

Seksuelle overgrep mot prepubertale barn

Sammendrag

Bakgrunn. I løpet av de siste 15 årene har det skjedd en betydelig endring i forståelsen av anatomiske og mikrobiologiske anogenitale funn hos barn. I slutten av 1980-årene mente man at det forelå avvikende funn hos over 50 % av antatt misbrukte barn, i dag mener man at slike funn foreligger hos ca. 5 %. En viktig konsekvens av dette er at fravær av avvikende funn aldri kan brukes til å utelukke seksuelle overgrep, heller ikke overgrep i form av inn-trenging i kjønnsorganet eller ende-tarmsåpningen. De viktigste årsakene til denne endringen er økt kunnskap om normalvariasjon og tilheling etter skader, samt standardisering av terminologi.

Material og metode. Artikkelen er basert på utvalgte artikler innen feltet.

Resultater og fortolkning. I løpet av tidsperioden har flere «funn» blitt reklassifisert fra å oppfattes som patologiske til å oppfattes som normale og/eller uspesifikke. Eksempler på dette er funn som anal dilatasjon, stor jomfruhinneåpning, smal jomfruhinnebrem og vaginal «gaping». En del av de tidligere rapporterte tilfellene av anogenitale «arr» er sannsynligvis feilaktig klassifiserte normalvarianter.

Det er utviklet internasjonale klassifikasjonslister til hjelp i diagnostikken av seksuelle overgrep, og disse blir regelmessig revidert. Per i dag er det vanlig å kategorisere medisinske funn i tre hovedkategorier: normalvarianter/ uspesifikke funn, suspekter/usikre funn og diagnostiske funn.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Arne Kristian Myhre

arne.k.myhre@ntnu.no
Barne- og ungdomsklinikken
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim
Institutt for laboratoriemedisin,
barne- og kvinnesykdommer
Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Geir Borgen

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress
0407 Oslo

Kari Ormstad

Rettsmedisinsk institutt
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
Rikshospitalet
0027 Oslo

Medisinsk kunnskap om mishandling og seksuelle overgrep mot barn er av relativt ny dato. I 1962 publiserte Henry Kempe og medarbeidere den etter hvert legendariske artikkelen «The battered child syndrome» (1). Artikkelen dreide seg om fysisk barne-mishandling og var et vesentlig bidrag til at barnemedisinen satte fokus på dette problemet.

Seksuelle overgrep mot barn ble først erkjent som medisinsk utfordring 15 år senere (2). I løpet av 1980-årene ble det gjennomført flere studier på omfanget av seksuelle overgrep, og i noen av disse ble det rapportert forbausende høye prevalenstall på opptil 30–60 % (3, 4).

Også i Skandinavia ble fenomenet studert: I en norsk studie fra 1986 fant Sætre og medarbeidere at 19 % av kvinner og 14 % av menn hadde opplevd overgrep før fylte 18 år (5); i en svensk studie fant Edgardh & Ormstad (6) minimumstall på ca. 11 % for jenter og ca. 3 % for gutter.

Utredning og intervensjon ved mistanke om seksuelle overgrep mot barn er utpreget teamarbeid, og aktører fra ulike etater som politi, barnevern og helsevesen har sentrale roller.

Ansvar for den medisinske undersøkelsen er i de fleste land blitt lagt til spesialitetene pediatri eller rettsmedisin, eventuelt i samarbeid. Det primære formålet med den somatiske undersøkelsen er – i tillegg til å diagnostisere en eventuell behandlingskrevende tilstand – å finne ut om det foreligger kroppslige funn som objektivt kan bekrefte at overgrep har skjedd.

Forskning på morfologiske anogenitale funn

Den tidlige fasen –

høyt antall unormale funn

I løpet av 1980-årene ble det utført flere studier for å kartlegge anogenitale funn ved seksuelle overgrep. Flertallet av studiene var såkalte «case-serier», der man undersøkte grupper av barn hvor det forelå mistanke om overgrep (7–10). Generelt ble det rapportert unormale fysiske funn hos en stor andel av barna, i flere studier over 50 %. En gjennomgående svakhet ved de fleste av studiene var imidlertid mangel på kontrollgrupper av ikke-misbrukte barn, og materialene hadde til dels uensartet sammensetning. I nyere studier ses unormale funn betydelig sjeldnere, i dag ned mot 5 % (11–13).

