

Adrian Özkal Lorentzen

Pedofili i terapirommet

En tematisk analyse av hvordan teoretiske ulikheter påvirker tematiseringen av seksualitet i terapien av personer som er seksuelt tiltrukket til barn

Hovedoppgave i Psykologi

Veileder: Berit Overå Johannesen

Juni 2021

Adrian Özkal Lorentzen

Pedofili i terapirommet

En tematisk analyse av hvordan teoretiske ulikheter påvirker tematiseringen av seksualitet i terapien av personer som er seksuelt tiltrukket til barn

Hovedoppgave i Psykologi
Veileder: Berit Overå Johannesen
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Adrian Özkal Lorentzen

Pedofili i terapirommet

En tematisk analyse av hvordan teoretiske ulikheter påvirker tematiseringen av seksualitet i terapien av personer som er seksuelt tiltrukket til barn

Hovedoppgave i psykologi

Veileder: Berit Overå Johannesen

Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap

Institutt for psykolog

Sammendrag

Denne studien ønsker å belyse hvordan ulike teoretiske bakgrunner kan påvirke tematiseringen av seksualitet i behandling av personer som er seksuelt tiltrukket til barn. Datamateriale ble samlet inn fra et utvalg av ulike behandlere i Norge med erfaring innen behandling av pedofili. Tematisk analyse ble brukt for å analysere dataene. Resultatene viser to hovedrelasjoner og en underordnet relasjon som er med på å påvirke behandlingen. Forholdet terapeutene har til teori og hvilke teoretiske bakgrunner de har en betydning for deres syn på pedofili og seksualitet generelt. Det terapeutiske forholdet mellom terapeut og pasient har en effekt på når og hvordan seksualitet tematiseres. Den siste underordnede relasjonen er forholdet mellom pasient og valg av offer. Dette går på tvers av de to hovedrelasjonene, hvor pasientens andre diagnoser, overgrepsmetode og motivasjon er med å påvirke behandlingen.

Abstract

This study aims to show how different theoretical backgrounds affect the thematization of sexuality in the treatment of people who are sexually attracted to children. The material was gathered from a population of therapists in Norway who have experience with the treatment of pedophilia. Thematic analysis was used to analyze the data. The results show two main relations and one sub-relation which affect the treatment. The relation the therapists has to theory and which therapeutic background influence their view of pedophilia and sexuality in general. The therapeutic relationship between therapist and patient implicates when and how sexuality is thematized. The last sub-relation is the relation between patient and their victim of choice. This goes across the two main relations, whereas the patient's other diagnoses, way of abuse and motivation affect the treatment.

Forord

Arbeidet med denne hovedoppgaven har vært meget krevende, men samtidig utrolig givende. Det har gitt meg et innblikk i en teoretisk og klinisk hverdag jeg tidligere kjente lite til. Kunnskapen jeg har ervervet meg underveis kommer med aller største sannsynlighet til å påvirke mitt møte med ulike pasientgrupper, og spesielt de som møtes med sterke følelser og store mengder stigma.

Gjennom hele prosessen har min veileder, Berit Overå Johannesen, fungert som en bauta, både teoretisk og emosjonelt. Tusen takk for tillitten og tålmodigheten du har vist meg gjennom arbeidet. Jeg vil i tillegg takke John Nicholaisen, som sendte meg ut på denne reisen og ga meg muligheten til å skrive og forske innen dette feltet. Uten deg hadde jeg aldri fått et slikt innblikk i dette feltet. Til slutt vil jeg gjerne takke min far, som har vært med på å rette språket mitt utallige ganger.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	1
Forord	2
Introduksjon	5
Bakgrunn for temavalg	5
Oppgavens struktur	5
Begrepsavklaringer og tidligere forskning	7
Hva er pedofili.....	7
Hva er seksualitet og seksuell helse	10
Pedofili som lovbrudd	10
Behandlingsmodeller.....	11
SOTP	13
Good Lives Model.....	14
Dynamiske behandlingsmodeller	15
Sexologisk behandlingsmodell.....	17
Medikamentell behandling	17
Metode.....	18
Kvalitativt rammeverk.....	18
Rekruttering og utvalg.....	19
Datainnsamling.....	19
Analyse.....	20
Etiske betraktninger.....	20
Resultater.....	21
Terapeut-teori	21
Behandlingsmodeller.....	22
Good Lives Model.....	24

Sexual offender treatment program	24
Skjematerapi	25
Dynamisk/sexologisk	26
Seksualitet generelt	27
Terapeut-pasient	28
Relasjonen	28
Når	29
Hvordan	30
Pasient-offer	31
Andre diagnoser	31
Nettovergrepere og kontaktovergrepere	33
Motivasjon.....	33
Diskusjon.....	35
Hvorfor	35
Hvor mye forklarer diagnosen F65.4 Pedofili.....	35
Kan pedofili behandles gjennom terapi.....	37
Kan seksualitet endres?	38
Hvilken effekt har tematisering av seksualitet	39
Konklusjon	39
Kilder.....	41
Appendix 1	43
Appendix 2	45
Appendix 3	46

Introduksjon

Bakgrunn for temavalg

Ordet pedofili er noe som fort kan skape debatt og føre til opphetede samtaler rundt ethvert bord. Å bli stemplet som pedofil er noe av det verste man kan bli utsatt for, og noe man vil bære livet ut. Pedofile er en gruppe som har blitt kalt monstre av ministre og som blir jaktet på av grupper som tar loven i egne hender. Gjennom mitt studieforløp, der målet er å bli psykolog, har jeg fattet interesse for hvordan denne gruppen, som svært få vil ha noe med å gjøre, kan få behandling. Uavhengig av interessen for hvordan pedofile betraktes og behandles, har jeg i lengre tid hatt en interesse for å jobbe med seksualitet, både den forståelige seksualiteten i oss, og den seksualiteten som er langt unna «det normale».

I en samtale jeg hadde med psykologspesialist John Nicholaisen oppstod ideen bak denne oppgaven om å kombinere interessen for seksualitet på den ene siden og teoretiske og empiriske aspekter ved behandlingen av pedofile på den andre. Gjennom samtalen ble jeg introdusert til hvordan de ulike institusjonene i Norge driver behandling av pedofili og hva slags teoretisk grunnlag de tradisjonelt sett har. I forskningsartiklene knyttet til behandling av pedofili virket det som om seksualitet var lite tematisert. Kombinasjonen mellom lite tematisering av seksualitet og behandling av en gruppe pasienter hvor seksualitet virker å ha stor betydning virket interessant. Denne kombinasjonen var med på å skape problemstillingen som blir brukt. Hvordan påvirker ulike teoretiske bakgrunner hos terapeuter tematiseringen av seksualitet hos personer som er seksuelt tiltrukket til barn?

Oppgavens struktur

Denne oppgaven vil være delt inn i fem kapitler. Det første kapitlet vil ta for seg begrepsavklaringer og tidligere forskning av de to hovedtemaene i oppgaven: pedofili og seksualitet. Jeg vil gå inn på hvordan disse to fenomenene blir forstått både i forskningen og på et mer folkelig vis. Kapittel to vil dreie seg om teorien rundt behandling av pedofili og noen av de forskjellige behandlingsmetodene som blir brukt i Norge i dag. Kapittel tre omhandler metodikken som ble brukt for å gjøre dette studiet, som vil ta med forfatterens bidrag til analysen og intervjuutformingen. I det fjerde kapitlet vil jeg presentere hovedtemaene som kom fram i analysen og de resultatene den har medført. I kapittel fem vil funnene og resultatene fra analysen bli diskutert og satt i kontekst med dagens behandlingssituasjon i Norge og hvordan det vil kunne ha noe betydning for forskningsfeltet.

Jeg konkluderer med at tematisering av seksualitet er i praksis en essensiell del av terapien, uansett hvilken teori behandlerne hører til. Og at teoretiske bakgrunner hos behandlerne er med på å påvirke hvordan det gjøres.

Begrepsavklaringer og tidligere forskning

Hva er pedofili

Artiklene som er blitt brukt som grunnlaget for begrepsavklaringen baserer seg i hovedsak på strategiske søk på Google scholar og i BIBSYS. Her har jeg først og fremst brukt nøkkelord som «what is pedophilia, pedophilia cause, pedophilia sexuality». I tillegg har referansematerialet i de ulike artiklene blitt brukt for videre søk etter empiri og teori. Noen av bøkene og artiklene som jeg referer til har jeg fått av personer i Norge som har kunnskap om hvilken litteratur som brukes av norske praktikere. Siden det ikke eksisterer et hav av forskning om behandling av pedofili, eller som tematiserer seksualitet i behandlingen av pedofili, vil jeg legge vekt på noen sentrale forskningsartikler.

Pedofili defineres gjerne som en vedvarende seksuell interesse for barn i prepubertal alder eller tidlig pubertet (Seto, 2009). Dette samsvarer med diagnosen F65.4 pedofili i ICD-10 (WHO, 2020). Diagnosen pedofili differensierer ikke mellom hvilken alder eller kjønn personen kan vise en seksuell interesse for. Innen forskningen eksisterer det dog en differensiering mellom valget av aldersgruppe på offeret. Disse er henholdsvis hebefili og nepiofili i tillegg til pedofili. Hebefili går ut på en tiltrekning til barn i tidlig pubertal alder, oftest mellom 10 og 15 år (Blanchard et al., 2009; Seto, 2009). Nepiofili på en annen side blir brukt for å beskrive personer som viser en seksuell tiltrekning til barn under 5 år (Seto, 2017). Ved en slik inndeling av forskjellige preferanser for alder havner pedofili som en mellomting, det vil si barn mellom 5 og 10 årsalderen, prepubertale. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke samlebetegnelsen pedofili for å forklare en seksuell interesse for barn mellom 0 og 15 år. I tillegg til preferanser for alder har det vist seg å eksistere preferanser for kjønn. Skillet går gjerne etter om barnet er innenfor eller utenfor familien til den pedofile. Forskningen viser at det oftest er en preferanse for jenter ved overgrep innad i familien, mens det er større sannsynlighet for at offeret er gutt når overgrepet er utenfor familien (Martijn, Leroux, Babchishin, & Seto, 2020).

Ved spørsmål om hvem som er pedofile, er det flere internasjonale studier som viser til et stort flertall av menn (Gibbels, Kneer, Hartmann, & Krueger, 2019; Seto, 2009). I tillegg til at det er flest menn som blir dømt for overgrep mot barn, er det også en større prevalens av menn som rapporterer om at de har fantasert om seksuell kontakt med prepubertale barn (Seto, 2009). Det er sjelden at kvinner blir dømt for overgrep, men kvinner har en høy

representasjon i en retrospektiv studie i Canada av menn som har blitt misbrukt som barn (Freund, Watson, & Dickey, 1990). I artikkelen til Finkelhor (1984) om overgrep mot barn beskrives kvinnelige overgripere som en gruppe med store mørketall. Grunnen til dette er at kvinnene ofte har nære relasjoner til barnet, som gjør det vanskeligere for barnet å snakke om overgrepet med andre. I tillegg så er overgrepene av en natur som gjør det vanskeligere å definere som objektivt grenseoverskridene på lik linje med penetrerende overgrep begått av menn. Eksemplene som trekkes fram av Finkelhor er når hverdagslige aktiviteter seksualiseres, som for eksempel det å dusje sammen, sove i samme seng eller å vaske hverandre. Antallet av kvinnelige overgrep er vanskelig å fastslå, men i en studie av Rich (2003) står kvinner for 4% av alle overgrep mot barn og 12% av alle overgrep mot barn under 6 år.

Kjennskapet mellom offer og overgriper har vist seg å spille en større rolle enn først antatt. I USA har det vist seg at omtrent 90% av alle overgrep mot barn er begått av personer som kjente eller hadde en nær relasjon til barnet (Finkelhor, 1984). I artikkelen til Finkelhor (1984) beskriver han at alle barn potensielt kan bli utsatt for seksuelle overgrep, men at noen faktorer er med på å øke risikoen. Ytre faktorer som kan øke sannsynligheten er lav sosioøkonomisk status, begrenset utdanning og hvordan familien er organisert. De indre faktorene går mer på hvilke relasjoner barnet har til mor, far, familie og venner. En faktor Finkelhor (1984) trekker fram som øker sannsynlighet for overgrep er tilstedeværelsen av en stefar, kombinert med at mor ikke er mye hjemme. Dette gjelder kun situasjoner hvor overgrepet mot barn er innad i familien. Her er det verdt å nevne at Finkelhor (1984) i sin tekst beskrev dette som faktorer som kan endres over tid og avhengig av kultur.

Alder er også en faktor som spiller en rolle i seksuelle overgrep mot barn. Her viser det seg at den største gruppen av seksuelle overgripere er mellom 18 og 22 år (Innes & Kleive, 2011). Innes og Kleive (2011) tar i hovedsak for seg unge overgripere og den aldersgruppen som er under seksuell lavalder, og som begår seksuelle overgrep mot yngre eller jevnaldrende. I boka (s. 18) beskrives det at et sted mellom 30 og 50% av alle overgrep som begås mot barn er av andre barn og unge.

Hvorfor noen personer er seksuelt tiltrukket av barn og/eller velger å begå seksuelle overgrep mot barn er et spørsmål som er meget vanskelig å svare på. En forståelse baserer seg på at personer som har opplevd seksuelle overgrep i sin barndom og/eller andre former for traumer kan utvikle en seksualitet rettet mot barn (Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Levenson, Willis, & Prescott, 2020). Argumentet er at man blir formet av sin barndom og av de

inntrykkene som inntreffer i denne perioden av livet. Dette er med på å forme en som voksen, og i dette tilfellet så er det med på å skape en tilbøyelighet til seksuell tiltrekning av barn. Veldig mange personer som begår seksuelle overgrep mot barn rapporterer tøffe barndommer og oppvekster, men det er store individuelle forskjeller mellom personene i hva de har opplevd (DeMarco & Geller, 2020). Studien til Jennings, Zgoba, Maschi, and Reingle (2014) fant at de som har blitt utsatt for overskridende seksuell kontakt eller seksuelle overgrep før fylte 16 år har en mye større sannsynlighet for å utføre seksuelle overgrep i voksen alder. Her forstås spørsmålet om hvorfor noen kan ha pedofile trekk eller en tiltrekning til barn som noe tillært. Siden atferden er noe som ble lært vil det da være mulig å avlære det også (Levenson et al., 2020).

