Sexual and Nonsexual Offenders? *Sexual Abuse*, 32(1), 55–78.
<https://doi.org/10.1177/1079063218797714>

RVTS (2020). *SEKSUELLATFERD.NO: Ressursside om sunn seksuell utvikling, og håndtering av bekymringsfull og skadelig seksuell atferd*.
<https://www.seksuellatferd.no/>

Schwartz, B. K., Cavanaugh, D., Pimental, A. & Prentky, R. (2006). Descriptive Study of Precursors to Sex Offending among 813 Boys and Girls: Antecedent Life Experiences. *Victims & Offenders*, 1(1), 61–77.
<https://doi.org/10.1080/15564880500498986>

Silovsky, J. F. & Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: a pilot study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187–197.
<https://doi.org/10.1177/1077559502007003002>

Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D. & Hecht, D. B. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: a pilot study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(3), 378–391.
<https://doi.org/10.1080/15374410701444330>

Smith, T. J., Lindsey, R. A., Bohora, S. & Silovsky, J. F. (2019). Predictors of Intrusive Sexual Behaviors in Preschool-Aged Children. *The Journal of Sex Research*, 56(2), 229–238. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1447639>

Socialstyrelsen (2021). *Vidensopsamling om børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd*. ISBN: 978-87-94059-30-5
<https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/vidensopsamling-om-born-og-unge-med-seksuelt-bekymrende-eller-kraenkende-adfaerd> (100 s)

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., & van IJzendoorn, M. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of

neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345–355.
<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alink, L., & van IJzendoorn, M. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review (Chichester, England : 1992)*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>

Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut (2015). *Alkoholstatistik 2015*. Nationale data.

Szanto, L., Lyons, J. S. & Kisiel, C. (2012). Childhood trauma experience and the expression of problematic sexual behavior in children and adolescents in state custody. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(3), 231–249.
<https://doi.org/10.1080/0886571X.2012.702519>

Tener, D. & Katz, C. (2019). Preadolescent Peer Sexual Abuse: A Systematic Literature Review. *Trauma, violence & abuse*.
<https://doi.org/10.1177/1524838019869103>

Tougas, A. M., Boisvert, I., Tourigny, M., Lemieux, A., Tremblay, C. & Gagnon, M. M. (2016). Psychosocial Profile of Children Having Participated in an Intervention Program for Their Sexual Behavior Problems: The Predictor Role of Maltreatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 127–141.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1120258>

Tremblay, M. J., Daignault, I. V., Fontaine, N. M. G., Boisvert, I. & Tourigny, M. (2020). School-aged children with sexual behavior problems: Untangling the relationship between externalizing behavior problems and non-sexual victimization on the variety and severity of sexual behaviors. *Child abuse & neglect*, 107, 1-11. [https://doi.org/S0145-2134\(20\)30145-9](https://doi.org/S0145-2134(20)30145-9)

van Wijk, A., Loeber, R., Vermeiren, R., Pardini, D., Bullens, R. & Doreleijers, T. (2005). Violent juvenile sex offenders compared with violent juvenile nonsex offenders: explorative findings from the Pittsburgh Youth Study. *Sexual Abuse*, 17(3), 333–352. <https://doi.org/10.1177/107906320501700306>

World Health Organization [WHO] (2020, 08.desember). *Lifetime prevalence of child physical neglect (%)*.
[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/lifetime-prevalence-of-child-physical-neglect-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/lifetime-prevalence-of-child-physical-neglect-(-))

World Health Organization [WHO] (2020, 08.juni). *Child maltreatment*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

World Health Organization [WHO] (u.å.). *Defining sexual health*. who.int.
<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>.

Yates, P., Allardyce, S. & MacQueen, S. (2012). Children who display harmful sexual behaviour: Assessing the risks of boys abusing at home, in the community or across both settings. *Journal of Sexual Aggression*, 18(1), 23–35.
<https://doi.org/10.1080/13552600.2011.634527>

Zeuthen (2019). Barndommens seksualitet. I Graugaard, C., Giraldi, A. & Møhl., B. (Red.), *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet* (1.utg., s. 217-234). Munksgaard.

Zgoba, K.M., Jennings, W.G. & Salerno, L.M. (2018). Megan's Law 20 Years Later: An Empirical Analysis and Policy Review. *Criminal Justice and Behavior*, 45(7), 1028–1046.