Mellomfasen – akkumulering

og systematisering av kunnskap

Behovet for mer kunnskap om normale anatomiske forhold førte til at forskerne i slutten av 1980-årene og i første halvdel av 1990-årene begynte å interessere seg for å studere barn som ikke hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. I de første studiene så man på genital anatomi hos nyfødte jenter (14), men etter hvert ble det også publisert deskriptive tverrsnittsstudier av anal og genital anatomi hos eldre barn (15–17). Man observerte at flere anatomiske detaljer som tidligere ble oppfattet som unormale, også forekom hos ikke-misbrukte barn. Etter hvert som man i løpet av 1990-årene akkumulerte et økende datamateriale, ble det mulig å sammenlikne funn hos misbrukte og ikke-misbrukte barn og å utvikle retningslinjer for tolking av disse (18, 19). Man nedla også et stort arbeid i å standardisere terminologi (20) og definisjoner (21).




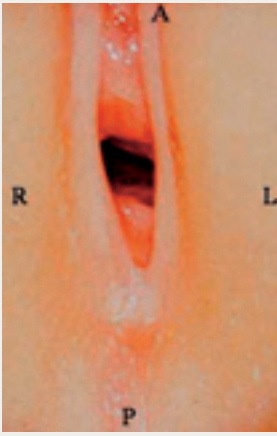
I 1994 publiserte Adams og medarbeidere en viktig studie (11). Studien omfatter 213 barn med et aldersspenn fra 8 mnd til 18 år. For alle var det avsagt fellende dom for sek-



Hovedbudskap

- Avvikende anogenitale funn ses svært sjelden ved undersøkelse av seksuelt misbrukte barn
- Fravær av avvikende funn kan aldri brukes til å utelukke at seksuelle overgrep har funnet sted, også ved overgrep med inn-trenging i skjede eller endetarmsåpning

Tabell 1 Enkelte sentrale anogenitale funn som har gjennomgått reklassifisering

Funn	Illustrasjon	Kommentar
Anal dilatasjon		Funnet ble tidligere, spesielt i engelsk litteratur, oppfattet som svært suspekt på anale overgrep og var bl.a. sentralt i den såkalte Cleveland-saken. I dag oppfattes funnet generelt som uspesifikt, men dersom det oppfylder visse kriterier (dilatasjonen kommer umiddelbart når man spriker med seteballene, er over 2 cm i anteroposteriør diameter, ikke avføring i ampullen) oppfattes funnet som suspekt men uavklart. Illustrasjonen er gjengitt med tillatelse fra Acta Paediatrica
Anogenitale arr		Tidligere hyppig rapportert funn i enkelttilfeller. Etter hvert har man fått kunnskap om forskjellige normalstrukturer (midtlinjefur, linea vestibularis, oppdrivninger i hymen og vaginale søyler) som tidligere ble oppfattet som arrforandringer. Funnet observeres i dag svært sjelden, men dersom dette først foreligger, oppfattes det som uttrykk for patologiske forhold
Stor jomfruhinneåpning Smal bakre jomfruhinnebrem		Stor jomfruhinneåpning ble tidligere oppfattet som assosiert med seksuelle overgrep. Flere studier dokumenterer at normalvariasjonen er stor og funnet er derfor tatt ut av det siste klassifikasjonssystemet. Bakre jomfruhinnebrem < 1 mm oppfattes i dag som suspekt men uavklart
Vaginal «gaping»		Funnet er definert som innsyn til vagina, når barnet er undersøkt i ryggeleie uten separasjon eller traksjon av kjønnsleppene. Ble introdusert som et suspekt funn i 1995, men er senere vist å være vanlig også hos ikke-misbrukete barn. Illustrasjonen er gjengitt med tillatelse fra Acta Paediatrica

suelle overgrep. Majoriteten av overgripere (86%) hadde også tilstått. Av jentene som ble undersøkt hadde henholdsvis 77% og 93% normale/uspesifikke genitale eller anale funn, og studien konkluderte med at «det er normalt å være normal» – også for seksuelt misbrukete barn.