Hvorfor noen personer viser en seksuell tiltrekning til barn har også blitt forklart på en mer biologisk orientert måte. En slik biologisk forklaringsmodell blir beskrevet i artikkelen til DeMarco og Geller (2020), hvor traumatisk hjerneskade blir sett på som en mulig årsak. Flere deler av hjernen er knyttet til libido, motivasjon og impuls kontroll og ved skade på disse hjernestrukturere så vil det kunne føre til en endring i seksuelle preferanser, hyperseksualitet, og i verste fall seksuelle overgrep. Skadene kan variere mellom områder som orbitofrontal cortex, forstyrrelser i amygdala og hypothalamus, eller være av medfødt natur, som psykisk utviklingshemning. En annen biologisk forklaringsmodell tar utgangspunkt i hvordan medikamentell behandling fungerer på personer som føler en seksuell tiltrekning mot barn. Ved å dempe testosteronnivået, gjennom bruk av gonadotropinutløsende hormon agonister, har det blitt vist en signifikant nedgang i parafiliske symptomer hos pasientgruppen (Landgren, Malki, Bottai, Arver, & Rahm, 2020). Dette har medført tanken om at pedofili og parafiliske tendenser kommer av en strukturell forskjell i hjernen i områder knyttet til produksjon av testosteron (Jordan, Fromberger, Stolpmann, & Müller, 2011; Turner & Briken, 2018).

Pedofili og tiltrekning til barn er av en seksuell natur, og er noe som deler flere likhetstrekk med hvordan en legning defineres (Seto, 2012). I artikkelen til Seto (2012) blir det tatt fram flere likhetstrekk, deriblant at personer som identifiserer seg som pedofile gjør det i ca. samme alder som personer som identifiserer seg som homofile/bifile etc. Et annet likhetsaspekt med homofili/bifili er stabiliteten over tid. Seksuell orientering mot barn varer også livet ut. Det er dog flere problemer knyttet til spørsmålet om pedofili er en seksuell legning på lik linje med andre legninger. Et etisk problem er at det å handle basert på en seksuell orientering mot barn vil skade et annet menneske. Det samme argumentet vil ikke

kunne gjelde for homofili (Seto, 2012). Juridisk er det vanskelig å skulle likestille pedofili med lovlige seksuelle orienteringer på grunn av at barn ikke er myndige, og det ikke virker å være store ønsker om å senke den seksuelle lavalder for at pedofile handlinger skal kunne bli lovlig.

En viktig forskjell mellom pedofili og eksempelvis homofili, er behovet for behandling. Mens vi tilbyr behandling for pedofili, vil behandling av homofili være uetisk og i strid med grunnleggende menneskerettigheter (Seto, 2012). Per dags dato blir pedofili ikke definert som en legning, men som en utviklingsforstyrrelse.

Hva er seksualitet og seksuell helse

Seksualitet er et fenomen som defineres veldig lite håndfast. WHO (2006) definerer det slik:

...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors.

Dette er en meget holistisk tilnærming til seksualitet som i liten grad lar seg forklare med et enkelt ord eller uttrykk. Forståelsen viser til at seksualitet gjennomsyrrer store deler av vårt liv (Edwards & Coleman, 2004).

Seksuell helse er også noe som blir sett på som en betydelig del av vår hverdag. WHO (2002) sin definisjon av seksuell helse er slik:

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being related to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.

Pedofili som lovbrudd

I Norge vil brudd på straffeloven §299- §314 være de mest gjeldende for personer som er seksuelt tiltrukket av barn og handler deretter. I Norge opereres det med flere definisjoner av et barn. Den kriminelle lavalder er på 15 år, man blir helserettslig myndig og får samtykkekompetanse ved 16 år, og til slutt voksen ved fylte 18 år (Inges & Kleive, 2011). Siden samtykkekompetansen inntreffer ved 16 år, vil de under 16 år ikke kunne samtykke og vil bli ansett som barn i henhold til §302-§305. Utmåling av fengselsstraff til personene som

bryter en eller flere av disse lovene vil variere basert på hvilken lov som er brutt. Hvilke lover som kommer til anvendelse vil bero på alderen til barnet, grovheten av overgrepet og relasjonen mellom offer og overgriper. Dette er tydeligst i forskjellen mellom brudd på §301- Grov voldtekt av barn under 14 år, hvor strafferammen er inntil 21 års fengsel, og brudd §305- seksuelt krenkende atferd mv. overfor barn under 16 år, hvor strafferammen er inntil 1 år.

Hva som regnes som ulovlig seksuell omgang med barn vil variere fra land til land, basert på at hvert land bestemmer sin egen seksuelle lavalder. Internasjonalt varierer denne alderen betydelig. USA har en seksuell lavalder på 18 år, mens det eksempelvis er 12 år i Vatikanstaten (Waites, 2004). Hva den seksuelle lavalder er vil dermed være med på å diktere når de ulike landene definerer en handling som pedofil. I USA tolkes loven strengt i den form at all seksuell omgang med en person under 18 år er pedofilt, selv om den voksne personen bare er 18 eller 19 år. I land som Norge vil det være et større aldersrom før det blir ansett som pedofile handlinger grunnet en seksuell lavalder på 16 år og lover knyttet til jevnbyrdighet (Waites, 2004).

Brudd på §299-§314 i straffeloven sier lite om hvorvidt personer kan knyttes til diagnosen pedofili eller ikke. Dette er fordi definisjonen av pedofili er at personen opplever en tiltrekning til barn over tid. Diagnosen er ikke knyttet til selve handlingen (WHO, 1993). Et brudd på en av lovene i Norge sier ingen ting om hvorfor handlingen er begått, og kan derfor ikke indikere om personen har en seksuell tiltrekning til et barn eller ikke. Dermed kan en person begå et overgrep mot et barn, men ikke møte kravene for diagnosen pedofili. Og på samme måte kan en person møte diagnosekravene for pedofili, men ikke begå straffbare handlinger. Pedofili i seg selv er dermed ikke straffbart. Mesteparten av forskningen på pedofili, pedofile og behandlingen av pedofili blir imidlertid gjort på personer som er dømt for overgrep mot barn. Av den grunn henger dom og diagnose ofte sammen, men de er ikke avhengig av hverandre (Seto, 2009).

Behandlingsmodeller

I dette kapitlet vil jeg beskrive ulike former for behandling som er tilgjengelig for personer som er seksuelt tiltrukket av barn, eller som har begått ett eller flere overgrep mot barn. Jeg har fokusert på behandlingstilbud som brukes i Norge, og som blir brukt av deltagerne i studien. Det gjelder Good lives model, Sexual offender treatment program, to ulike dynamiske tilnærminger, og sexologi brukt som forståelsesramme. Jeg har funnet informasjon

om de ulike behandlingsmodellene og om forskning som omhandler behandling av overgripere gjennom spesifikke søk på google scholar og PubMed. I tillegg til informasjon om de nevnte modellene har jeg forsøkt å finne systematiske sexologiske studier og behandlingsmodeller som er spesifikt knyttet til behandling av overgripere mot barn. Jeg har kun funnet en god studie som tar for seg en sexologisk tilnærming til behandling av pedofili, og vil dermed bruke den som grunnlag for å skissere en sexologisk behandling.

Pedofili er som nevnt tidligere en diagnose gitt til personer som er seksuelt tiltrukket til barn (Seto, 2009). Behandlingen knyttet til personer med denne diagnosen har i stor grad foregått innenfor fengselssystemet (Alexander, 1999; Gibbels et al., 2019). Grunnen til at det ikke fins tilbud om slik behandling som er mer allment tilrettelagt kan skyldes at det å oppleve seksuell tiltrekning til barn er svært tabubelagt og dermed vanskelig både å tilby og søke hjelp for. Det kan også skyldes mangel på kunnskap om hvor utbredt det er å oppleve tiltrekning mot barn fordi det som tidligere nevnt bare finnes forskning basert på overgrep og overgripere. Denne skjevheten innebærer store mørketall og de som aldri blir tatt, eller slett ikke handler på tiltrekningen, blir ikke fanget opp. Utviklingen av behandlingsverktøy blir dermed kun basert på gruppen som blir tatt og dømt (Seto, 2009). I de senere år har det imidlertid åpnet seg muligheter for å ta kontakt med behandlingsapparatet før man har blitt dømt som overgriper, Dette er grunnet tilbud som Dunkelfeldt i Tyskland, Stop it Now i England, Preventell i Sverige (Gibbels et al., 2019), og det helt nye tilbudet i Norge som kalles Det finnes hjelp (Helsedirektoratet, 2020).

Behandlingsstudier av personer som begår seksuelle overgrep mot barn har dannet grunnlag for metastudier siden 1989 (Grønnerød, Grønnerød, & Grøndahl, 2015). Effektiviteten til de ulike behandlingsmetodene blir som regel beskrevet med hvor mye tilbakefall (residiv) som finnes blant de som er behandlet, det vil si hvor stor er sannsynligheten for at det blir begått et nytt overgrep etter endt behandling. I metastudien til Grønnerød et al. (2015) kritiseres alle behandlingstilbudene som tilbys personer som har begått overgrep mot barn. Kritikken går ut på at behandlingstilbudene ikke er mer effektive enn bare fengsling uten behandling. Det er få studier som ser på behandlingsresultatene til behandling av pedofile. Og de studiene som eksisterer er ofte av dårlig kvalitet (Grønnerød et al., 2015). Det blir i artikkelen nevnt flere metaanalyser som viser positive resultater for behandling av seksuelle overgripere, men at det ikke er godt nok for å si at behandling har en positiv effekt på residiv. Studiene som ble tatt med var i hovedsak korttids kognitive programmer. Grønnerød et al. (2015) konkluderer dermed med at det er behov for mer forskning på nyere behandlinger som Good Lives Model

og at det ikke er mulig å si om individuelle langtidsbehandlinger, som dynamiske behandlingstilnæringer, faktisk har en effekt.

Et aspekt som har betydning for behandling av personer som begår overgrep mot barn, er mengden komorbide psykiatriske lidelser som er knyttet til pedofili og det å begå et overgrep (Gibbels et al., 2019; Seto, 2009). En studie av Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson, and Miner (1999) viste at opp mot 93% av deltagerne fylte kriteriene for komorbide psykiatriske lidelser i akse 1. 67% av deltagerne hadde en livstidsprevalens for depresjon, 64% for angst og 60% for rusproblematikk. Tallene viser meget høye rater med komorbiditet for personer med pedofili, noe som, hvis ubehandlet, kan ha en mulig negativ påvirkning på graden av suksess i behandling og residivrater (Raymond et al., 1999).

Jeg vil i det følgende redegjøre for ulike behandlingsmodeller som brukes i Norge, og som er relevante for deltagerne i denne studien.

SOTP

Sex Offender Treatment Programme (SOTP) ble først brukt i britiske fengsler i 1992 (Gibbels et al., 2019; Mews, Di Bella, & Purver, 2017). Det er en samlebetegnelse på kognitiv atferdsterapi som er rettet mot dømte seksuelle overgripere i fengsel. Som behandlingsmodell fokuserer SOTP på å forhindre tilbakefall og overgripernes personlige risikofaktorer for tilbakefall og nye overgrep. Programmet til SOTP er basert på gruppeterapi og tar for seg en rekke elementer fra kognitiv atferdsterapi. Noe av målet med behandlingen er å øke overgripernes følelse av ansvarlighet og samtidig minimere mengden rettferdiggjøring knyttet til sin seksuelle tiltrekning mot barn (Gibbels et al., 2019).

Terapiforløpene som er grunnlagt i SOTP er ofte meget manualbaserte med relativt satte prosedyrer for behandling (Marshall, 2005). Et poeng er at terapeuten ikke skal ha en veldig aktiv rolle i påvirkningen av behandlingen. Dette er for å hindre at terapeutens personlige standpunkt knyttet til seksuelle overgrep skal ha en negativ effekt på pasientene. Til tross for at terapeuten ifølge SOTP skal ha lite personlig involvering i behandlingen har studien til Marshall (2005) vist at det er de terapeutene som er empatiske, varme og direkte som har best resultater.

I en metastudie gjort av Mews et al. (2017) på en versjon av SOTP som heter Core SOTP, konkluderer de med at de som får behandlingen har større gjentakelsesrate enn de som ikke får den. Studien tar fram flere aspekter som kan være med på å påvirke behandlingen i negativ forstand. Noen av de faktorene som blir nevnt i studien er mangelen på skreddersydd tilbud til

individet, de spesifikke risikofaktorene hver person har med seg og fraværet av benevning av seksualitet i behandlingsmanualen. Den viktigste faktoren virket å være bruk av gruppeterapi som en behandlingsteknikk. Gruppesettingen viste seg å kunne normalisere overgrepssatferd, og/eller føre til at overgriperne deler kontakter og kilder, som igjen kan føre til nye overgrep etter løslatelse (Mews et al., 2017).

Good Lives Model

Good Lives Model (GLM) er en av de nyere behandlingsmodellene som blir brukt for å behandle seksuelle overgripere (Gibbels et al., 2019). Behandlingen baserer seg på en tredjegerasjons kognitiv modell med fokus på arbeid med positive deler av livet og hverdagen til overgriperne (Ward & Brown, 2004). GLM bygger videre på risk-need-responsivitymodellen (RNR), ved å fokusere på promotering av goder og håndtering av risiko (Ward & Gannon, 2006). RNRmodellen er basert på tre prinsipper, estimering av risikoen for nytt lovbrudd etter dom, undersøke og jobbe med personens kriminogene faktorer, og til slutt skreddersy en behandling til personens kapasitet, motivasjon og ferdighet (Bonta & Andrews, 2007). Ward & Gannon (2006) argumenterer for at RNRmodellen er nødvendig og hjelpsom på sitt vis, men ikke effektiv nok. Det er for lite fokus på den virkeligheten som seksuelle overgripere må forholde seg til i hverdagen utenfor fengselet, og på å styrke de menneskelige behovene disse personene har. Funn viser at personer som får sine behov dekket på mer adaptive og sunne vis vil ha en mindre sannsynlighet for å skade seg selv eller andre mennesker (Ward & Stewart, 2003).