DhhtOpsI://1d0oi..1o1rg7/710/0.10197378/050498381584787118477019409

8. Pensumliste

Samlet pensum: 2002 sider

Allen, B. (2017). Children with sexual behavior problems: Clinical characteristics and relationship to child maltreatment. *Child Psychiatry & Human Development volume*, 48(2), 189–199. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0633-8> (10 s)

Allen, B., Berliner, L., Shenk, C. E., Bendixsen, B., Zellhoefer, A., Dickmann, C. R., Arnold, B. & Chen, M. J. (2018). Development and Pilot Testing of a Phase-Based Treatment for Preeteen Children with Problematic Sexual Behavior. 3(4), 274–285. <https://doi.org/10.1080/23794925.2018.1515580> (11 s)

Amand, A. S., Bard, D. E., & Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13(2), 145-166. doi: 10.1177/1077559508315353 (21 s)

Askeland, I. R., Jensen, M., & Moen, L. H. (2017). Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd: kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia – forslag til landsdekkende struktur (Rapport 1). *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*. (90 s)

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84 (2), 191-215. 10.1037/0033-295X.84.2.191 (24 s)

Barry, S. & Harris, E. (2019). The children's programme: A description of a group and family intervention for children engaging in problematic and harmful sexual behaviour and their parents/carers. *Journal of Sexual Aggression*, 25(2), 193-206. <https://doi.org/10.1080/13552600.2019.1589002> (13 s)

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595–613. 10.1080/07351690.2013.835170 (18 s)

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2019). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing. Kap. 11 (Introduction), Kap. 2 (Contemporary Neuroscientific Research), Kap. 3 Assessment of Mentalizing, 4. Mentalizing, Resilience, and Epistemic Trust, Kap. 5 (Mentalizing and Trauma), Kap. 15 (Children), Kap. 16 (Parenting and Foster Care), Kap.17 (Borderline Personality Pathology in Adolescence), Kap. 18 (Conduct Disorder), Kap. 19 (Borderline Personality Disorder), Kap.20 (Antisocial Personality Disorder in

Community and Prison Settings), Kap.21 (Avoidant and Narcissistic Personality Disorders), Kap.22 (Eating Disorders), Kap. 23 (Depression), Kap. 24 (Comorbid Substance Use Disorder & Personality Disorder, Kap. 25 (Psychosis) (263 s)

Bedre Psykiatri (2020). *Børn af forældre med psykisk sygdom i Danmark*. Undersøgelse fra Bedre Psykiatri. <https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2020/10/2020-BP-Boern-som-paaroerende-undersoegelse-faktaark.pdf> (3 s)

Bowlby, J. (2005). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Routledge. (224 s)

Burton, D. L. (1999). An examination of social cognitive theory with differences among sexually aggressive, physically aggressive and nonaggressive children in state care. *Violence and victims*, 14(2), 161–178. (17 s)

Burton, D. L. (2000). Were adolescent sexual offenders children with sexual behavior problems? *Sage journals*, 12(1), 37–48. <https://doi.org/10.1177/107906320001200105> (11 s)

Burton, D. L., Nesmith, A. A. & Badten, L. (1997). Clinician's views on sexually aggressive children and their families: A theoretical exploration. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 157–170. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00141-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00141-X) (13 s)

Campbell, F., Booth, A., Hackett, S., & Sutton, A. (2020). Young People Who Display Harmful Sexual Behaviors and Their Families: A Qualitative Systematic Review of Their Experiences of Professional Interventions. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3), 456–469. <https://doi.org/10.1177/1524838018770414> (13 s)

Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F. & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: ten-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(3), 482–488. <https://doi.org/2006-08433-008> (6 s)

Carr, A. (2016). *The handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A contextual approach* (3. utg.). Routledge. Kap. 8 (Intellectual, learning and communication disabilities and disorders), Kap. 9 (Autism spectrum disorders), Kap. 10 (Conduct problems), Kap. 11 (Attention and over-activity problems), Kap. 19

(Physical child abuse), Kap. 20 (Emotional abuse and neglect), Kap. 21 (Sexual abuse), Kap. 22 (Foster care) (286 s)

Center for Disease Control and Prevention (2021). *Preventing Adverse Childhood Experiences*.
https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Facestudy%2Ffastfact.html
(2 s)

Curwen, T., Jenkins, J. M. & Worling, J. R. (2014). Differentiating children with and without a history of repeated problematic sexual behavior. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(4), 462–480. <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.906529> (18 s)

Danmarks Statistik (2019). *Fortsat færre anbragte børn i 2018: Støtte til udsatte børn og unge 2018*. Danmarks Statistik, 355.
<https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=28159> (2 s)

Danmarks Statistik (u.å. a.). *Børn*. Hentet 18.mai fra:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/husstande-familier-boern/boern> (1 s)

