

BACHELOROPPGAVE

Hvilken effekt har psykoterapeutisk behandling av personer som har gjort seksuelle overgrep mot barn?

av
Birte Hetlevik
Kandidatnr. 48

What effect has the psychotherapeutic treatment of persons who have made sexual abuse against children?

Sosialt arbeid

BSV5 - 300

Mai 2016



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidat nr. 48, Birte Hetlevik

JA NEI

Innholdsliste

1.0 Innledning	5
1.1 Problemstilling	5
1.2 Begrunnelse for tema og relevans for min profesjon	5
1.3 Disposisjon og avgrensninger	7
2.0 Metode	7
2.1 Litteraturstudie	8
2.2 Søkeprosessen	8
2.2.1 Inklusjons – og eksklusjonskriterier	9
2.3 Litteraturgjennomgang	10
3.0 Teori	11
3.1 Begrepsforklaringer	11
3.2 Hva er et seksuelt overgrep?	12
3.3 Internett gir seksualovergripere mot barn nye muligheter	14
3.4 Hvem gjør seksuelle overgrep mot barn?	14
3.5 Hva er egentlig pedofili?	16
3.5.1 ICD – 10	17
3.5.2 DSM – 5	18
3.5.3 De lærde strides	18
3.6 Behandlingsformer og behandlingstilbud	20
3.6.1 De forskjellige behandlingsformene	20
3.6.2 Norges behandlingstilbud	21
4.0 Studier av psykotераapeutisk behandlingseffekt	22
4.1 Psychological treatment of sexual offenders against children: a meta – analytic review of treatment outcome studies (2014)	22
4.1.1 Grønnerød et. al. sine funn	23
4.2 Long – Term Recidivism of Child Molesters (1993)	24
4.2.1 Hanson. et. al. sine funn	25
5.0 Drøftingsdel	25
5.1 Hanson. et. al, (1993)	25
5.2 Grønnerød et. al, (2014)	26
6.0 Oppsummering	28

Litteraturliste 30

1.0 Innledning

En kveld i mars ble jeg oppringt av en venninne, hun og de andre ansatte i barnehagen hadde nettopp vært på et møte med fylkesmannen. I møtet ble de informert om at en mannlig kollega var arrestert for seksuelle overgrep mot flere barn i barnehagen. Ingen kunne fatte at *han* hadde gjort dette, han som spredte så mye glede og energi om morningene og var så god likt av alle. Dagen etterpå fortalte hun hvordan barna hadde reagert da de ble forklart at den mannlige ansatte ble passet på av politiet og ikke skulle komme tilbake. Barna ble veldig lei seg, og begynte å legge en plan for hvordan de skulle redde mannen fra politiet og få ham tilbake til barnehagen.

Som student på sosialt arbeid har jeg lært at ens fordommer og forforståelser for en gruppe mennesker sjeldent stemmer. Mennesker er for komplekse til å passe inn i bestemte forestillinger og beskrivelser. Før studentlivet hadde jeg imidlertid en diffus forestilling om at menn som gjør seksuelle overgrep mot barn, er eldre pedofile mislykkede menn med et uheldig utgangspunktet i livet. Som kanskje ville virke skremmende på barn og lite innbydende for samfunnet rundt dem. Den unge mannlige ansatte i barnehagen hvor venninnen min jobber ble beskrevet som rene motsetningen til disse forestillingene.

1.1 Problemstilling

Opgavens problemstilling er «Hvilken effekt har psykoterapeutisk behandling av personer som har gjort seksuelle overgrep mot barn?». Jeg har valgt den psykodynamiske behandlingsmetoden fordi den er vanlig å bruke i Europa, og antakeligvis dermed er mer presentabel for norsk behandling av seksualovergripere mot barn enn andre alternativer.

Debatten om hvorvidt behandling av seksualovergripere generelt og seksualovergripere mot barn virker kan spores lengre tilbake, men har vært spesielt sentral siden 80 – tallet. Av norske meningsbidrag er blant annet Mossige sin bok *Barneovergriperen* fra 1997 hvor han legger vekt på at behandling virker til tross for at tilbakefallsprosenten ikke er i null for alle, og at mer forskning er nødvendig. I denne oppgaven vil jeg forsøke å finne ut om vi i dag er nærmere et svar på hvorvidt behandling gir ønskelige resultater.