Et av de viktigste målene til Good Lives Model er at pasientene skal kunne leve bedre liv, og dermed begå færre lovbrudd (Ward & Brown, 2004; Ward & Gannon, 2006; Ward, Mann, & Gannon, 2007; Ward & Stewart, 2003). For å fremme det gode liv for pasientene så tematiserer GLM det de kaller goder i terapien. Dette er for at pasientene skal kunne dekke sine menneskelige behov på sunne måter og ikke med gjentagende lovbrudd. Disse godene kan for eksempel være: kunnskap, lek (hobby), arbeid, agens, indre ro, relasjoner, det sosiale, det spirituelle, det seksuelle og kreativitet (Gibbels et al., 2019; Ward et al., 2007). Ved å gi pasienten ulike verdier, evner, ressurser og holdninger innen de forskjellige behovene GLM mener mennesker har, vil opprettholdelsen av et godt liv være mulig (Ward et al., 2007).

Terapeutens jobb innen Good Lives Model vil være å balansere mellom de to målene: promotering av goder og håndtering av risiko. I behandlingen vil det være viktig at det ikke blir en overvekt av det ene på bekostning av det andre (Ward et al., 2007). For å kunne fremme denne balansen er det viktig å skreddersy behandlingen til individets ferdigheter og

kapasitet (interne faktorer), og muligheter og støtte (eksterne faktorer). Hver person har sitt individuelle gode liv, og dermed individuelle veier for å nå dit. Ved å ta i bruk flere av de tidligere nevnte elementene og faktorene som spiller inn i terapien, vil det ifølge Ward and Stewart (2003) være mulig å redusere residivet til overgripere og samtidig hjelpe dem til å leve bedre liv.

Good Lives Model har siden den først ble introdusert kommet med flere reviderte og utvidede versjoner av behandlingen, eksempelvis GLM-C (Ward et al., 2007). Med GLM-C modellen ønsker Ward et al. (2007) å hjelpe overgriperne til en dypere forståelse av hva det er de søker, når de utøver antisosiale handlinger som overgrep. De verdiene som blir arbeidet med i GLM-C er like som i den ordinære modellen, men med et ekstra fokus på det de kaller *prudential*. Altså verdier med en forhåndstanke om hva som er best for pasienten, og ikke kun hva som er moralsk riktigst. I tillegg arbeides det med måten overgrepene er med på å forme, den personlige identiteten til pasientene. Arbeidet med identitet har et positivt fortegn på den måten at det utforskes hvem pasienten selv mener at han/hun er og hva som betyr mest for pasienten i et liv uten seksuelle overgrep (Ward et al., 2007)

Dynamiske behandlingsmodeller

Innen en psykodynamisk forståelse så er det flere ulike behandlingsplattformer som eksisterer for behandling av personer med en seksuell tiltrekning av barn. I denne oppgaven har jeg valgt å presentere to ulike former for dynamisk tilnærming, henholdsvis trauma informed care og psychoanalytic complexcity modell.

Trauma Informed Care (TIC) er en behandlingsform som ønsker å styrke motstandsdyktigheten og den indre kontrollplasseringen hos personer som har begått overgrep mot barn, ved å jobbe med deres barndom og oppvekst (Levenson et al., 2020). Bakgrunnen for utviklingen av denne behandlingen er ratioen av personer med seksuell interesse for barn som har opplevd en traumatisk barndom. Det kan være i form av å være et offer for et seksuelt overgrep eller en kaotisk oppvekst med utrygg tilknytning som kan gi komplekse traumer. Trauma Informed Care skiller seg fra spesifikke behandlinger for posttraumatisk stress syndrom (PTSD) ved at fokuset ikke ligger i å behandle en PTSD, men heller se helheten i den historien en pasient har med seg i terapirommet, i form av reguleringskapasitet, tilknytningsstil og fungeringsnivå (Levenson et al., 2020).

Selve terapien til Trauma Informed Care forsøker å belyse hvordan traumer i barndommen kan komme til uttrykk som aggressiv, antisosial og pedofil atferd (Levenson et al., 2020).

Tidlige problemer med intimitet har blitt knyttet til økt fare for tilbakefall og er derfor noe som TIC belyser i terapien. Et annet aspekt som kommer fram i terapien er bevisstgjøringen av uønsket seksuell atferd som en mestringsmekanisme for å dekke følelsen av emosjonell smerte og ensomhet. Ved å arbeide med disse mekanismene vil det være mulig å fremme pasientens kontroll over egen atferd, og videre fremme positiv endring. Det å møte pasientenes personlige emosjonelle behov kan bidra til å dempe risikoen for nye overgrep (Levenson et al., 2020).

Et aspekt som blir fremhevet i Trauma Informed Care er alliansen mellom pasient og terapeut (Levenson et al., 2020). Den terapeutiske alliansen er noe som har blitt nedprioritert innen andre behandlingsplattformer for seksuelle overgrepere, ifølge Levenson et al. (2020).

Årsaken til dette kan være frykt for å bli manipulert av pasienten på måter som vil kunne redusere effekten av terapien, og vansker hos terapeuten med å regulere egne emosjoner i møte med overgrepere. Et annet aspekt med allianse som Levenson et al. (2020) tar opp er hvordan konfronterende behandlere kan være med på å replikere en dynamikk som minner om pasientenes oppvekst og mulige negative foreldrerelasjon. En slik aktivisering kan være med på å øke dropout-raten for terapi og dermed hindre bedring for pasientene. Trauma Informed Care sin tilnærming baserer seg på å nøytralisere de ubalansene som er i den terapeutiske relasjonen og bygge opp pasientens evne til å generalisere positive relasjonelle evner som blir lært i terapien, for å hindre nye overgrep i fremtiden.

En annen dynamisk behandlingsmodell er Psychoanalytic Complexity Theory (PCT) (Webster, 2018). Poenget bak PCT er å bevisstgjøre pasientens mange ulike innflytelser på verden, og kompleksiteten av ulike innflytelser verden har på pasienten. Dette gjøres for å fremme innsikt rundt pasientens selv, og alle de forskjellige faktorene i livet som er med på å utgjøre den komplekse utviklingen de har opplevd gjennom livet. PCT tar avstand fra det den kaller en monologisk forståelse av verden og terapi. Det monologiske paradigmet går ut på at individet først og fremst er representert med interne representasjoner som tanker, følelser og motiver. Det eksterne og verden rundt er med på å påvirke, men individet streber etter å være uavhengig av det. For personer som har begått seksuelle overgrep mot barn vil det bety at alt av ansvar for bedring, men også for den ulovlige akten, ligger i individet selv. Dette absolutte skille mellom internt og eksternt, samt det absolutte kravet til handlingsansvar er noe Psychoanalytic Complexity Theory forsøker å avskaffe (Webster, 2018).

Psychoanalytic Complexity Theory vil bruke ulike elementer fra pasientens liv til å få innsikt i deres ulike selv (Webster, 2018). Prosessen med arbeidet i PCT er sett på som viktigere enn

selve innholdet. Dette er gjerne i form av utviklingen av en terapeutisk relasjon mellom pasient og terapeut, samt den indre reisen som pasienten begir seg ut på ved å utforske kompleksiteten rundt innflytelser og interageringer mellom seg og verden rundt. I tillegg til å jobbe med individet forsøker Psychoanalytic Complexity Theory å se på større strukturer i samfunnet og hvordan disse kan være med på å fremme og opprettholde seksuelle overgrep hos barn. I artikkelen til Webster (2018) så er et eksempel på en slik maktstruktur den katolske kirke. En av hans pasienter som begikk en rekke seksuelle overgrep mot barn hadde en viktig post i den katolske kirke i Australia, og gjennom terapien fikk han innsikt i hvordan kirken hadde vært med på å forme ham og på et vis bidro til overgrepene.

Sexologisk behandlingsmodell

I artikkelen til Watter and Hall (2020) om sunn seksualitet hos overgripere blir det beskrevet hvordan dette er noe som i liten grad eksisterer fra et behandlingsperspektiv.

Behandlingsprogrammene som brukes på overgripere og pedofile inkluderer i liten grad seksualitet, og hvis det gjøres så er det hovedsakelig i negativ forstand. Mengden forskning og litteratur om sunn seksualitet hos seksuelle overgripere blir også kritisert i artikkelen, på grunn av at det er lite til ingen ting. Dette gjør at kunnskapen rundt hva en sunn seksualitet for personer som er tiltrukket av barn er mangelfull, og det som finnes fokuserer på det skadelige og negative (Watter & Hall, 2020)

Selve terapien knyttet til seksualitet hos overgripere og pedofile baserer seg på trening av de elementene som inngår i en generell sunn seksualitet (Watter & Hall, 2020). Dette inkluderer seksuell kommunikasjon, hvordan seksuelle behov uttrykkes og evnen til å takke ja til ønsket sex og nei til uønsket. Fokuset vil i stor grad være på endring av den seksuelle tiltrekningen og være med på å utvide den seksuelle horisonten til pasientene i en lovlig retning. Dog er det mulig at det ikke er nok for å endre ulovlig atferd. Av den grunn vil det, i tillegg til å jobbe med seksualitet, kunne være nyttig med traumerelatert arbeid, ifølge artikkelen til Watter and Hall (2020). I artikkelen nevnes det også at sexologisk terapi og terapi knyttet til seksuelle overgripere blir sett på som to helt forskjellige behandlingsformer. Dette begrunner de i annen forskning som viser at sexologer i liten grad ønsker å jobbe med seksuelle overgripere og pedofile, og at de som er spesialister innen behandling av overgripere og pedofile mangler trening for å hjelpe pasientene sine til å oppnå god sex (Watter & Hall, 2020).

Medikamentell behandling

I land som Tyskland, England, Sverige og Danmark kan medisiner bli brukt som en del av behandling (Gibbels et al., 2019). Medisinering av personer som er seksuelt tiltrukket av barn

er hovedsakelig delt inn i to kategorier, antidepressiva eller lystdempende. Antidepressiva har som bieffekt en reduisering i sexlyst, og vil dermed kunne være med på å hemme et ønske om å begå et overgrep mot et barn. For ren lystdemping hos personer som er tiltrukket av barn er gonadotropingutløsende hormonantagonister (GnRH) en mulighet (Landgren et al., 2020). Bruken av disse medikamentene har i det siste fått gode resultater, spesielt som et hurtigvirkende behandlingsmiddel. Disse medikamentene vil kunne være som et tillegg til terapien, og vil da doseres etter risikovurdering og eventuelle akutte behov (Thibaut et al., 2010).

Metode

Kvalitativt rammeverk

På bakgrunn av oppgavens problemstilling om hvordan seksualitet tematiseres ved behandling av personer som begår seksuelle overgrep mot barn, valgte jeg en kvalitativ metodologi.

Kvalitativ forskning utforsker fenomener, deres kvalitet og utforming (Camic, Rhodes, & Yardley, 2003, p. 9). Kvalitativ forskning skiller seg grunnleggende fra kvantitative studier i måten man innhenter og analyserer data. Kvantitative studier reduserer fenomener slik at det kan bli tildelt numeriske verdier og dermed analysert statistisk. Kvalitative derimot samler gjerne inn dataen i muntlig eller skriftlig form, med mål om å tolke dataene (Smith, 2008).

Det er også ulikheter mellom kvantitativ og kvalitativ metode, i form av deres mål og kriterier for validitet og reliabilitet. Kvantitative studier bruker statistiske metoder for å regne ut graden av reliabilitet. Dette kalles for p-verdi og sier noe om sannsynligheten for at resultatene skyldes tilfeldigheter. Kvantitativ validitet går gjerne ut på hvorvidt studien måler det den faktisk ønsker å måle (Camic et al., 2003). Innen kvalitativ forskning blir validitet et viktig, men til tider vanskelig element, siden studiene ofte er mer utforskende. For å forsikre at studien er valid har jeg valgt å følge de tre kriteriene for validitet innen kvalitativ forskning, som er presentert i Camic et al. (2003, p. 26). I første omgang gjelder det å forsikre seg om at det er nok punkter i resultatene som kan støtte opp under en konklusjon (structural corroboration). Det andre kriteriet er å passe på at leseren forstår arbeidet og meningen med oppgaven (referential adequacy). Det tredje kriteriet er å passe på at konklusjonen er noe en annen forsker ville kunnet komme til, gitt samme fenomen med samme metode (consensual validation).

Rekruttering og utvalg

For denne oppgaven ønsket jeg deltagere med ulik faglig bakgrunn og ulike arbeidstitler. Felles krav for alle deltagerne var at de jobber med, eller har jobbet med behandling av overgripere av barn. Deltagerne ble rekruttert strategisk på bakgrunn av at de arbeidet med pedofile og at de representerte ulike faglige tilnærminger. Basert på oppgavens ramme og omfang anså jeg at fem deltagere var nødvendig og tilstrekkelig. Fem deltakere ville kunne gi nok materiale til å få et innblikk i likheter og forskjeller i de ulike tilnærmingene innen feltet. For å oppnå fem deltakere kontaktet jeg i alt syv profesjonsutøvere. Alle ble kontaktet via epost.