Den nåværende fasen – lavt antall unormale funn

For å kunne si noe om medisinske funn og kausalitet er det nødvendig med sammenliknende studier av populasjoner som kun skiller seg fra hverandre med hensyn til den uavhengige variabelen som studeres. Den ame-

rikanske barnelegen Abby Berenson har publisert to pasient-kontroll-studier av den samme populasjonen hvor man sammenlikner ytre kjønnsorgan hos 192 prepubertale jenter som har fortalt om genital penetrasjon, med 200 ikke-misbrukete jenter (12, 22). Den ene studien setter søkelyset på genital anatomi, og hos mindre enn 5% av de misbrukete jentene gjorde man funn som med stor sannsynlighet var forårsaket av overgrep (12). I den andre studien vurderte man den diagnostiske betydningen av jomfruhinneåpningens diameter og jomfruhinnebrems bredde (22). Det ble funnet svært stor grad av overlapping mellom de to populasjonene. Forfatterne konkluderer med at slike målinger sjelden gjør nytte som diagnostisk redskap og aldri skal benyttes isolert for å bekrefte eller utelukke seksuelle overgrep.

Det er også utført viktige studier med longitudinell design, hvor man har sett på vekst- og utviklingsbetingede forandringer av genital anatomi hos ikke-misbrukete barn (23, 24). I nye deskriptive tverrsnittsstudier har man detaljert undersøkt anogenital anatomi i mer velavgrensede ikke-misbrukete barnegrupper (25, 26). I tre studier av tilheling etter skade har man vist at blant barn med ferske anogenitale skader som er undersøkt i akutfase, består forandringene bare hos et fåtall (27–29). Parallelt med den økte kunnskapen har man kontinuerlig revidert retningslinjene for tolking av fysiske funn, og den nyeste klassifikasjonslisten ble publisert i mars 2005 (30).

Viktige konsekvenser av de seneste årenes forskning og fagutvikling er at:

- Man har sett at det er stor normal variasjon med henblikk på anatomiske forhold. Som en konsekvens av denne utviklingen har man reklassifisert mange undersøkelsesfunn fra å bli oppfattet som unormale til å betraktes som normale eller uspesifikke/usikre. De mest sentrale av disse funnene er redegjort for i tabell 1.
- Man har kommet til at forekomsten av unormale funn er mye lavere enn man mente for 15–20 år siden.
- Man har sett at selv penetrerende overgrep ikke behøver å etterlate synlige forandringer.

Hvor står vi i dag?

Et flertall av de anogenitale «funn» oppfattes i dag som innenfor normal variasjon eller som uspesifikke, og disse gir ikke grunnlag for å hevde at overgrep har funnet sted. Et fåtall barn ser derfor ut til å ha såkalte «sikre» anogenitale forandringer som objektivt kan bekrefte gjennomgått traume eller seksuelt overgrep. Påviser man imidlertid slike forandringer, er tolkingen av disse nå godt dokumentert, og funnene har høy prediktiv verdi. Videre har vi solid dokumentasjon for å hevde at fravær av medisinske funn aldri kan avkrefte at et seksuelt overgrep kan ha skjedd. Dette forklares på flere måter. Seksuelle overgrep mot prepubertale barn er

Tabell 2 Morfologiske funn som i henhold til Adams (30) oppfattes som suspekter/usikre og diagnostiske med tanke på traume og/eller seksuell kontakt

Suspekter, men usikre funn. Funn hvor det, ved fravær av en historie om overgrep, er behov for ytterligere utredning

- Dype kløfter i bakre halvdel av hymen (omfatter mer enn 50 % av hymenalbredden, men går ikke helt til basis)
- Glatt, skarpkantet hymenalbrem mellom kl 4 og 8, som måles til < 1 mm i bredde
- Vorteliknende lesjoner i anogenitalområdet
- Vesikulære lesjoner eller sår i anogenitalområdet
- Markert, umiddelbar analdilatasjon til anterioposteriør diameter > 2 cm (fravær av predisponerende årsaker som forstoppelse, sedasjon, anestesi og nevrologiske årsaker)