Danmarks Statistik (u.å. b.). *Familier*. Hentet 18.mai fra:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/husstande-familier-boern/familier> (1 s)

Danmarks Statistik (u.å. c.). *Folketal*. Hentet 18.mai fra:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/folketal> (1 s)

Emmanuel, M. & Bokor, B. R. (2020). *Tanner Stages*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470280/> (3 s)

Ensink, K., Godbout, N., Bigras, N., Lampron, J., Sabourin, S. & Normandin, L. (2018). Persistent and Transitory Sexualized Behavior Problems in Children. *Child Psychiatry & Human Development* volume, 49(4), 621–631.
<https://doi.org/10.1007/s10578-017-0778-0> (10 s)

Forrester, M. (2012). Doing a literature review. In C. Shaw, Gibson, S., & Riley, S. C. E. (Eds.), *Doing your qualitative psychology project*. (pp. 82-100). London: Sage. (18 s)

Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. & Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. 9(4), 267–290. <https://doi.org/10.1177/107906329700900402> (23 s)

Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, A. & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: treatment implications. *Child Abuse & Neglect*, 23(6), 601–621. [https://doi.org/S0145-2134\(99\)00027-7](https://doi.org/S0145-2134(99)00027-7) (20 s)

Hegge (2020). *Trafikklyset: Seksualitet hos barn og ungdom* [Brosjyre]. RVTs. <https://www.seksuellatferd.no/trafikklyset/> (10 s)

Ikomi, P. A., Rodney, H. E. & McCoy, T. (2009). Male juveniles with sexual behavior problems: are there differences among racial groups? *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(2), 154–173. <https://doi.org/10.1080/10538710902743958> (19 s)

Januscentret (2019). *Center for børn og unge mellem 4 og 18 år med seksuelt bekymrende eller seksuelt krænkende adfærd: Statusrapport XVI 2003-2018*. <https://www.januscentret.dk/wp-content/uploads/2020/05/Statusrapport2003-2018.pdf> (62 s)

Januscentret (2021). *Bekymringsbarometer*. januscentret.dk. <https://www.januscentret.dk/bekymringsbarometer/> (2 s)

Johnson, T. C. (1988). Child perpetrators – Children who molest other children: Preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 12(2), 219–229. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(88\)90030-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(88)90030-0) (10 s)

Kellogg, N. D. (2010). Sexual Behaviors in Children: Evaluation and Management. *American Family Physician*, 82 (10), 1233-1238. (5 s)

Kleive, H. (2016). Barn som forgriper seg på barn. *Psykologtidsskriftet*, 53(11), 912-918. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2016/11/barn-som-forgriper-seg-pa-barn> (6 s)

Kloppen, K., Haugland, S., Svedin, C. G., Mæhle, M., & Breivik, K. (2016). Prevalence of Child Sexual Abuse in the Nordic Countries: A Literature Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(1), 37-55. doi: 10.1080/10538712.2015.1108944 (14 s)

Kloppen, K., Mæhle, M., Kvellø, Ø., Haugland, S., & Breivik, K. (2015). Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment in the Nordic countries: A Review.

Child Abuse Review (Chichester, England : 1992), 24(1), 51–66.
<https://doi.org/10.1002/car.2324> (15 s)

Larsson, I. & Svedin, C. G. (2001). Sexual behaviour in Swedish preschool children, as observed by their parents. *Acta pædiatrica*, 90(4), 436-444.
10.1080/080352501750126375 (8 s)

Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P. & Cyr, M. (2010). Sexual behavior problems in children in Quebec youth protection services: Associated factors. *Sexologies*, 19(2), 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.05.002> (4 s)

Lightfoot, S. & Evans, I. M. (2000). Risk factors for a New Zealand sample of sexually abusive children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1185–1198. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00173-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00173-3) (13 s)

Lussier, P. & Blokland, A. (2014). The adolescence-adulthood transition and robins's continuity paradox: Criminal career patterns of juvenile and adult sex offenders in a prospective longitudinal birth cohort study. *Journal of criminal justice*, 42(2), 153–163. <https://doi.org/10.1016/j.JanusCentretrimjus.2013.07.004> (10 s)

Långström, N., Grann, M. & Lichtenstein, P. (2002). Genetic and environmental influences on problematic masturbatory behavior in children: a study of same-sex twins. *Archives of Sexual Behavior*, 31(4), 343–350.
<https://doi.org/10.1023/a:1016224326301> (7 s)

Malvaso, C., Proeve, M., Delfabbro, P., & Cale, J. (2020). Characteristics of children with problem sexual behaviour and adolescent perpetrators of sexual abuse: a systematic review. *The Journal of Sexual Aggression*, 26(1), 36–61.
<https://doi.org/10.1080/13552600.2019.1651914> (25 s)