Datainnsamling

Målet med studien er å få innsyn i bredden av tilnærminger som eksisterer i feltet og i hvordan de ulike tilnærmingene tematiserer seksualitet i teori og praksis. For å få mest mulig informasjon om hvordan de ulike teoretiske perspektivene praktiseres valgte jeg intervju som datainnsamlingsmetode. Intervju er en etablert metode for å få fram store mengder rik data. I tillegg gir intervjuet muligheten til å gå dypere inn i tematikken den individuelle behandleren jobber med og interesserer seg for, og hva vedkommende mener om tematisering av seksualitet i behandling av overgripere. Det er flere forskjellige måter et intervju kan bli gjennomført på. Jeg valgte en semistrukturert form der jeg hadde en liste med temaer som utgangspunkt for samtalen. Et semistrukturert intervju passer på at alle de viktigste temaene blir gjennomgått, samtidig som det er fleksibelt nok til å dekke flere områder og gå i dybden der det trengs (Smith, 2008, p. 59). Et av de mulige problemene som kan oppstå med et intervju, og da spesielt semistrukturerte, er at forskeren kan miste kontroll over intervjusituasjonen. Semi-strukturerte intervjuer er vanskeligere å analysere enn spørreskjema og strukturerte intervju, og det kan ta lengre tid.

Intervjuguiden ble utviklet i samarbeid med mine to veiledere. Min hovedveileder hjalp til med det tekniske aspektet rundt en intervjuguide, mens min biveileder hjalp til med det tematiske. Intervjuguiden ligger vedlagt i Appendix 2. Intervjuene startet med en introduksjon av meg og studien. Deltagerne ble på forhånd informert om at deltagelsen er anonym og at dataene deres vil bli lagret på et sikkert sted. Selve intervjuet ble delt inn i to deler. Den første delen bestod av spørsmål om deres personlige erfaring med behandling av seksuelle overgripere og hvordan de selv tematiserer, har tematisert, eller ikke tematiserer, seksualitet i behandling. Den andre delen av intervjuet ga deltagerne anledning til å formidle sine

generelle synspunkter på behandling av seksuelle overgrepere, og hvordan de mener seksualitet bør tematiseres i behandling, uavhengig av behandlingsmetode.

De to første intervjuene ble gjort gjennom fysiske møter, men grunnet situasjonen med Sars-cov-2 var dette ikke mulig for de følgende tre intervjuene. Det ble derfor gjort med Skype for business, Conferere og Zoom. Intervjuene tok i snitt en time, med det korteste på 43 min og det lengste på 95 min. Alle intervjuene ble gjort av forfatteren. Alle intervjuene ble transkribert av forfatteren i Word, med avslått internett for å sikre trygg datalagring.

Analyse

Tematisk analyse ble valgt som metode for å analysere dataene som ble innhentet gjennom intervjuene. Studiens forskningsspørsmål er hvordan seksualitet tematiseres i behandling av seksuelle overgrepere av barn, og jeg var derfor ute etter behandleres uttalte meninger, erfaringer og historier som kunne belyse dette. Tematisk analyse handler om hva en person har sagt, og ikke hvordan det har blitt sagt (Howitt & Cramer, 2007, p. 164), og jeg vurderte tematisk analyse som et godt verktøy for å analysere deltagerens uttalte meninger.

Selve analysen ble gjort i fire deler. Den første delen innebar først en nøye lesing av transkripsjonene. Det ble etterfulgt av en koding som var tett knyttet til transkripsjonene. Kodene fulgte stegene til Clarke, Braun, and Hayfield (2015), for en initial deskriptiv koding. Med bakgrunn i de initiale deskriptive kodene ble det laget et tankekart for hvert av intervjuene. Tankekartene var laget i programmet Xmind, hvor utdrag av det ligger i Appendix 3. Underveis brukte jeg en konstant komparativ metode, hvor tidligere koding ble lest og sammenlignet mellom de ulike transkripsjonene. Konstant komparativ metode ble også utnyttet for sammenligning av temaer ved fremstillingen av tankekartene. Etter at tankekartene for hvert intervju var ferdigstilt ble temaene gjennomgått og revurdert.

De ferdigstilte tankekartene ble så brukt for å danne hovedtema som ville kunne representere alle tekstene. Disse ble dannet ved å abstrahere temaene som kom fram, i tillegg til å sammenligne de ulike temaene fra hvert intervju og trekke fram essensen i hvordan de forholder seg til hverandre. Alle analyseprosessene ble gjort av meg, med bidrag fra veileder om hvordan jeg lettere kunne strukturere funn og arbeide videre med analysen.

Etiske betraktninger

Underveis i datainnsamlingen kom Coronaviruset til Norge, noe som gjorde at det ikke lenger var mulig å foreta intervjuer med fysisk tilstedeværelse. Intervjuene ble derfor gjort på andre, men fortsatt sikre måter. Dette lot seg heldigvis løse relativt lett, siden alle deltakerne er

behandlere og dermed hadde tilgang til sikre samtaleplattformer, slik at ikke sensitiv informasjon ble delt over nett. Studien er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), som godkjente informasjonsskrivet (Appendix 1) og intervjuguiden (Appendix 2) som ble sendt ut til alle deltagerne.

Studien baserer seg på intervjuer med behandlere innen et felt som inneholder få behandlere. Derfor har anonymisering stått sentralt. Alle deltagerne ble tildelt hvert sitt nummer, fra en til fem, i stedet for navn. Siden alle deltagerne er behandlere og dermed underlagt taushetsplikt delte de ikke taushetsbelagt informasjon under intervjuene. Noen deler av intervjuene ble allikevel innholdsmessig anonymisert for å unngå at deltagerens fortellinger fra en spesifikk arbeidsplass skulle identifisere dem indirekte.

Resultater

Gjennom analysen kom jeg fram til to hovedtemaer, og et underordnet tema, som tydeliggjør hvordan seksualitet tematiseres i behandling av seksuelle overgrepere av barn. Alle tre temaene uttrykker relasjonelle dimensjoner. Det første temaet er *Terapeut-teori*, som går ut på relasjonen terapeuten har til teori og metodologi. Det andre temaet er *Terapeut-pasient*, som går ut på relasjonen mellom terapeuten og pasienten, behandlingsforløpet og behandlingssituasjonen. Det tredje temaet *Pasient-offer*, er om hvordan behandlerne beskriver relasjonen mellom pasienten sitt syn på seg selv og sin egen seksualitet, og valg av offer. Dette temaet er underordnet de to foregående temaene. Tematiseringen av forholdet mellom pasient og offer er et element av behandlingen som er til stede på tvers av behandlerens teoretiske forståelse og behandlingsutførelse og er dermed opplysende for begge hovedtemaene. De to hovedtemaene representerer de forholdene som setter ramme for hvordan seksualitet tematiseres. Dette er basert på likheter og ulikheter knyttet til teoretisk forankring hos deltagerne. Så i tillegg til å avdekke hvordan seksualitet tematiseres kommer det fram hvilke faktorer terapeutene antar kan være med på å påvirke tematiseringen. For å tydeliggjøre de ulike perspektivene vil jeg legge vekt på ulikhetene mellom de forskjellige behandlerne, da likhetene sier lite om forskjellige måter seksualitet blir tematisert. Det innebærer ikke at ikke enighet også framheves når det finnes.

Terapeut-teori

Temaet terapeut-teori tar for seg de ulike deltagerens ideologiske og teoretiske grunnlag slik det kom fram i intervjuene. Deltagerens syn på behandling generelt og for behandling av personer som er seksuelt tiltrukket av barn spesielt, knyttes i dette temaet opp mot deres

teoretiske forankring. Temaet er delt inn i to undertema som tar for seg 1) behandlernes syn på ulike behandlingsmodeller og hvordan disse kan spille en rolle for tematiseringen av seksualitet. 2) Hvordan behandlernes teoretiske forståelse av seksualitet generelt påvirker tematiseringen av seksualitet i behandlingen.

Behandlingsmodeller

De forskjellige behandlingsmodellene som blir brukt av deltagerne er henholdsvis Good Lives Model (GLM), Sexual Offender Treatment Program (SOTP), kognitiv terapi, dynamisk og sexologisk behandlingsmetode. Alle de ulike behandlerne hadde søkelys på sunn seksualitet, og hvordan den forvrengte seksualiteten knyttet til barn kan omformes til noe lovlig. Det var dog flere ulikheter mellom dem. En fremtredende ulikhet var synet på hvorvidt seksualitet faktisk kan endres. Der delte deltakerne seg inn i to lag. De som brukte GLM mente at den grunnleggende seksualiteten og seksuelle tiltrekningen til barn ikke kan endres, men at det er mulig å styrke de andre, lovlige, elementene av seksualiteten. På denne måten vil personen som er tiltrukket av barn ikke begå nye overgrep eller se på nytt overgrepsmateriale. På det andre laget var de dynamisk og sexologisk orienterte deltagerne. De mente at seksualitet er noe formbart og plastisk, slik at gjennom terapi vil en person kunne gi slipp på den seksuelle interessen for barn, og heller utvikle en preferanse for voksne likesinnede.

Blant deltagerne var det særlig to som representerte hvert sitt ytterpunkt i perspektiver på hvorvidt seksualitet er noe som kan endres eller ikke. For begge to var synspunktene på hvorvidt seksualitet er formbart eller ikke nært knyttet til det teoretiske grunnlaget de arbeidet ut fra. For å tydeliggjøre sitt eget perspektiv nevnte de begge spesifikt et annet perspektiv som de opplevde som motpol. Deltager 1, som bruker GLM, ga uttrykk for en forståelse som tilsier at seksuell tiltrekning og seksualitet ikke kan endres og at det er noe konstant i mennesket.

Det som kan endres er atferden og hvordan følelsene og seksualiteten kommer til uttrykk.

Denne deltakeren kritiserte dynamisk orienterte tilnærminger:

mange psykologer har en lei tendens til å tro at innsikt på en måte er veldig viktig, det er det ikke. Altså det- når det gjelder seksualitet så er det for eksempel utroskap... folk vet at det er dumt å være utro, men man er det likevel og særlig etter et par pils på julebordet. Så innsikt vil kunne hjelpe, men i en situasjon der du er veldig kåt og impulsiv så har det begrensa effekt- Deltager 1

For Deltager 2 som er dynamisk og sexologisk orientert, er det en helt annen forståelse av hvorvidt seksualitet kan endres. Forståelsen er basert på seksualitet som noe plastisk og formbart, noe som læres gjennom livet. Innsikt og forståelse kan dermed være med på å endre seksualiteten og en pasients tiltrekning til barn. Denne dynamisk orienterte behandleren satte sitt perspektiv opp mot kognitiv atferdsterapi:

Folk som driver med grupper med kognitiv atferdsterapi de orker ikke holde på med det der i mange år for de blir lei av manualen rett og slett... det skjer for lite og det er for kort- de kommer ikke dypt nok. Det er greit på 8 eller 10 måneder eller kanskje gjentatte opplegg på 6 måneder ganger 3 eller noe, men du kommer ikke ned i dybden hvis du bare skal se på atferd og tanker- Deltager 2

Forskjellene mellom de to deltagerne representerer en svært ulik forståelse av hva som er viktig i en terapi, og hva det er som trengs for å skape en endring. Innen GLM og andre kognitive modeller vil det være et fokus på endring av en pasients atferd og tankemønster gjennom trening og sokratisk utforskning. Mens det i en mer dynamisk forståelse tilstrebes at pasientens endring skal komme av innsikt og en dypere forståelse. Disse teoretiske aspektene blir representert i de to deltagerens utsagn knyttet til den andres metodologi.

De resterende tre deltagerne uttrykte ingen spesiell holdning til metoder de ikke brukte, foruten forskning knyttet til SOTP-modellen, som vil bli nevnt senere. Der deltager 1 og 2 uttrykte tydelige skiller mellom sin egen teoretiske forståelse og andre perspektiver, har deltager 3 etter eget utsagn en mer eklektisk tilnærming enn mange andre. Det går ut på at deltageren ikke har en spesifikk manual for behandling av seksuelle overgripere.

Knyttet til endringspotensiale hos pasientene trekker deltager 4 og 5 fram ulike synspunkt. Forståelsen av pedofili som noe ikke medfødt, men lært og derfor formbart gjennom terapi står sentralt i den dynamiske forståelsen til Deltager 5.

pedofili ikke er noe medfødt, det er mer noe som er tillært og det betyr også at det kan endres. Så hvert fall de pasientene som blir i terapi etter min erfaring, de slutter å orientere seg seksuelt mot barn da. - Deltager 5 (dynamisk)

Dette er i tråd med den dynamiske forståelsen til Deltager 2. På den andre siden av det teoretiske spekteret knytter Deltager 4 endring i terapi opp mot pasientenes endrede handlinger. Tanken er at livet kan leves som pedofil, så lenge man ikke begår pedofile handlinger. Den atferdsmessige og kognitive treningen i å kontrollere tanker, følelser og handlinger er her i tråd med de andre kognitive terapeutenes forståelser, samt med en kognitiv forklaringsmodell.

det er mer det her med handlinger man må ta tak i. Fordi det er veldig mange som sier at det går fint å være pedofil og leve et godt og normalt liv uten å gjøre noe mot barn. ...at du kan ha pedofile interesser uten å agere på det. Og at en tenker at det handler mer om å ha kontroll og klare å svare sånne tanker og følelser og at den biten er viktig å jobbe med. Og det der med å få det godt seksuelt med en voksen partner. Og at det skal være tilfredsstillende nok da. - Deltager 4 (GLM)

Good Lives Model

Deltager 1 og 4 bruker GLM som teoretisk grunnlag for behandlingen de utfører. Begge to nevner GLM og forståelsen av seksualitet som et element som styrker modellens suksessrate. Argumentene deres for GLM er at sunn seksualitet er en del av et sunt og godt liv, og at det derfor har en viktig plass i behandlingen.