Funn diagnostisk for traume og/eller seksuell kontakt

- Laserasjoner, sår, bloduttredelser av labia, bakre fourchette (der labia majores møtes baktill), penis, scrotum, perianalt vev eller perineum (kan også skyldes ikke-bevitnede aksidentelle traumer)
- Arr i bakre fourchette, bakre fossa eller perianalt (bleke områder i midlinjen kan være normalstrukturer)
- Fersk komplett eller delvis laserasjon av hymenalbredden og bloduttredelser i hymen
- Fersk perianal laserasjon som går ned i ytre analsfinkter (ikke forveksles med midtlinjedefekt)
- Komplette kløfter gjennom hymenalbredden mellom kl 3 og 9 (hymenalbredden er spaltet til basis). Funnet må bekreftes med supplerende metoder som bruk av vattpinne, kne-albue-leie, Foleykateter eller saltvannsmetode
- Manglende segment av bakre hymenalbrem mellom kl 3 og 9 (fravær av hymenalbrem som er bredere enn en komplett kløft). Må bekreftes med supplerende metoder

ofte av en annen karakter enn typiske voldtekter begått mot tenåringer og voksne. Overgrepene innbefatter sjelden bruk av fysisk vold; overgriper bruker ofte lang tid på å oppnå tillit og velvilje hos barnet (31). Ofte beskrives en gradvis økning i overgrepets «invasivitet» med samtidig bruk av gli-demidler. Dette, samt det at kjønnsorganenes og endetarmsåpningens vev er svært elastisk, kan forklare at man sjelden finner sikre tegn på skader.

Videre er det viktig å være klar over at barnets opplevelse av «inntrenging» ikke nødvendigvis behøver å stemme med hva som faktisk har skjedd. I forbindelse med overgrepet vil barnet ofte føle ubehag eller smerte, men hvorvidt dette dreier seg om en utvendig kontakt eller samleie med inntrenging, kan være vanskelig å avgjøre (31). Vi har etter hvert også fått flere såkalte tilhelsingsstudier (27–29), hvor barn med akutte skader etter aksidentelle traumer og seksuelle overgrep er fulgt over tid. Disse viser at vevet har stor evne til tilheling, og at kun et fåtall av barna får varige fysiske forandringer.

I siste reviderte klassifikasjonsliste (30) deler Adams inn de medisinske funn i tre hovedgrupper: normalvarianter/uspesifikke funn; suspekter/usikre funn (dvs. der litteraturen ennå er mangelfull eller tvetydig); funn som er diagnostiske for traume og/eller seksuell kontakt. De morfologiske funn som inngår i de to siste gruppene blir presentert i tabell 2. Denne klassifikasjonslisten er utarbeidet etter et konsensusmøte blant ledende amerikanske barneleger. I Norge er det tidligere publisert en liknende liste (32). Denne er imidlertid ikke oppdatert, og det anbefales at de amerikanske retningslinjene følges.

I de kommende årene vil en avklaring av de suspekter og/eller usikre funnene sann-

synligvis bli en prioritert forskningsoppgave, og til dette formålet bør studier med en pasient-kontroll-design foretrekkes.

Etter hvert som man har erfart at den somatiske medisinske undersøkelsen sjelden vil avklare hvorvidt et barn er seksuelt misbrukt, har man lagt økende vekt på barnets beskrivelse av eventuelle overgrep. Det har funnet sted en betydelig utdanning og fagutvikling innen politiet vedrørende bruk av lekeobservasjoner og gjennomføring av dommeravhør, og det blir i dag reist tiltale i mange saker hvor barnets forklaring i et dommeravhør er det viktigste «beviset». Den medisinske undersøkelsen av prepubertale barn blir i Norge i dag utført ved barneavdelinger med spesialkompetanse, i de fleste tilfellene ved regionsykehusene. I forbindelse med undersøkelsen er det naturlig at legen spør barnet på en åpen og ikke-ledende måte hvorvidt «noe har skjedd med tissen eller rumpa hans/hennes». Av og til erfarer vi at barnet responderer på dette med å fortelle om en eller flere episoder hvor det har vært utsatt for handlinger av seksuell karakter.

Konklusjon

Utredning av seksuelle overgrep av barn er et følsomt og vanskelig område, og diagnostikken kan ha store juridiske og psykososiale konsekvenser (f.eks. med henblikk på samvær og omsorg) for barn og familier. Lærdommen av de siste 20 års erfaringer er at tolkingen av medisinske funn må være basert på gode vitenskapelige studier. Dersom slike data ikke foreligger, må man som sakskyndig ha en konservativ holdning, og man må redegjøre for retten dersom tolkingen av et funn er omdiskutert. Det er viktig å være klar over at fravær av unormale anogenitale funn ikke utelukker seksuelle overgrep,

samtidig som at mange anogenitale «funn» ikke gir grunnlag for å hevde at overgrep har funnet sted.