McCann, K. and Lussier, P. (2008). Antisociality, sexual deviance and sexual reoffending in juvenile sex offenders. *Youth violence and juvenile justice*, 6(4), 363-385. <https://dx.doi.org/10.1177/1541204008320260> (22 s)

Miccio-Fonseca, L. (2010). MEGA[®]: An ecological risk assessment tool of risk and protective factors for assessing sexually abusive children and adolescents. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(7), 734–756.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2010.515542> (22 s)

Miccio-Fonseca, L. (2013). MEGA[®]: A new paradigm in risk assessment tools for sexually abusive youth. *Journal of Family Violence*, 28(6), 623–634.
<https://doi.org/10.1007/s10896-013-9527-8> (11 s)

Miccio-Fonseca, L. (2016). MEGA's cross-validation findings on sexually abusive females: Implications for risk assessment and clinical practice. *Journal of Family Violence*, 31(7), 903–911. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9845-8> (8 s)

Miccio-Fonseca, L. & Rasmussen, L. A. L. (2019). Sexually abusive youth with low intellectual functioning: Contemporary risk assessment findings from mega studies. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(8), 1000-1019. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1660444> (19 s)

Miccio-Fonseca, L. C. (2018). MEGA (♫) : Empirical Findings on the Preternatural: Sexually Violent and Predatory Sexually Violent Youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12(4), 457–467. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0242-8> (10 s)

Miccio-Fonseca, L. C. (2019). Contemporary Risk Assessment Tools: Should We Use Them for Sexually Abusive Children Ages 4 to 12 Years? 13(2), 141–151. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00267-z> (10 s)

Ministry of Justice (2020). *Proven reoffending statistics quarterly bulletin, October 2018 to December 2018*. www.gov.uk/government/collections/proven-reoffending-statistics (12 s)

NIH (u.å). Study Quality Assessment Tools: Quality Assessment of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *National Heart, Lung, and Blood Institute*. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools> (4 s)

Nørtoft (2018, 26.januar). *Flere skilsmisser betyder ikke flere delebørn*. Danmarks Statistik. <https://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2018/2018-01-26-Flere-skilsmisser-betyder-ikke-flere-deleboern> (3 s)

Opie, J.E., McIntosh, J.E., Esler, T. B., Duschinsky, R. George, C., Schore, A., Kothe, E.J., Tan, E.S., Greenwood, C.J. & Olsson, C.A. (2020): Early childhood attachment stability and change: a meta-analysis. *Attachment & Human Development*, *før print*, 1-34. 10.1080/14616734.2020.1800769 (34 s)

Ownbey, M. A., Jones, R. J., Judkins, B. L., Everidge, J. A. & Timbers, G. D. (2001). Tracking the sexual behavior-specific effects of a foster family treatment program for children with serious sexual behavior problems. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(6), 417–436. <https://doi.org/10.1023/A:1012988015834> (19 s)

Page, M.J., McKenzie J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*, 29(3) 10.1371/journal.pmed.1003583. (15 s)

Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1):49–57 (8 s)

Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems: psychological and familial functioning. *Sexual Abuse*, 22(2), 129–141. <https://doi.org/S0145213497001233> (12 s)

Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998b). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. 3(4), 384–406. <https://doi.org/10.1177/1077559598003004010> (22 s)

Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998c). Five empirically-derived subtypes of children with sexual behaviour problems: Characteristics potentially related to juvenile delinquency and adult criminality. *The Irish Journal of Psychology*, 19(1), 49–67. <https://doi.org/10.1080/03033910.1998.10558170> (18 s)

Prentky, R. A., Li, N.-C., Righthand, S., Schuler, A., Cavanaugh, D. & Lee, A. F. (2010). Assessing risk of sexually abusive behavior among youth in a child welfare sample. *Behavior Science and Law*, 28(1), 24–45. <https://doi.org/10.1002/bsl.920> (21 s)

Rosa, M., Fox, B. & Jennings, W. G. (2020). Do Developmental and Life-Course Theory Risk Factors Equally Predict Age of Onset Among Juvenile Sexual and Nonsexual Offenders? *Sexual Abuse*, 32(1), 55–78. <https://doi.org/10.1177/1079063218797714> (23 s)

RVTS (2020). *SEKSUELLATFERD.NO: Ressursside om sunn seksuell utvikling, og håndtering av bekymringsfull og skadelig seksuell atferd*. <https://www.seksuellatferd.no/> (10 s)