Så det er liksom hovedessensen i good life. Så sånn sett så tematiseres seksualitet i good life i mye mye større grad. Og det her med følelsene og menneskelige behovene og verdiene som ligger hos hver enkelt da. -Deltager 4

Her sammenligner deltager 4 mengden av tematiseringen av seksualitet i GLM og SOTP, hvor det er en betydelig større grad av tematisering i GLM. Dette er noe Deltager 1 sine utsagn også støtter opp om, med eksempler på hvordan dette jobbes med.

så målet blir jo da hvordan du kan på en måte forvalte seksualiteten på andre måter. I Good Life modellen så er jo det en egen modul. Hvordan du da kan unngå å opprettholde seksuelle interesser for barn og det handler jo om å avskaffe onanering knytta til barn. -Deltager 1

Sexual offender treatment program

Begge de behandlerne som bruker GLM, samt Deltager 2, har tidligere erfaring og kjennskap med SOTP. Det var flere aspekter knyttet til behandlingsplattformen SOTP som deltagerne mente var negativt. Måten seksualitet tematiseres, gruppesettingen, utdanningsnivået til behandlere, og bruken av løgndetektor er noe av det de mener forklarer hvorfor metastudier av SOTP viser at pasienter har en større fare for å begå nye overgrep etter behandling. Deltager 4 trekker i tillegg fram en metastudie som så på ulike faktorer knyttet til SOTP og hvordan de var med på å påvirke behandlingen. Som beskrevet i sitatet under så vil høy terapikompetanse hos behandlerne ha en positiv effekt, også i en gruppesetting. Hvis de fire elementene ved behandling blir godt ivaretatt så kommer SOTP godt ut med tanke på behandlingseffekt ifølge deltageren.

ja det var flere ting da. Det var blant annet det her med terapikompetanse til ledere ja, og da kom faktisk gruppe godt ut. Og så adressering av seksualitet og ikke bruk av løgndetektorer. Det var de fire kriteriene hun så på, hvis det innehav disse fire komponentene så kom det veldig godt ut i forhold til behandlingseffekt da. – Deltager 4

Tematiseringen av seksualitet i SOTP-modellen ble problematisert på tre måter: Mengden, måten og hvordan gruppeterapien påvirket samtaler knyttet til seksualitet. De to deltagerne med erfaring innen SOTP omtaler mengden og måten det tematiseres på. Antallet møter i SOTP fører til at det begrenser tematiseringen. Og måten det tematiseres på er gjerne i form av tenningsmønster og fantasier, men ikke så mye mer enn det.

det er jo litt det der med å ha fokus på tenningsmønster og seksuelle fantasier, så det er tematisert. Men ikke godt nok, på langt nær godt nok ja. – Deltager 4

og SOTP har jo ofte et litt sånn begrensa antall møter slik at i en sånn setting så syns jeg det legger begrensinga på seksualiteten- Deltager 1

Det at behandlingen innen SOTP ble gjort i gruppeformat beskriver begge deltagerne som negativt. Det er for det første slik at det er vanskelig for overgriperne å snakke om egen seksualitet i en gruppe. Det å få pasientene til å snakke om sin egen seksualitet er noe flere av deltagerne har trukket fram som noe tabubelagt og vanskelig. Når dette skal skje i en gruppesetting så sier deltagerne at skamfølelsen og tabuet rundt øker, og gjør det dertil vanskeligere å få snakket ærlig om sin seksuelle problematikk. For det andre er det problematisk selv om pasienten kommer over det ubehaget det er å snakke i en gruppe, fordi man kan risikere i neste omgang å være med på å normalisere og rasjonalisere den seksuelle tiltrekningen pasientene har til barn. I møte med andre overgripere og pedofile kan pasientens egne rasjonaliseringer bli bekreftet eller styrket av de andre pasientene. Dette ble nevnt som spesielt farlig, og noe flere av deltagerne nevnte som et problem som har oppstått i et større format på internett og forum som er ment for pedofile.

nei jeg synes det er kjempeskummelt, fordi at veldig mange sier jo det her at, at det å møte andre normaliserer det enda mer da. Så en ting at du blir i egne kognitive fordreininger, men det å møte andre som og tenker likt om det og som støtter på at det er sånn gjør det enda vanskeligere å komme seg ut av og. – Deltager 4

Ærlighet er også noe som problematiseres i relasjon til gruppeterapi. Spesielt Deltager 1 mener det er vanskelig for pasientene å være ærlige, spesielt med tanke på at seksualitet kan føles som et skambelagt tema. I tillegg er det grenser for hvor ærlig behandlerne ønsker at pasientene skal være, og da med tanke på glorifisering av overgrep, eller fortellinger om seksuelle ønsker som kan virke truende for resten av gruppen.

man vil ofte snakke om hvor ofte onanerer du, hva er det som seksuelt tenner deg, men tradisjonelt så har SOTP vært i en gruppesetting så det har også vært begrensa hvor på en måte hvor ærlig folk har lyst til å være, men også hvor ærlig du vil at folk skal være – Deltager 1

Skjematerapi

En av deltagerne brukte «vanlige» kognitive terapiformer med elementer fra kognitiv atferdsterapi, skjematerapi og mentaliseringsbasert terapi, i sin behandling av denne pasientgruppen. Deltageren sier at behandling med disse teknikkene og modellene gir god effekt, muligens fordi de er generelle, siden problemene til personene med seksuell tiltrekning til barn ofte er av generell natur. I tillegg til å bruke behandlingsteknikker og moduler knyttet til de respektive modellene, har deltageren selv lagt til et fokus på seksualitet som det ikke eksisterer noen retningslinjer og moduler for i modellene.

Det er jo ikke egne moduler hverken i kognitiv terapi eller skjematapi for seksuelle overgrep det er det ikke, men jeg fokuserer jo veldig mye på det. Hvordan deres seksualitet har utviklet seg gjennom livet. Hva er en sunn seksualitet. Det er jo kjempeviktig å ha fokus på det for ellers så kommer man jo ingen vei. -Deltager 3

Deltageren beskrev noen av teknikkene som tas i bruk i behandling, som baserer seg på skjematapi. Det var spesielt bruken av modus og stolarbeid. Modus er en teknikk innen skjematapi som går ut på å bevisstgjøre pasienten om ulike utgaver av seg selv, og knyttet til seksuelle overgrep beskriver deltageren behandlingen slik:

Og da er det en modus som kan være sentral i noen overgrep og det er en modus som vi kaller for angriperen og da bruker jeg blant annet stolarbeid for å bli kjent med angriperen og modifisere den delen av personligheten så de føler at de får mer kontroll på den delen av seg selv da. – Deltager 3

Stolarbeid er når en pasient intervjuer seg selv og sine ulike moduser. Hver stol representerer en egen modus av selvet og pasienten bytter plass basert på hvilken modus som snakker.

Dynamisk/sexologisk

Begge de to deltagerne som bruker dynamiske modeller, forteller om seksualitet som en essensiell del av terapien og noe som gjennomsyrrer hele forløpet. De har begge et fokus på seksualitet, og en tanke om at følelser og innsikt er noe som er viktig for behandlingen og utviklingen til pasienten.

Deltager 5 beskrev noen av forventningene både pasienter og andre terapeuter har knyttet til behandling med et sexologisk fokus. I den form at både pasienten og andre behandlere tar utgangspunkt i at seksualitet og sex blir det eneste som behandles og tematiseres. Som deltager 5 sier så er ikke dette tilfelle. Seksualitet blir riktignok et naturlig fokus, men forståes som et symptom eller uttrykk for noe underliggende emosjonelt. Seksualiteten kommer fram som et produkt av underliggende emosjoner og den problematiske seksualiteten blir sett på som et symptom.

Så mange har en forestilling om at vi bare snakker om seksualitet, men det er jo egentlig kun, jeg tenker jo på det som symptomet, i bunn og grunn handler det om emosjoner under.

Intervjuer= som kommer ut som seksualitet

Deltager= ja, men jeg prøver å holde fast ved den røde tråden allikevel da og fokuserer også på seksualitet, men ja, ofte så er det bare et symptom på noe underliggende emosjonelt vanskelig. At de har begått overgrep eller ja – Deltager 5

Deltager 2 skisserer hvordan en behandler med dynamisk bakgrunn skiller seg fra de med en atferdsrettet tenkning. Tanken på at erfaringer pasientene gjør seg gjennom livet er med på å forme lystfølelsene og mestringsstrategiene er sentralt. Det vil bety at den seksuelle tiltrekningen til barn er noe som er blitt lært igjennom livet, og som dermed kan avlæres. For pasienter som er seksuelt tiltrukket av barn viser det seg gjerne i form av at den styrkemessige

skjevheten mellom overgriper og offer kan være med på å gi avspenning, og at dette er noe som er koblet med erfaringene til pasienten.

Vi som tenker litt mer sånn, har en mer sånn psykodynamisk tilnærming til det da ... i den mer atferdsorienterte tenkninga så er man ikke så veldig opptatt av hvorfor det har oppstått. For da tenker man mer, ja men sånn er det, hva gjør vi med det videre liksom, men der tenker vi at de har gjort noen erfaringer som har vært kobla sammen med lystfølelser eller opplevelse av mestring eller har gitt de en eller annen form for avlastning av spenning som inkluderer seksuelle handlinger med den her skjevheten, den styrkemessige skjevheten. Og hvor selve den skjevheten er et element altså du har et slags i anførselstegn makt og da er det de sier i veldig mange av dem som vi har i behandling som begår seksuelt overgrep mot barn, så sier de det at, nei de føler seg ikke så veldig spesielt seksuelt tiltrukket av barna men de opplever at barna gir dem noe som de ikke får i voksenrelasjoner. – Deltager 2

Seksualitet generelt

Ved spørsmålet om hvordan deltagerne definerer seksualitet så var det en stor enighet mellom dem. Seksualitet blir forstått som noe helhetlig som gjennomsyrrer vår personlighet. Flere av deltagerne dro fram WHO sin definisjon på seksualitet, og hvordan seksualitet er et aspekt som ikke forklares enkelt, men er en del av det å være «et helt menneske» (deltaker 4).

Seksualiteten sees på som altomfattende i et menneskes liv. Dette nyanseres gjennom forskjellen mellom den somatiske, og det deltager 2 knytter til skolens seksualitetsundervisning, og den emosjonelle og holistiske delen.

det definerer jeg veldig vidt, for det at seksualiteten er jo ... den ene siden er jo den mer fysiologiske og somatisk orienterte som dreier seg om enkle seksualfunksjoner og det som ofte inngår i seksualundervisninga i skolen for eksempel, men det er jo bare en bitteliten del av seksualiteten for seksualiteten er jo et tenker mye mer i retning av en forståelse som ligger til grunn for verdens helseorganisasjons forståelse av seksualitet er hvor seksualiteten utgjør en slags totalaspekt med måten vi forstår oss selv på – Deltager 2

En av deltakerne nevnte også maktforhold, balanse, gjensidighet og kontroll. Deltageren nevner at seksualitet ofte knyttes til det medisinske, mens at den psykologiske definisjonen som inneholder disse begrepene, er noe man ikke går så mye inn på.

Hva er egentlig seksualitet? Bare så det er sagt. For meg så er jo det umulig å snakke om seksualitet uten å snakke om- sku si maktforhold, balanse, gjensidighet og ikke minst kontroll ... seksualiteten veldig ofte forbindes med mer sånn medisinsk definisjonen av seksualitet da, mens den psykologiske definisjonen i forhold til det med gjensidighet, kontroll dominans det går man ikke så veldig mye inn på. – Deltager 1

Alle behandlerne var enige i at seksualitet er noe som bør og må benevnes i behandling av personer som har begått seksuelle overgrep mot barn. Dette er på tvers av hvorvidt seksualitet blir nevnt i deres respektive behandlingsmetodikker eller ikke. Enigheten i hvorfor seksualitet bør nevnes kommer fra lidelsen og problematikkens seksuelle natur. Det at denne gruppen begår kriminelle handlinger av seksuell natur, og ikke annen type kriminalitet, fremstår som lite tilfeldig ifølge behandlerne. Pedofili defineres ulikt når det kommer til en diagnostisk og juridisk forståelse. Som nevnt tidligere er diagnosen fokusert på den seksuelle tiltrekning,

mens det juridiske aspektet går ut på seksuelle handlinger uten å gå inne på motivasjonen for det. Fellesnevneren mellom disse er det seksuelle aspekt. Av den grunn trekkes seksualitet fram som noe som bør tematiseres. Dette er vesentlig for andre pasienter med liknende historikk som pedofile, har helt andre måter å håndtere sine problemer på, der seksuell tiltrekning til barn ikke inngår.

Vi finner jo sårbarhet hos nesten alle som er relatert til ulike typer av erfaringa som har skapt smerte og sårbarheter. Det kan være mobbing det kan være seksuelle overgrep som mange av dem har blitt utsatt for. Det kan være omsorgssvikt det kan være vold det kan være mange forskjellige forhold. Og så blir det viktige spørsmålet da hvor finnes overgangen fra denne sårbarheten eller skadene de har opplevd og seksualiteten. Hvorfor har den blitt seksualisert og enten ved et seksuelt overgrep eventuelt overgrepsatferd og ikke blitt no anna. Deltager 2

Oppsummert har alle deltagerne en teoretisk forståelse av seksualitet som noe helhetlig og altomfattende i en persons liv. De forstår det som noe som er knyttet til det somatiske og medisinske, samtidig som det omhandler psykologiske aspekter som følelser, personlighet, makt og kontroll. Deltagerne deler også ideen om at seksualitet er noe som må adresseres i terapien til personer som er seksuelt tiltrukket av barn. Tematiseringen foregår på ulike vis, hvor noen har større fokus på lyst, begjær og endring av atferd, mens andre trekker fram undertrykt smerte og emosjonell behandling.

Terapeut-pasient

Temaet terapeut-pasient tar for seg de elementene som er knyttet til deltagerens kliniske erfaring og som uttrykker hvordan teoretiske og praktiske betingelser virker sammen. Resultatene i dette temaet tar for seg deltagerens uttalelser knyttet til hva som skjer i selve terapien og i behandlingstimene. Det kan være når terapeuten velger å tematisere seksualitet, hva de fokuserer på når de tematiserer det, hvordan seksualitet tematiseres og terapeutenes relasjonelle forståelse. Her var det ulike oppfatninger mellom deltagerne. Det relasjonelle arbeidet mellom terapeut og pasient er med på å påvirke de ulike aspektene knyttet til tematisering av seksualitet i behandlingen.