1.2 Begrunnelse for tema og relevans for min profesjon

Seksuelle overgrep mot barn ser også ut til å ha vært et følelsesladet tema i medier siden 80 – tallet. I 2015 fortalte kripas om svært høy stigning i antall saker som gjaldt seksuelle overgrep mot barn, og norske nettaviser publiserte den ene sjokkerende seksualovergrepssaken etter den andre (Eide, 2016). Så langt i 2016 har også flere overgrepssaker mot barn blitt avdekket (Lindberg, 2016; Killingberg, 2016; Nilsen, Fladset, & Jetmundsen, 2016). Til tross for bred mediedekning ser temaet fremdeles ut til å være et tabu i samfunnet generelt, og overgripere omtales i avsky med ord som «brenne i helvete» og «kastere hele gjengen». Folk snakker ut ifra følelser og holdninger, ikke faktabaserte kunnskaper. Å bli utsatt for seksuelt overgrep som barn er naturligvis svært skadelig (Søftestad, 2005; Søftestad, 2008). De sterke negative følelsene er forståelig, men det bidrar antakelig lite til å forebygge fremtidige overgrep.

Samfunnets avsky, tabu og stigmatisering kan føre til at også fagpersoner tar avstand fra fenomenene pedofili og mennesker som utøver seksuelle overgrep mot barn. Jeg mener at sosionomer og fagpersoner i lignende profesjoner burde ha kunnskaper om disse fenomenene, fordi vi jobber med mennesker i vanskelige livssituasjoner. Vi kan dermed møte personer som sliter med seksuelle lyster ovenfor barn, eller barn som er utsatt for overgrep. For eksempel om en jobber i barnevernet, i kriminalomsorgen og i psykiatrien. Som ansatt i barnevernet kan en jobbe med saker hvor barn blir utsatt for seksuelle overgrep av voksne i eller utenfor familien. Da er det viktig med kunnskaper om hva pedofili er og hvorvidt det kan behandles, kanskje spesielt i tilfeller hvor overgriperen er familie og det i fremtiden kan bli snakk om samvær. I kriminalomsorgen og i psykiatrien kan man møte og ha samtaler med seksualovergripere mot barn. Da kan kunnskap om fenomenet gi et klarere bilde av hva som er personens problemer, hvordan vedkommende har det, og behandlingsmuligheter.

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere (FO) sine yrkesetiske grunnlagsdokumenter legger vekt på at samfunnsoppdraget vårt er å «... bistå mennesker som har behov for hjelp, for å sikre menneskeverdige levekår og livskvalitet» (FO, 2015, s.3). Verdiene som utgjør vårt etiske grunnlag er blant annet menneskeverd, respekt for den enkeltes integritet, anerkjennelse av ulikhet og ikke – diskriminering, helhetssyn på mennesker, solidaritet og rettferdighet. Det etiske grunnlaget legger blant annet også vekt på at vi har «... særlig ansvar for å skille mellom ulike preferanser og levemåter som må anerkjennes, og atferd og handlinger som bryter med fundamentale menneskerettigheter og lovreguleringer» (FO, 2015, s.6-7). Det etiske grunnlaget legger også vekt på at vi har «... særskilt ansvar for å arbeide for økt rettssikkerhet og bedre levekår for utsatte grupper i samfunnet» (FO, 2015, s.6-7). Slik jeg ser det kan man argumentere for

sosialarbeiderens samfunnsoppdrag ovenfor begge involverte parter. Barn er på mange måter en naturlig sårbar gruppe som letter kan få sine menneskerettigheter krenket. Samtidig som barns levekår og samfunnets rettsikkerhet kan bedre sikres når seksualovergripere sitter bak lås og slå, må også seksualovergriperens menneskerettigheter og hjelpebehov ivaretas. Fra et annet perspektiv kan også de sees som en utsatt gruppe, som er sterkt stigmatisert i samfunnet og offer for sine egne seksuelle lyster.

1.3 Disposisjon og avgrensninger av oppgaven

Oppgaven tar først for seg metodisk fremgangsmåte, søkeprosessen med dens kriterier, og presentasjon av utvalgt forskningslitteratur, for så å gå videre til teoridelen. I teoridelen har jeg sett på temaer relatert til seksualovergripere mot barn. Som for eksempel hva et seksuelt overgrep er, hvem som gjør overgrepene og hva det vil si å være pedofil. Videre ser oppgaven på hvilke behandlingsformer som finnes, og forsøker å avdekke hvilke behandlingstilbud som er tilgjengelig i Norge. Utvalgt forskningslitteratur er en metaanalyse og en sekundærstudie som belyser oppgavens problemstilling, og blir presentert og drøftet i siste delen av oppgaven.