Litteratur

1. Kempe CH, Silverman FN, Steel BF et al. The Battered Child Syndrome. *JAMA* 1962; 181: 17–24.
2. Kempe CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics* 1978; 62: 382–9.
3. Russell DE. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl* 1983; 7: 133–46.
4. Wyatt GE. The sexual abuse of Afro-American and white-American women in childhood. *Child Abuse Negl* 1985; 9: 507–19.
5. Sætre M, Holter H, Jepsen E. Tvang til seksualitet. *Otta: Cappelen*, 1986: 1–146.
6. Edgardh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of 17 year-old boys and girls. *Acta Paediatr* 2000; 88: 310–19.
7. Hobbs CJ, Wynne JM. Child sexual abuse – an increasing rate of diagnosis. *Lancet* 1987; 2: 837–41.
8. Claytor RN, Barth KL, Shubin CI. Evaluating child sexual abuse. Observations regarding ano-genital injury. *Clin Pediatr* 1989; 28: 419–22.
9. Muram D. Child sexual abuse – genital tract findings in prepubertal girls. The unaided medical examination. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 328–33.
10. Muram D. Anal and perianal abnormalities in prepubertal victims of sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 278–81.
11. Adams JA, Harper K, Knudson S et al. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994; 94: 310–17.
12. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM et al. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 820–31.
13. Heger A, Ticson L, Velasquez O et al. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002; 109: 228–35.
14. Berenson A, Heger A, Andrews S. Appearance of the hymen in newborns. *Pediatrics* 1991; 87: 458–65.
15. McCann J, Voris J, Simon M et al. Perianal findings in prepubertal children selected for non-abuse: a descriptive study. *Child Abuse Negl* 1989; 13: 179–93.
16. McCann J, Wells R, Simon M, Voris J. Genital findings in prepubertal girls selected for non-abuse: a descriptive study. *Pediatrics* 1990; 86: 428–39.
17. Berenson AB, Somma-Garcia A, Barnett S. Perianal findings in infants 18 months of age or younger. *Pediatrics* 1993; 91: 838–40.
18. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1991; 87: 254–9.
19. Adams JA, Harper K, Knudson S. A proposed system for the classification of anogenital findings in children with suspected sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1992; 5: 73–5.
20. Terminology Subcommittee of the APSAC Task Force on Medical Evaluation of Suspected Child Abuse. Chicago: APSAC, 1995.
21. Lamb ME. The investigation of child sexual abuse: an interdisciplinary consensus statement. *Child Abuse Negl* 1994; 18: 1021–8.
22. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM et al. Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. *Pediatrics* 2002; 109: 228–35.
23. Berenson AB. A longitudinal study of hymenal morphology in the first 3 years of life. *Pediatrics* 1995; 95: 490–6.
24. Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *J Pediatr* 2002; 140: 600–7.
25. Myhre AK, Berntzen K, Bratli D. Perianal anatomy in non-abused preschool children. *Acta Paediatr* 2001; 90: 1321–8.

>>>

26. Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Genital anatomy in non-abused preschool girls. *Acta Paediatr* 2003; 92: 1453–62.
27. McCann J, Voris J, Simon M. Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics* 1992; 89: 307–17.
28. McCann J, Voris J. Perianal injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics* 1993; 91: 390–7.
29. Heppenstall-Heger A, McConnell L, Ticson L et al. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with child sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics* 2003; 112: 829–37.
30. Adams JA. Approach to the interpretation of medical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: a 2005 revision. *The APSAC Advisor Summer 2005*. South Carolina: APSAC, 2005: 7–12.
31. Finkel MA, Giardino AP. Medical evaluation of child sexual abuse. A practical guide. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002.
32. Myhre AK, Berntzen K, Selvaag E et al. Klassifikasjonsliste av anogenitale funn. Et hjelpemiddel i diagnostikken av seksuelle overgrep mot barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 67–70.

*Manuskriptet ble mottatt 13.1. 2006
og godkjent 29.6. 2006. Medisinsk redaktør
Michael Bretthauer.*