Relasjonen

Det relasjonelle arbeidet knyttet til behandling av personer som er seksuelt tiltrukket til barn er opphav til ulike meninger hos deltagerne. Det er spesielt to aspekter som har tredd fram gjennom analysen, behandlingens varighet og kriminalitetens natur. Behandlingens varighet er påvirket av ytre forhold som at pasienten soner en fengselsstraff av en viss lengde. Noen av behandlerne fortsetter å møte pasienten poliklinisk etter soningen, men det er ikke alle. Deltagerens ulike syn på relasjonsbygging mellom terapeut og pasient gjenspeiles delvis i deres teoretiske grunnlag. De terapeutene som er mer dynamisk orientert har fokus på å bygge

en terapeutisk relasjon med pasienten, som vil kunne være med på å gjenoppbygge deres evne til å knytte gode voksne relasjoner i livet sitt. De terapeutene som bruker manualbasert behandling som SOTP og Good Lifes Model har tilsynelatende ikke et like stort fokus på relasjonsbygging som et terapeutisk virkemiddel. Deltager 3, som bruker en eklektisk kognitiv terapi, har et stort fokus på det relasjonelle som en terapeutisk intervensjon.

Så du må ha en relasjon først, før du går inn i det (seksualitet). Det gjelder jo alle mulige sensitive områder. Du snakker jo ikke masse om barndomstraumer i første time liksom. De må ha fått en tillitt til deg før man begynner med det

Intervjuer= mhm så det er det relasjonelle arbeidet som blir

Deltager= ja det er utrolig viktig. Mange av dem er veldig relasjonelt skada altså. Jeg har nærmest ikke møtt en person med en normal barndom tror jeg. – Deltager 3

Deltager 3 beskriver relasjon som noe av det essensielle i behandlingsarbeidet med personer som har en seksuell tiltrekning til barn. Som nevnt i sitatet ovenfor er en av grunnene at flere av dem er sterkt relasjonelt skadet. Med relasjonelt skadet mener deltageren at pasienten innehar en livshistorie som er preget av relasjonelle brudd og traumer knyttet til viktige personer i deres liv. For denne pasientgruppen kan det ofte være i form av å ha blitt misbrukt i barndommen, eller opplevd omsorgssvikt under oppveksten. Tilliten pasientene trenger for å kunne snakke om seksualitet blir også trukket fram som et viktig element. Dette er i særlig grad grunnet skammen og tabuet pasientene knytter til sin egen seksualitet.

Når

Når i terapien seksualitet skal tematiseres, er noe spesielt Deltager 3 var opptatt av.

Argumentasjonen er at seksualitet er noe som er sårt og som krever at det er skapt en terapeutisk relasjon som en ramme for å adressere tematikken. I tillegg så mener deltageren at det vil være viktigere for pasientens bedring at en behandler eksempelvis en depresjon før man setter i gang med seksualiteten. Et siste aspekt Deltager 3 trekker fram er at seksualitet skal nevnes når pasienten er klar for det, noe flere ikke er klar for i starten av en behandling grunnet skam knyttet til tematikken.

noen kan jo på en måte i starten av terapien være utrolig deprimerte, både fordi de sitter i fengsel og føler de har fått en urettferdig dom og de føler de har blitt beskyldt for- selv om de har innrømmet noe så er det mye de mener de ikke har gjort. Så det er litt sånn farlig- da kan du ikke nødvendigvis gå så mye inn i seksualiteten, da må du ta det med depresjonen og selvfølelsen litt først. Og når de er mer stabile så kan du gå mer inn i det med seksualiteten da. – Deltager 3

I sitatene eksemplifiseres disse ulikhetene i når seksualitet skal tematiseres basert på faktorer som utfolder seg i selve terapien. Som Deltager 3 nevnte så er det for vedkommende unaturlig å ta opp seksualiteten innledningsvis, da andre problemer vil oppleves som mer presserende, og muligens mer ufarlige. Dermed vil det være pasienten som dikterer når seksualitet skal

tematiseres og arbeides med. Dette har flere likhetstrekk med Deltager 5 sitt perspektiv på å følge pasientens ønske om å forstå seg selv i første omgang, for så å gå inn på seksualitet.

Det (seksualitet) er absolutt fokuset men kanskje fokuset i starten er kanskje at de ønsker å forstå og sette sammen historien sin, men så er det jo også jobb dypere under... men jeg prøver å holde fast ved den røde tråden allikevel da og fokuserer også på seksualitet -Deltager 5

Pasientene uttrykker ofte et ønske om å sette sin egen problematikk i sammenheng med det de selv har opplevd og vært utsatt for. Deltager 5 nevner at flere av pasientene har selv blitt utsatt for overgrep og at det er noe de ønsker å ta opp, men at de ofte bruker en del tid på å skulle nevne det i terapien. Men det er en vesentlig forskjell i og med at Deltager 5 har sitt fokus på seksualitet og dets uttrykk gjennom *hele* terapiforløpet, mens det er mer en enkeltstående tematikk for Deltager 3.

Forskjellene i når de ulike deltagerne mener seksualitet skal tematiseres handler mye om hvordan relasjonen mellom terapeut og pasient er, samt de ulike teoretiske bakgrunnene de har. De ulike synene reflekterer ulike syn på hvordan tematisering av seksualitet påvirker den terapeutiske relasjonen mellom behandler og pasient. Som vist over så vil det for noen av deltagerne være naturlig å legge seksualitet til side i starten med tanke på hvordan en eventuell tematisering kan påvirke relasjonsbyggingen. Det er også slik at siden seksualitet ofte er knyttet til skam for denne pasientgruppa, vil det være nødvendig med en trygg relasjon i starten. Deres teoretiske forankring påvirker når de tematiserer seksualitet basert på rollen behandlerne mener det spiller i terapien. De dynamiske behandlerne mener eksempelvis at seksualitet spiller en veldig stor rolle og har det med fra en tidlig del av behandlingen. De kognitivt orienterte behandlerne derimot har ikke seksualitet som en like pressende tematikk, og har gjerne tematiseringen i en senere del av terapiforløpet.

Hvordan

Hvordan seksualitet tematiseres i behandlingen varierer på tvers av de ulike deltagerne. Ulikhetene dreier seg om hvor atferds- eller emosjonelt fokusert de ulike deltagerne er. Der de to sexologisk og dynamiske terapeutene har et uttrykksfokus har de kognitive terapeutene en mer atferds- og treningsrettet forhold til seksualiteten og hvordan den skal tematiseres i behandling..

onanering det er veldig vanskelig- du kan jo ikke få folk til å slutte å fantasere altså etter min mening så må du i mye større grad snakke om onanipraksis hvordan gjør det på en ikke pedofil måte – Deltager 1

Som sitert overfor legger Deltager 1 vekt på hvordan pasientene skal trene på onani, slik at sex ikke lenger knyttes til barn. Deltager 1 har som nevnt tidligere en bakgrunn innen SOTP

og GLM, hvor spesielt SOTP har vært opptatt av atferdstrening. Endring av atferd og rutine skiller seg fra de sexologisk og dynamisk rettede terapeutene hvor uttrykk og følelser er vesentlig.

mitt poeng er ikke at man skal kontrollere atferd, mitt poeng er at du skal forvalte atferd og det er to helt forskjellige ting. For skal du kontrollere atferden så må du holde deg og du må bite tenna sammen og det hoper opp. Det fungerer dårlig for det mennesker har en tendens til å søke det de blir belønna av. Men hvis du har en ide om at du kan forvalte følelsene dine og du kan få like mye ut av å gjøre det på en annen måte ... Da er det ikke noe du skal jage bort, det er noe som du skal få noe av. Det er mye bedre. – Deltager 2

Som Deltager 2 forteller ovenfor så tematiseres seksualitet på en annen måte i terapien enn det de kognitive terapeutene gjør. Det å forvalte følelsene og jobbe innenifra og ut skiller seg fra den atferdsmessige som jobber utenifra og inn.

Pasient-offer

Det siste temaet har jeg kalt pasient-offer. Det henspiller på den betydningen terapeutene gir individuelle aspekter hos pasienten og hvordan det påvirker terapien og tematiseringen av seksualitet. Dette temaet er underordnet de to foregående temaene siden det inneholder referanser både til måten terapeutene snakker om teoretiske perspektiver på, og det de sier om terapi. I analysen kom jeg fram til tre koder som utgjør innholdet i temaet pasient-offer: psykiatriske diagnoser, forskjellen mellom kontaktovergrepere og nettovergrepere, og hvilken motivasjon pasientene har for å begå overgrep. Disse tre subkategoriene påvirker tematiseringen av seksualitet på tvers av behandlergruppen og de teoretiske forankringene.

Andre diagnoser

Flere av deltagerne dro fram behandling av andre psykiatriske diagnoser som en viktig del av behandlingen. Hvilke diagnoser og kombinasjon av diagnoser varierer fra pasient til pasient, og er en individuelt forankret forskjell som terapeutene må forholde seg til. Diagnosene kan i noen tilfeller ha hatt en påvirkning på hvordan den pedofile atferden og seksuelle tiltrekning arter seg og dermed ha en betydning for den individuelle pasientens behandling. Gjennom intervjuene ble en rekke ulike diagnoser nevnt og hvordan de er med på å påvirke behandling og dermed hvordan seksualitet lar seg tematisere. Noen av diagnosene som ble nevnt var depresjon, psykisk utviklingshemning, alkoholisme og ulike former for personlighetsforstyrrelser.

Ved behandling av personer med psykisk utviklingshemning så har flere av behandlerne beskrevet en alternativ måte å tematisere seksualitet på. Dette baserer seg i stor grad på evnenivået til den gjeldende pasienten, hvorvidt pasienten forstår hva seksualitet er og hvilke

tiltak han selv kan gjøre for at den skal forvaltes lovlig. Felles for flere av deltagerne med erfaring innen behandling av denne pasientgruppen er et tydelig atferdsfokus. Som de forklarer det så bunner det i at personer med en intellektuell evnedsettelse ofte får mer ut av en atferdstrening enn andre typer behandling, og at evne til mentalisering kan være mindre tilstede. Aspektene knyttet til forvaltning av seksualitet vil kunne variere fra å lære pasienten å onanere til lovlig materiale, til hva pasienten skal gjøre rent atferdsmessig for å unngå nye lovbrudd.

altså de er jo ofte litt sånn enklere i sin seksualitet på en måte. Og de kan jo slite mer enn de med høyere IQ med å sette seg inn i de andres situasjon. Så da er det mye psykoedukasjon egentlig. På hva er normal seksualitet. Og spesielt i forhold til hvis de har vært utsatt for overgrep selv og har litt sånt rart inntrykk av hva det normale egentlig er. Deltager 3

En diagnosegruppe flere av behandlerne nevnte var personlighetsforstyrrelser. Det var spesielt to ulike typer personlighetsforstyrrelser som de ulike deltagerne hadde erfaring med; engstelig unnvikende og dyssosial. Som beskrevet i sitatet under har Deltager 5 erfaring med at flere av de pedofile pasientene har diagnosen eller fyller kriteriene for engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse. For pasienter med denne tilleggsdiagnosen vil overgrepene ofte være en måte å redusere angst på. Relasjoner til andre voksne oppleves vanskelige for pasientene og bringer med seg en følelse av angst, noe relasjoner med barn ikke gjør i samme grad. I tillegg har denne pasientgruppen ofte vanskeligheter med å knytte relasjoner til voksne. Aspektene knyttet til dyssosial personlighetsforstyrrelse og psykopati kommer fram i aggressiviteten som er knyttet til et overgrep, og det at mange overgripere ofte begår andre former for lovbrudd i tillegg. Deltakerne har erfart at disse pasientene kan gi uttrykk for at de vet at det de gjør er feil, men de gir blaffen. Sånn sett er de enkle å forholde seg til i behandlingen, men som Deltager 1 uttrykker, vanskeligere å behandle.

det eneste som på en måte ikke har den der rasjonalisering er ofte psykopatene, som er ærlig på at jeg på en måte er en drittsekk og driter i disse damene og lover og regler er fint for deg og andre, men ikke for meg da og sånt. Så dem er mye enklere å snakke med, men der er også prognosen dårligere – Deltager 1

Depresjon og alkoholisme er nevnt av deltagerne som to lidelser flere av deres pasienter ofte har. Som nevnt tidligere så vil depresjon være noe som kan påvirke når i behandlingsløpet seksualitet tematiseres. Depresjonen vil bli prioritert og behandlet før seksualitet tematiseres når behandleren har kognitiv bakgrunn, mens det er mer varierende hos de dynamisk orienterte behandlerne. Alkoholisme ble av deltagerne først og fremst nevnt i en sammenheng av at personer som begår overgrep mot barn, ofte sliter på flere områder i livet og at det er relativt vanlig at denne gruppen tyr til alkohol.

Nettovergripere og kontaktovergripere

Forskjellen mellom personer som begår kontaktovergrep og personer som begår nettovergrep var noe flere av deltagerne nevnte og som er av betydning for behandlingen. Nettovergripere er ofte mindre dyssosiale og ser ut til å ha færre problemer ellers i livet.

To av deltagerne trakk fram hvordan personer som begår nettovergrep ofte skiller seg mindre ut fra «folk flest». De likner mer på den ordinære populasjonen både i symptomtrykk og dyssosial oppførsel utenfor nettet. Dette er, som Deltager 4 nevner i sitatet under, noe som gjør dem mer krevende i behandling, siden det er færre aspekter ved terapien som kan tematiseres og dermed fjerne den pedofile atferden.

men det som skiller pedofile som gjør overgrep og dem som ikke gjør det er at dem som gjør det har en langt større dyssosialitet. Altså de gjør også andre lovbrudd, med unntak over internettrelaterte. Der vil du se dem er helt lik som befolkninga for øvrig, det er vanskelig å skille dem to, altså dem som bare onanerer til bildemateriale og dem som onanerer til store pupper. Kan liksom ikke se noen forskjell på dem på gruppenivå. De er ikke straffedømt eller lignende ting, men dem kontaktovergrepa er i større grad av dyssosialitet rett og slett – Deltager 1

Hos kontaktovergripere vil endring av noen eksterne påvirkende faktorer kunne være med på å sette en stopper for videre overgrep. Et annet aspekt som blir trukket fram av deltagerne er volden bak et kontaktovergrep. Et kontaktovergrep er, og krever, mer aggressivitet, og er på noen vis betydelig mer skadelig for ofrene.