Schwartz, B. K., Cavanaugh, D., Pimental, A. & Prentky, R. (2006). Descriptive Study of Precursors to Sex Offending among 813 Boys and Girls: Antecedent Life Experiences. *Victims & Offenders*, 1(1), 61–77. <https://doi.org/10.1080/15564880500498986> (16 s)

Silovsky, J. F. & Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: a pilot study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187–197. <https://doi.org/10.1177/1077559502007003002> (10 s)

Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D. & Hecht, D. B. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: a pilot study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(3), 378–391. <https://doi.org/10.1080/15374410701444330> (13 s)

Smith, T. J., Lindsey, R. A., Bohora, S. & Silovsky, J. F. (2019). Predictors of Intrusive Sexual Behaviors in Preschool-Aged Children. *The Journal of Sex Research*, 56(2), 229–238. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1447639> (11 s)

Socialstyrelsen (2021). *Vidensopsamling om børn og unge med seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd*. (ISBN: 978-87-94059-30-5) <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/vidensopsamling-om-born-og-unge-med-seksuelt-bekymrende-eller-kraenkende-adfaerd> (100 s)

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., & van IJzendoorn, M. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345–355. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y> (10 s)

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alink, L., & van IJzendoorn, M. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review (Chichester, England : 1992)*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353> (13 s)

Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut (2015). *Alkoholstatistik 2015*. Nationale data. (2 s)

Szanto, L., Lyons, J. S. & Kisiel, C. (2012). Childhood trauma experience and the expression of problematic sexual behavior in children and adolescents in state custody. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(3), 231–249. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2012.702519> (18 s)

Tener, D. & Katz, C. (2019). Preadolescent Peer Sexual Abuse: A Systematic Literature Review. *Trauma, violence & abuse*.
<https://doi.org/10.1177/1524838019869103> [doi] (11 s)

Tougas, A. M., Boisvert, I., Tourigny, M., Lemieux, A., Tremblay, C. & Gagnon, M. M. (2016). Psychosocial Profile of Children Having Participated in an Intervention Program for Their Sexual Behavior Problems: The Predictor Role of Maltreatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 127–141.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1120258> (14 s)

Tremblay, M. J., Daignault, I. V., Fontaine, N. M. G., Boisvert, I. & Tourigny, M. (2020). School-aged children with sexual behavior problems: Untangling the relationship between externalizing behavior problems and non-sexual victimization on the variety and severity of sexual behaviors. *Child abuse & neglect*, 107, 1-11. [https://doi.org/S0145-2134\(20\)30145-9](https://doi.org/S0145-2134(20)30145-9) (11 s)

van Wijk, A., Loeber, R., Vermeiren, R., Pardini, D., Bullens, R. & Doreleijers, T. (2005). Violent juvenile sex offenders compared with violent juvenile nonsex offenders: explorative findings from the Pittsburgh Youth Study. *Sexual Abuse*, 17(3), 333–352. <https://doi.org/10.1177/107906320501700306> (19 s)

World Health Organization [WHO] (2020, 08.desember). *Lifetime prevalence of child physical neglect (%)*.
[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/lifetime-prevalence-of-child-physical-neglect-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/lifetime-prevalence-of-child-physical-neglect-(-)) (2 s)

World Health Organization [WHO] (2020, 08.juni). *Child maltreatment*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> (3 s)

World Health Organization [WHO] (u.å.). *Defining sexual health*. who.int.
<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>. (2 s)

Yates, P., Allardyce, S. & MacQueen, S. (2012). Children who display harmful sexual behaviour: Assessing the risks of boys abusing at home, in the community or across both settings. *Journal of Sexual Aggression*, 18(1), 23–35.
<https://doi.org/10.1080/13552600.2011.634527> (8 s)

Zeuthen (2019). Barndommens seksualitet. I Graugaard, C., Giralidi, A. & Møhl., B. (Red.), *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet* (1.utg., s. 217-234). Munksgaard. (17 s)

Zgoba, K.M., Jennings, W.G. & Salerno, L.M. (2018). Megan's Law 20 Years Later: An Empirical Analysis and Policy Review. *Criminal Justice and Behavior*, 45(7), 1028–1046.
Dhttp://dx.doi.org/10.10197378/050498381584787118477019409 (18 s)

Øverli, I. T., Vorland, N., Kruse, A.E., & Blix, I. (2018). *Også disse barnas beste: Kommunalt barneverns arbeid med barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd* (ISBN 978-82-8122-139-0). Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress. <https://www.nkvts.no/notat/ogsa-disse-barnas-beste-kommunalt-barneverns-arbeid-med-barn-og-unge-med-problematisk-eller-skadelig-seksuell-atferd/> (87 s)