Oppgaven er avgrenset til temaer som lar seg vise gjennom juss, statistikk, teori og annen observerbar fakta. Den tar ikke sikte på å avdekke personlige forhold som overgriperes livshistorier, hvordan de har det og hvorfor de gjør seksuelle overgrep.

Det er flere tema jeg gjerne skulle skrevet om, men hvor plass i oppgaven og tiden ikke strakk til. For eksempel hvordan religiøse og kulturelle rammer både kan bidra til å beskytte mot og eksponere barn for seksuelle overgrep. Hvordan barn og unge i sårbare livssituasjoner, som for eksempel psykisk utviklingshemmede på institusjon eller barn på institusjoner under omsorg av barnevernet, kan være ekstra utsatt. Hvilke tiltak samfunnet gjør for å forebygge seksuelle overgrep mot barn. Jeg kunne også tenke meg å skrive om hvordan man blir en seksualovergriper mot barn.

2.0 Metode

Metoder er forskjellige oppskrifter på hvordan man kan gå frem for å finne svar på ulike problemstillinger. De forskjellige metodene har sine individuelle fremgangsmåter for hvordan man skal samle inn *data*, altså informasjonen man trenger. Ettersom at valg av metode er grunnleggende for kvaliteten på datainnsamlingen som videre påvirker hva oppgaven

konkluderer med, velger man den metoden som best belyser den enkelte problemstillingen (Dalland, 2012; Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode for å belyse min problemstilling.

2.1 Litteraturstudie

Et litteraturstudie er en fremgangsmåte hvor man bruker kunnskap fra andres forskning til å svare på problemstillingen, ved å systematisk finne og tolke tidligere studier (Dalland, 2012; Støren, 2013). Jeg valgte litteraturstudie som metode fordi det gav meg muligheten til å se problemstillingen ut ifra flere perspektiver, som gir en bredere og mer helhetlig oversikt, enn produksjon og bruk av egen forskning hadde gjort. I oppgaven har jeg tatt for meg forskning med motstridende funn som dermed er presentabel for forskjellige fagmiljøers meninger, og satt dem opp mot hverandre. Ut ifra det har jeg kunne gjort meg opp egne tanker på et godt kunnskapsgrunnlag.

Det finnes flere praktiske og etiske grunner til at litteraturstudie er bedre egnet til å løse min problemstilling, enn egen forskning. For det første er ikke seksualovergripere mot barn en lett tilgjengelig gruppe å oppsøke, ettersom at de ikke står frem i det offentlige og avslører sin identitet. Den letteste arenaen å oppsøke målgruppen på ville antakelig vært i fengsler, noe som naturligvis stiller krav til vurdering av flere etiske spørsmål. For å kunne gjennomføre undersøkelse av eller intervju med fengslede seksualovergripere måtte jeg dermed ha søkt om lov fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette er en lang og tidskrevende prosess som ikke ville latt seg gjøre innenfor rammene av denne bachelorgrad. For det andre er seksualovergripere mot barn ikke et tema jeg kan mye om fra før, å forske på noe krever at en har et godt kunnskapsgrunnlag.

2.2 Søkeprosessen

Søkeprosessen var tidskrevende og utfordrende. I begynnelsen var det vanskelig å finne litteratur som fokuserte på seksualovergriperen mot barn, de fleste funnene var rettet mot offerets perspektiv og mulige skadevirkninger. Etter hvert fant jeg relevant litteratur om seksualovergripere mot barn, men lyktes fremdeles ikke i å finne forskning rettet mot problemstillingen. Det fantes stor variasjon om forskning rundt behandlingseffekten av seksualovergripere generelt, hvor seksualovergripere mot barn var en av kategoriene, men ikke spesifikt og ensidig om seksualovergripere mot barn.