Jeg har jobba mye med de som begår overgrep på nett. Det er så stor forskjell på de, det er så stor forskjell på- det er mye mer aggressivt å gjøre det i virkeligheten enn å gjøre det over nett da, hvis en kan si det. Selv om det er alvorlig begge deler. – Deltager 5

Dårlig selvbilde blir brukt som en forklaring på hvorfor noen menn velger å se på overgrepsmateriale på nett og begå nettovergrep. Dette er også noe som kan være med på å forklare den økende trenden i nettovergrep, spesielt sett i sammenheng med økt tilgang gjennom internett.

Så jeg ser i forhold til den nettovergrep i den delen på nett som har veldig dårlig selvbilde, altså at verdien de tillegger seg selv er utrolig lav også kommer de kanskje mer inn på barnepornografi også tenker de kanskje yes nå kan jeg være litt man, kjenner meg litt sterk og. Så utrolig lavt selvbilde på de jeg har møtt i hvert fall. Og da blir det også vanskelig i forhold til disse jevnaldrende da. – Deltager 5

Motivasjon

Hva det er som motiverer noen personer til å begå et overgrep mot barn vil være et viktig element for terapien. Makt og omsorg er to deler av det de ulike deltagerne beskriver som indre motivasjoner hos deres pasienter. For noen handler overgrepene mye om omsorg, for andre handler det om en følelse av makt, og ofte er det en god blanding. Ønsket om makt stammer ifølge deltagerne fra en sterk følelse av maktesløshet hos personer som begår

overgrep mot barn. Det er nevnt tidligere hvordan mennene ofte kan føle seg stusselige, slite med mange ting i livet, deriblant samhandling med andre voksne. Som beskrevet i sitatene under så gir interaksjoner med barn en følelse av styrke, og da særlig på grunn av en omfattende avmaktsfølelse ellers i livet. Flere av de som begår overgrep mot barn har selv blitt misbrukt, og den frykten de innehar kan være en drivkraft for å fremme sin egen makt over andre, og da spesielt andre barn.

Altså de ser jo veldig ned på sin egen svakhet, og det med overgrep handler mye om å føle kontroll og føle at man er den som sitter med makten og ikke den lille gutten som sitter langt inne i der. Som de ikke egentlig liker i det hele tatt og kanskje har ganske mye forakt for. Det bruker jeg også mye tid på. At de skal bli kjent med den sårbare delen av seg selv og trene på å trøste seg selv... – Deltager 3

For mange av overgriperne så har overgrepene handlet om en følelse av omsorg overfor barna. Tanken om at de tar vare på barna, at barna vil det selv, og at alder egentlig ikke betyr så mye, er med på å rasjonalisere overgrep. Ideen om omsorg og nærhet henger sammen med flere av de tidligere nevnte aspektene ved livene til de som begår seksuelle overgrep mot barn. Dette kan være problemer med selvfølelse og selvtillit, manglende evne til normal voksen kontakt, maktubalanse og dårlig håndtering av følelser. Som Deltager 3 sier, så oppfattes de ikke *egentlig* som pedofile, men ensomme.

spesielt vil jeg si de som har begått overgrep innen egen familie. De synes jeg sjeldent egentlig har noe så veldig pedofilt over seg. Da er det mer det omsorgsaspektet, de er ensomme og samspill med barn og nærhet mer enn seksualitet egentlig. – Deltager 3

En av de andre deltakerne utdypet noe mer om hvordan slik forveksling kan skje.

Også det med å gi omsorg for barn er godt og viktig og nærhet for barn og nærhet forveksles seksualitet, til og med kontakt, hud berøring setter i gang seksuelle følelser som man ikke har kontakt med. Dette med emosjonsgjenkjenning og håndtering kan være et vanskelig område for enkelt. At det blir en sånn feilkobling i det her med nærhet og seksualitet. – Deltager 4

Makt, nærhet, omsorg og deres sammenkobling med seksualiteten er noe som deltagerne nevner som noe som spiller en rolle i behandlingen. Hvis pasienten er meget omsorgsfokusert, og det blir satt et likhetstegn mellom det å ta vare på et barn og ha sex med barnet, så vil tematisering av denne koblingen bli viktig for eventuell bedring. Er pasientens motivasjon makt, og seksuell maktfølelse, vil det naturligvis bli tematisert på andre måter.

Seksuell motivasjon er også et element som er viktig å ta for seg. Ifølge Deltager 1 så er 80% av alle overgrep seksuelt motivert. De resterende 20% handler ofte om et ønske om å skade, dominere eller ha kontroll over et annet menneske. Denne deltakeren mener overgangen mellom den rent seksuelle motivasjonen og motivasjon basert på makt og sadisme er glidende.

så er det slik at barn er lettere å seksuelt utnytte enn voksne så jeg tror veldig- jeg tenker hovedsakelig 80% av seksuelle overgrep mot barn er seksuelt motivert. Det er jo vanskelig å tro på- nei tro annet. Ikke alle som sagt, men ca. 80% og veldig mange av dem er planlagt,

Diskusjon

I denne delen skal jeg forsøke å samle opp og diskutere de funnene jeg har gjort i oppgaven. Et hinder som dukket opp veldig tidlig i prosessen var fraværet av studier knyttet til temaet. Samtidig vil jeg si at et slikt fravær av studier og forskning understreker betydningen av en studie som denne. Gjennom flere runder med litteratursøk, har jeg til gode å finne en studie som sier noe om hvorfor og hvorvidt seksualitet bør tematiseres, og eventuelt hvordan det bør tematiseres. Av den grunn vil den innledende delen av diskusjonen sette opp resultatene i denne studien mot noen av de studiene som indirekte berører vårt tema.

Hvorfor

Hvorfor seksualitet bør tematiseres er et essensielt spørsmål når det kommer til behandling av personer som har begått overgrep mot barn. Som nevnt tidligere er ikke dette et tema det er mye forskning på. I artikkelen til Watter og Hall (2020) sier de veldig eksplisitt hvordan behandling av pedofili, og spesielt aspekter knyttet til seksualitet er et lite utforsket område. Ifølge en av deltagerne i denne studien er 80% av alle overgrep seksuelt motivert, men alle overgrep er av seksuell natur. Flere av deltagerne trekker fram nettopp dette at overgrep er av seksuell natur og at det dermed er helt essensielt å tematisere i behandlingen. Derfor er det underlig at det ikke er mer forskning knyttet til tematiseringen av seksualitet, spesielt når behandlere sier at seksualitet er en viktig del av behandling. Ut fra de funnene som er gjort i denne oppgaven er det ganske åpenbart at seksualitet er noe som bør og må tematiseres i behandling av personer som er seksuelt tiltrukket av barn og/eller har begått overgrep mot barn. Videre i diskusjonen vil argumenter for hvorfor nettopp seksualitet er en viktig del av behandlingen bli tematisert.

Hvor mye forklarer diagnosen F65.4 Pedofili

Kriteriene for å få diagnosen F65.4 Pedofili i ICD-10 er en opplevelse av seksuell tiltrekning til barn og unge ungdommer over tid (WHO, 1993). Som beskrevet tidligere knyttes ikke diagnosen til atferden til den som diagnostiseres, men til følelser og tanker. Diagnostiseringen er imidlertid ofte tett knyttet opp mot lovbrudd og handlinger som kan betraktes som pedofile. Når man ved lovbrudd snakker om pedofili, er det kun snakk om en atferdskomponent og ikke en diagnostisk vurdering av de bakenforliggende motivasjonene til overgriperen (Ingenes & Kleive, 2011). Dette medfører en diskrepans mellom det diagnostiske begrepet pedofili og det juridiske.

Ifølge en av deltagerne er ca. 80% av alle seksuelle overgrep mot barn seksuelt motivert. Samtidig beskriver flere av de andre deltagerne feilplassert omsorg og nærhet som en styrende faktor innen overgrep. Dette mangfoldet i beskrivelser av pedofil atferd og motivasjon vil være en del av det diagnostiske grunnlaget. Som beskrevet i Seto (2009) er diagnosen lite differensiert med tanke på overgriperens valg av offer og hvorfor personen begår seksuelle handlinger mot barn. Dette skillet kom i denne studien spesielt tydelig fram i to av deltagernes beskrivelser av overgriperen. Deltageren med dynamisk bakgrunn legger vekt på omsorg, nærhet og lav selvtillit, mens deltageren med kognitiv bakgrunn trekker fram dyssosialitet og aggresjon.

At det er et element av omsorg og nærhet i det som motiverer voksne til å forgripe seg mot barn kom fram hos alle deltagerne i studien. En av deltagerne beskrev det med omsorg og nærhet som så essensielt at noen overgriperer nesten ikke er seksuelt tiltrukket av barna, de ønsker kun å ta vare på noen og å bli sett. Disse elementene ved pedofile handlinger er noe som ikke kommer fram i diagnosen, samt er lite tematisert i studiene knyttet til pedofili, og behandlingen av det. I artiklene og bøkene brukt i denne oppgaven har slike temaer ikke blitt tematisert. Dette tyder på en diskrepans mellom erfaringen til behandlerne og den teoretiske forståelsen knyttet til hva pedofili er og hvordan det skal behandles.

Mangfoldet i beskrivelsene av pedofile blant behandlerne i denne studien er med på å forme hva som går inn i en forståelse av diagnosen pedofili. Mellom de kognitivt orienterte og dynamisk orienterte terapeutene var det et tydelig skille på hvordan de knyttet seksualitet til pedofili. Skillet dreier seg om hvorvidt den seksuelle interessen rettet mot barn forstås som noe fastsatt og uforanderlig, eller som noe tillært og med et endringspotensial. Dette skillet reflekteres også i ulike teoretiske forståelser formidlet i kognitive og dynamiske artikler. I artikkelen til Seto (2012) blir pedofili beskrevet som noe som varer livet ut og minner mye om en legning. I en slik forståelse vil ikke pedofili være tillært, men heller noe konstant som ikke lar seg endre. Dette står i motsetning til Levenson et al. (2020) sitt kapittel om Trauma Informed Care, hvor seksuell tiltrekning til barn blir sett på som noe tillært og basert på personens traumer og opplevelser gjennom oppveksten. Seksuelt orienterte traumer som overgrep blir beskrevet som en sterk prediktor for å utvikle en seksuell tiltrekning til barn.

Et aspekt som blir benevnt i litteraturen, som også trekkes fram av deltagerne i studien er hvordan diagnosen pedofili ikke skiller mellom valg av aldersgruppe. Siden diagnosen F65.4 pedofili gjelder tiltrekning til barn og unge ungdommer, blir det likegyldig om personen er tiltrukket av 4 år gamle barn eller 14 år gamle ungdommer. Disse stiller likt med tanke på

diagnostiseringen (WHO, 1993). I forskningen så eksisterer det et skille mellom hvilken aldersgruppe som er preferansen til overgriperne, hvor hebefili og nepiofili blir brukt for differensialisering (Blanchard et al., 2009; Seto, 2017). Deltagerne i denne studien trekker også fram problemet med diagnosen og hvordan den er lite nøyaktig på aldersspennet til offervalget til pasientene. De bruker selv disse begrepene for å bedre kunne skille mellom ulike typer overgripere, og beskriver disse som bedre beskrivende enn det å kun bruke diagnosen F65.4 Pedofili.

Et interessant aspekt med skille mellom en diagnostisk og juridisk forståelse av pedofili, er hvordan dette gjenspeiles i behandleres syn på pedofili. En av deltagerne beskriver personer som begår seksuelle overgrep innad i familien som noe som egentlig ikke har noe veldig pedofilt over seg. I juridisk forstand vil dette i aller høyeste grad være pedofilt, da det er et overgrep mot et barn. Det blir en pedofil handling. Fra et diagnostisk perspektiv kan det være som behandleren beskriver, nemlig at det handler om omsorg og nærhet, og ikke en seksuell tiltrekning. Overgrepet blir dermed pedofilt i handlingen, men ikke i følelsen og tiltrekningen. Da blir det viktig å trekke fram at hvis ikke et slikt overgrep mot barn er iboende pedofilt, hvilke krav vil man da kunne stille til diagnosen, siden den tar utgangspunkt i tiltrekning og følelser.

Kan pedofili behandles gjennom terapi

I likhet med forståelsen av pedofili som noe tillært eller konstant i livet, er det et teoretisk skille knyttet til forståelsen av hvorvidt pedofili er noe som kan helbredes eller endres gjennom terapi. De kognitivt orienterte terapeutene, og spesielt de med erfaring innen SOTP, forstår pedofili som noe fast ved personen. Det eneste som kan endres vil være atferden og uttrykket. I noen tilfeller blir det nevnt at man gjennom behandling kan overføre de pedofile aspektene ved seksualiteten til noe som er lovlig. På den andre siden av dette teoretiske skillet er de dynamisk orienterte terapeutene som forstår pedofili som noe tillært og dermed noe som kan avlæres.

På grunn av de ulike synene på hvordan pedofili forstås, er det ulike forståelse for hva behandling er, og hva som skaper en vellykket behandling. En enighet alle deltagerne har er at en vellykket behandling, er en hvor pasienten ikke begår flere overgrep. Denne enigheten er med på å trekke inn den juridiske forståelsen av pedofili som noe knyttet til atferd. På den måten vil en vellykket behandling være en hvor pasienten ikke nødvendigvis er behandlet for diagnosen pedofili, men fra det å begå et nytt overgrep. Av den grunn fremstår diagnosen som noe sterkere knyttet til faktiske overgrep, enn til det å oppleve seksuell tiltrekning mot barn,

siden en vellykket behandling defineres basert på atferdskriterier. Ulikhetene mellom de to teoretiske ståstedene kommer i hovedsak fram i hvorvidt pedofili er noe som kan endres eller ikke. Her vil det være som tidligere nevnt, en kognitiv atferdsteoretisk forståelse av pedofili som noe konstant, og en dynamisk forståelse av pedofili som noe tillært. Når pedofili forstås som et konstant aspekt gjennom livet, vil ikke selve pedofilien bli endret gjennom behandlingen, men heller uttrykket og atferden. Slik at en vellykket kognitiv behandling endrer på pasientens evne til å handle på sine lyster og tanker, slik at det ikke vil forekomme nye overgrep. Når pedofili forstås som noe tillært vil behandling bestå i å avlære denne tiltrekningen til barn slik at pasientene ikke lenger vil karakteriseres som pedofile.

Uansett hvilken teoretisk bakgrunn virker det å være en enighet hos deltagerne i at terapi har en positiv effekt på pasientene. Fra et forskningsmessig synspunkt virker dette å være en halvveis sannhet, da flere metastudier har kritisert effekten av behandlingen, og at det er like effektivt, om ikke mindre effektivt, enn bare fengsling (Grønnerød et al., 2015; Mews et al., 2017). I artikkelen til Grønnerød et al. (2015) blir kun Good Lifes Model trukket fram som en mulig terapiform som vil kunne ha en positiv effekt. De andre metodene blir kritisert for dårlige resultater, eller for dynamisk behandling sin del for et fravær av behandlingsstudier og dermed umulig å si om det har en effekt eller ikke. Resultatene i denne studien peker i en retning av at behandling har en god effekt, men at dette baserer seg på behandlernes egne erfaringer.

Kan seksualitet endres?

De samme argumentene som tidligere tematisert vil gjelde for hvorvidt seksualitet er noe som lar seg endre i terapi. Det grunnleggende synet på seksualitet og pedofile interesser som noe konstant eller tillært vil ha en effekt på om behandlerne tenker det kan endres. Dette er dog et aspekt hvor skillet mellom de to teoretiske feltene fremstår mindre delt. Det ene aspektet er det faktum at alle deltagerne deler synet på seksualitet som noe altomfattende, diffust og lite konkret. Det andre aspektet er forståelsen hos de kognitive terapeutene om at det er mulig å flytte den seksuelle interessen fra noe ulovlig til noe lovlig. På den måten vil det seksuelle uttrykket og seksualiteten endres fra en ulovlig og pedofil form, over til noe som vil være lovlig. På samme måte som de dynamiske og sexologisk orienterte deltagerne, beskriver den kognitive garde en formbarhet i seksualiteten, og muligheten for at personer som er seksuelt tiltrukket til barn kan ha en flerfoldig seksualitet som lar seg endre.

Hvilken effekt har tematisering av seksualitet

Effekten av å tematisere seksualitet i behandlingen er vanskelig å svare på. Jeg har til gode å finne noen studier på effekten tematisering av seksualitet har, og egentlig hvorfor seksualitet i det hele tatt skal tematiseres i behandling av overgripere. I metastudien til Mews et al. (2017) blir fraværet av tematisering av seksualitet ved SOTP nevnt som en av faktorene til negativ behandlingseffekt. Artikkelen går ikke inn i dybden på hvor mye seksualitet bør tematiseres eller hvordan det bør gjøres for å gi mest mulig behandlingseffekt. Resultatene i denne studien viser imidlertid tydelig hvordan alle deltagerne er helt enig i at seksualitet er noe som bør og skal tematiseres i behandlingen av denne gruppen. Som beskrevet tidligere så er det visse uenigheter mellom de teoretiske forståelsene knyttet til hvordan det bør tematiseres.

Et annet interessant aspekt er hvorfor de mener at seksualitet skal tematiseres. Flere av menigsutsagnene til de kognitivt baserte terapeutene er grunnlagt i ulike studier, og hva de nyeste metaanalysene beskriver som effektiv eller ineffektiv behandling. De dynamisk baserte terapeutene knytter i større grad sine meninger til tilliten i metoden sin og at arbeid med de underliggende delene av en persons psyke vil kunne føre til betydelig endring. Tematisering av seksualitet i behandling av overgripere av barn har vært inkludert siden noen av de første behandlingsprogrammene, men tilsynelatende ikke forsket på. Dermed er det lite til ingen forskning og data som gir grunnlag for utsagn knyttet til at det bør og må tematiseres. På den en annen side så har det ikke vært utviklet spesifikke programmer knyttet til behandling av pedofili og overgripere fra et dynamisk perspektiv før relativt nylig (Gibbels et al., 2019; Levenson et al., 2020).

At seksualitet bør tematiseres i behandlingen av seksualovergripere og personer som er tiltrukket av barn fremstår åpenbart basert på det behandlerne i denne studien har erfart. Det er dog ikke nok evidens knyttet til hvorfor seksualitet spiller en viktig rolle i behandlingen, samt hvordan det er den bør tematiseres. Knyttet til disse aspektene er det uenigheter behandlerne imellom, og denne studien viser at det er behov for videre kartlegging og arbeid knyttet til fremtidige behandlingsplattformer for pedofili.

Konklusjon

Tematisering av seksualitet er en viktig del av behandlingen til personer som er seksuelt tiltrukket til barn. Det er en rekke uenigheter mellom behandlere fra ulike teoretiske ståsted, henholdsvis kognitivt og dynamisk basert, knyttet til hvordan seksualitet bør tematiseres. I tillegg forekommer det en ulikhet mellom de to teoretiske standpunktene sin forståelse av hva

pedofili er. Her oppstår det et tydelig skille knyttet til hvorvidt pedofili er noe personer har konstant gjennom livet, eller om det er noe som er tillært. Denne dikotomien mellom pedofili som noe konstant eller tillært er med på å gjennomsyre flere aspekter av hvordan pasienten forstås, og hva behandling av denne gruppen innebærer. Forskning innen feltet pedofili, og spesielt hvis man snevrer det inn på tematiseringen av seksualitet i behandlingen av pedofili, er meget knapp. Videre vil det være et stort behov for forskning knyttet til behandlingen av pedofili, og hvilke aspekter av denne behandlingen som har en betydning. Basert på resultatene i denne studien virker tematisering av seksualitet som et aspekt ved behandling av pedofili som essensielt, samt noe som har behov for mer forskning og utvikling framover.

Kilder

- Alexander, M. A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse, 11*(2), 101-116.
- Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherrett, D., Kuban, M. E., Cantor, J. M., Blak, T., . . . Klassen, P. E. (2009). Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Archives of sexual behavior, 38*(3), 335-350.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation, 6*(1), 1-22.
- Camic, P. M., Rhodes, J. E., & Yardley, L. E. (2003). *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design*: American Psychological Association.
- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2015). Thematic analysis. *Qualitative psychology: A practical guide to research methods, 222-248*.
- DeMarco, S., & Geller, H. L. (2020). The Significance of Psychological Trauma and Brain Injury in the Treatment and Evaluation of Sex Offenders. In *Assessing Trauma in Forensic Contexts* (pp. 415-442): Springer.
- Edwards, W. M., & Coleman, E. (2004). Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of sexual behavior, 33*(3), 189-195.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(10), 1365-1374.
- Finkelhor, D. (1984). Child sexual abuse. *New York*.
- Freund, K., Watson, R., & Dickey, R. (1990). Does sexual abuse in childhood cause pedophilia: An exploratory study. *Archives of sexual behavior, 19*(6), 557-568.
- Gibbels, C., Kneer, J., Hartmann, U., & Krueger, T. H. (2019). State of the art treatment options for actual and potential sexual offenders and new prevention strategies. *Journal of Psychiatric Practice®, 25*(4), 242-257.
- Grønnerød, C., Grønnerød, J. S., & Grøndahl, P. (2015). Psychological treatment of sexual offenders against children: A meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(3), 280-290.
- Helsedirektoratet. (2020). Det Finnes Hjelp. Retrieved from <https://detfinneshjelp.no/>
- Howitt, D., & Cramer, D. (2007). Introduction to research methods in psychology. In: Pearson Education.
- Ingnes, E. K., & Kleive, H. (2011). *I møte med unge overgripere*: Gyldendal akademisk.
- Jennings, W. G., Zgoba, K. M., Maschi, T., & Reingle, J. M. (2014). An empirical assessment of the overlap between sexual victimization and sex offending. *International journal of offender therapy and comparative criminology, 58*(12), 1466-1480.
- Jordan, K., Fromberger, P., Stolpmann, G., & Müller, J. L. (2011). The role of testosterone in sexuality and paraphilia—A neurobiological approach. Part I: Testosterone and sexuality. *The journal of sexual medicine, 8*(11), 2993-3007.
- Landgren, V., Malki, K., Bottai, M., Arver, S., & Rahm, C. (2020). Effect of Gonadotropin-Releasing Hormone Antagonist on Risk of Committing Child Sexual Abuse in Men With Pedophilic Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*.
- Levenson, J. S., Willis, G. M., & Prescott, D. S. (2020). Evidence-Based Practice and the Role of Trauma-Informed Care in Sex Offending Treatment. In *Sexual Crime and Trauma* (pp. 197-224): Springer.
- Marshall, W. (2005). Therapist style in sexual offender treatment: Influence on indices of change. *Sexual Abuse, 17*(2), 109-116.

- Martijn, F. M., Leroux, E. J., Babchishin, K. M., & Seto, M. C. (2020). A meta-analysis comparing male adolescents who have sexually offended against intrafamilial versus extrafamilial victims. *Clinical child and family psychology review*, 1-24.
- Mews, A., Di Bella, L., & Purver, M. (2017). *Impact evaluation of the prison-based core sex offender treatment programme*: Ministry of Justice London.
- Organization, W. H. (2002). Gender and reproductive rights glossary. *Geneva: WHO*. Retrieved February, 11, 2011.
- Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G. A., & Miner, M. (1999). Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *American journal of psychiatry*, 156(5), 786-788.
- Rich, P. (2003). *Understanding, assessing, and rehabilitating juvenile sexual offenders*: John Wiley & Sons.
- Seto, M. C. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 391-407.
- Seto, M. C. (2012). Is pedophilia a sexual orientation? *Archives of sexual behavior*, 41(1), 231-236.
- Seto, M. C. (2017). The puzzle of male chronophilias. *Archives of sexual behavior*, 46(1), 3-22.
- Smith, J. A. (2008). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2. ed.): Sage Publications, Inc.
- Thibaut, F., Barra, F. D. L., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J. M., & Disorders, W. T. F. o. S. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(4), 604-655.
- Turner, D., & Briken, P. (2018). Treatment of paraphilic disorders in sexual offenders or men with a risk of sexual offending with luteinizing hormone-releasing hormone agonists: an updated systematic review. *The journal of sexual medicine*, 15(1), 77-93.
- Waites, M. (2004). The age of consent and sexual consent. *Making sense of sexual consent*, 73-92.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257.
- Ward, T., & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and violent behavior*, 11(1), 77-94.
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and violent behavior*, 12(1), 87-107.
- Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional psychology: Research and practice*, 34(4), 353.
- Watter, D. N., & Hall, K. S. (2020). Healthy Sexuality for Sex Offenders. *Current Psychiatry Reports*, 22(11), 1-5.
- Webster, G. (2018). Psychoanalytic complexity theory: An application to the treatment of child sexual offenders. *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 83.
- WHO. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. In (10. ed.). Genève, Switzerland: World Health Organization.

Appendix 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

Hvordan tematiseres seksualitet i arbeid med personer som har begått seksuelle overgrep mot barn?

Seto (2012) beskriver i en artikkel en sammenheng mellom diagnosen F65.4 pedofili og seksuell orientering. Han viser til flere likheter mellom pedofili og seksualitet, men beskriver vanskene ved å se på pedofili som en seksualitet, fra et juridisk-, etisk- og behandlingsperspektiv. I denne studien ønsker jeg å se på hvordan noen terapeuter som behandler pedofile overgripere forholder seg til seksualitet i behandlingen; hvorvidt og hvordan seksualitet tematiseres og hvilken plass seksualitet har i forskjellige former for behandling. Som erfaren behandler inne dette feltet har du den kompetansen studien trenger og jeg inviterer deg herved til å delta. Hvis du sier ja vil det innebære å møte meg til en intervju samtale organisert rundt nevnte tema. Samtalen vil vare rundt 60 minutter og det vil bli tatt lydopptak. Det er frivillig å delta og du kan når som helst trekke samtykket tilbake og be om at lydopptak blir slettet uten å oppgi grunn. All informasjon om deg vil bli anonymisert og lydopptakene vil bli lagret på en passordbeskyttet ekstern harddisk som ikke er knyttet til internett. Alle lydopptakene vil bli slettet ved levering av hovedoppgaven.

Denne studien er en del av hovedoppgaven til Adrian Özkal Lorentzen ved psykologisk institutt ved NTNU, som er behandlingsansvarlig institusjon.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Psykologisk institutt ved NTNU: Berit Overå Johannesen berit.johannesen@ntnu.no
Adrian Özkal Lorentzen, 95170870 a.o.lorentzen@gmail.com
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen 93079038 thomas.helgesen@ntnu.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no)
eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Berit Overå Johannesen
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Adrian Özkal Lorentzen
Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Hvordan tematiseres seksualitet i arbeid med personer som har begått seksuelle overgrep mot barn?*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet i januar 2021

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Appendix 2

Intervjuguide behandlere av Pedofile

Hvordan tematiseres seksualitet i arbeid med personer som har begått seksuelle overgrep mot barn?

Behandlingsform

- Hva er seksualitet? Hvordan definerer/forstår du det?
- Hva slags behandlingsform benytter du ved behandling av pedofile
- Blir seksualiteten til pasienten tematisert i behandlingsformen/manualen du bruker?
 - o Hvis ja: Hvordan
 - o Hvis nei: hvordan, og tenker du seksualitet burde hatt en plass?

Generell tematisering av seksualitet

- Med tanke på at pedofili er diagnostisert som en parafili, hva er din forståelse for seksualiteten til en person med denne forstyrrelsen.
 - o *Oppfølging:* ser du på seksualiteten som noe i tillegg til forstyrrelsen eller at forstyrrelsen er selve seksualiteten
- Bør seksualitet tematiseres
- Hvordan kan seksualitet tematiseres i behandling av pedofile?
- Bruker du seksualitet som et virkemiddel i behandlingen
 - o Hvis ja: hvordan.
 - o Hvis nei: Hvorfor ikke?
- Hvilken rolle tenker du seksualiteten til pasienten bør spille i behandling?

Appendix 3