Jeg sendte e-poster med forespørsel om tips til relevant forskning til Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST), Senter mot incest og seksuelle overgrep (SMISO), og Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) region vest. RVTS sendte henvendelsen min videre til psykologspesialist Sindre Angeltved og psykologspesialist Øyvind Ottesen. De tipset om norske fagpersoner som jobber med behandling av pedofili, og kom med flere forslag til studier som tar for seg behandlingseffekten av forskjellige grupper seksualovergripere. Både Angeltvedt og Ottesen uttrykte at dette er et tema som det trengs mer kunnskap om. SMISO gav tips til relevante bøker, mens IKTS aldri svarte.

Jeg brukte flere søkeord som er svært konkrete i forhold til tema og problemstillingen. Både på norsk og engelsk, og flere variasjoner og sammensettinger av søkeordene. Disse søkeordene ble hyppigst brukt: «*pedofili/ pedophilia/ paedophilia*», «*behandling/treatment*», «*seksuelle overgrep mot barn/ children molester*», «*Seksual offenders against children*». Jeg søkte igjennom mange databaser etter både litteratur og forskning, men brukte til slutt noen få baser som etter hvert gav relevante kilder. Oria, Idunn og lovdata gav mye litteratur til teoridelen. Ved å lete etter bestemte forskningsstudier jeg vurderte å bruke i oppgaven, fant jeg dem til slutt gjennom å skrive inn hele titler og navn på forskere i søkebasen Google scholar.

Ved hjelp av Angeltved, Ottesen og gjentatte funn i søkeprosessen oppdaget jeg fem norske fagpersoner som ser ut til å ha mye kunnskaper om seksualovergripere mot barn: Thore Langfeldt, Pål Grøndahl, Knut Hermstad, Svein Mossige og Jim Åge Nøttestad. Flere av disse fagpersonene sine kunnskaper og uttalelser er mye brukt i oppgaven.

2.2.1 Inklusjons - og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for søk etter både forskning og informasjon var å avgrense til verdensdeler og land med vestlig kultur, hovedsakelig Europa og Nord - Amerika. Tidsmessig siktet jeg på å få tak i den nyeste informasjonen. Søkene ble i førsteomgang avgrenset til senest år 2000, senere avgrenset jeg til 1970 for å fange opp eldre relevant litteratur. Informasjonen i teoridelen er stort sett fra tidsperioden 2012 – 2016.

I leting etter forskning var første inklusjonskriteriet at forskningsstudiene skulle treffe problemstillingen. Med tanke på at seksualovergripere mot barn kan være pedofile, var jeg usikker på hvorvidt studier som tar for seg seksualovergripere generelt er anvendbar for min

problemstilling. Jeg valgte til slutt å utelukke studier som ikke spesifikt tok for seg behandling av seksualovergrep mot barn, av flere grunner. En av grunnene er at ikke alle studiene skilte like nøyaktig mellom lovovertrедelsene deltakerne hadde begått, dermed var det svært vanskelig å finne felles kriterier for hvilke deltakere i de enkelte studiene som var relevant for min problemstilling. Videre gjorde dette det vanskelig å beholde validiteten av studienes statistikker, når jeg selv forsøkte å anvende dem. Det negative med dette eksklusjonskriteriet er at det da ble mye vanskeligere å finne relevant forskning. Det kan også tenkes at jeg da utelukkete studier som i utgangspunktet hadde vært til god hjelp med å belyse problemstillingen.

Collaborative Outcome Data Committee (CODC) er en komité som ble opprettet for å sikre kvalitet og validitet i studier som forsker på effekten av behandling av seksualovergrepere (Public safety Canada, 2016; C, Grønnerød., J, S, Grønnerød & Grøndahl, 2014). De har laget flere kriterier som forskningsstudier må oppfylle for å være godt kvalitetssikret, slik at resultatene skal kunne brukes som et godt kunnskapsgrunnlag i for eksempel politikk (Grønnerød et. al, 2014). Dermed var jeg trygg på at studiene som fulgte disse kriteriene har et pålitelig forskningsdesign.

I prosessen med å velge ut forskning var det flere faktorer i forskningsdesignene jeg reflekterte over. Disse faktorene kunne påvirke validiteten av studiene, men er ikke nødvendigvis avgjørende. Faktorene var blant annet antall deltakere, lengden av behandling og oppfølgingsdata etter avslutte behandling. Bruk og sammensetning av sammenligningsgrupper/kontrollgrupper. Annerkjennelse studiene og forskerne har fått av andre forskere og fagpersoner. Jeg forsøkte også å være oppmerksom på hvem som er oppdragsgivere og finansierte de enkelte studiene. Jeg ser for meg at studier gjort på vegne av for eksempel helsedirektoratet er gjennomført med mer objektivt utgangspunkt, enn forskning bestilt og finansiert av en interesseorganisasjon med sterke meninger.

2.3 Litteraturgjennomgang

Jeg skal belyse problemstillingen ut ifra to studier, en metaanalyse og en sekundærstudier. De to studiene, er 2 av de totalt 4 studiene jeg har funnet som spesifikt tar for seg min problemstilling. Det kan argumenteres for at man helst burde bruke primærkilder, ettersom at jeg ikke har funnet noen gode primærstudier som tar for seg min problemstilling har dette

ikke latt seg gjøre. Fravær av primærstudier kan svekke troverdigheten av informasjonen som kommer frem i oppgaven, fordi den ikke er hentet direkte fra kilden.

Sekundærstudien er gjennomført i 1993 i Canada, mens metaanalysen er norsk og ble publisert i 2014. Felles for begge studiene er at de har tatt for seg behandlingseffekten av psykoterapeutisk behandling av seksualovergripere mot barn.

«Psychological Treatment of Sexual Offenders Against Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcome Studies». Er en metaanalyse som ble gjennomført av Cato Grønnerød, Jarna Soilevuo Grønnerød og Pål Grøndahl i 2014. Den er finansiert og bestilt av helsedirektoratet (Grøndahl et. al, 2014). En metaanalyse er en studie som tar for seg validiteten av resultatene til flere andre studier, i et forsøk på belyse en problemstilling med hjelp av flere kilder (Bjørnstad, 2009).

Denne metaanalysen er gjort i samsvar med CODC sine kriterier, den har også målt studiene den tar for seg opp mot CODC sine kriterier. I følge Grønnerød et. al. (2014), og Grøndahl og Stridbeck (2015) er dette den eneste metaanalysen som er gjort spesifikt om seksualovergripere mot barn.

«Long-Term Recidivism of Child Molesters». Er en sekundærstudie som ble gjort av R. Karls Hanson, Richard A. Steffy og Rene Gauthier i 1993, på vegne av American Psychological Association. 197 dømte seksualovergripere mot barn fra en institusjon i sør Ontario sluppet ut av fengsel i tidsperioden 1958 – 1974, deltok i studien (Hanson et. al, 1993). Hanson har gjennom de to siste tiårene deltatt i flere andre studier om behandling av seksualovergripere generelt, mange av dem er nevnt og kommentert i Grønnerød et. al. (2014) sin metaanalyse.

3.0 Teori

3.1 Begrepsforklaringer

De fleste uttrykkene og begrepene som brukes i oppgaven har antakeligvis de fleste en viss kjennskap til, men et begrep har ikke alltid en enkelt forklaring eller definisjon. Det kan også være uenighet innad i fagmiljøer om hvordan et fenomen skal bli forstått eller definert. Her vil

noen sentrale begreper bli kort forklart, for å sikre at forståelsen av hva de enkelte begrepene er og innebærer er i tråd med faglige forståelser.

Psykisk lidelse/ mental disorder

Samlebegrepene psykisk lidelse og mental forstyrrelser brukes ofte om en annen. En psykisk lidelse kan forklares som en psykisk/mental sykdom som er så sterk at den påvirke personens ellers vanlige væremåte og oppførsel (Malt, 2016). Depresjon, spiseforstyrrelse og angst er eksempler på psykiske lidelser (Norsk psykologforening; Malt, 2016).

Psykisk diagnose/ psychiatric diagnosis

En psykisk diagnose kan forklares som at når en eller flere av en persons symptomer eller egenskaper i kombinasjon skaper forstyrrelser i personens liv. Om denne kombinasjonen av symptomer tilsvarer kriteriene til en psykisk lidelse eller en mental forstyrrelse, kan personen få en diagnose på dette (Norsk psykologforening).

Seksuell legning/ sexual orientation

Kan også kalles seksuell orientering. De vanligste eksemplene på seksuell legning er heterofili, homofili og bifili (Bufdir, 2015; Ikdahl, 2015). Ens seksuelle legning er altså rettet mot det kjønnnet/kjønnene man vil være sammen med og tiltrekkes av seksuelt (Ikdahl, 2015).

Seksuelle preferanse/ sexual preference

En persons seksuelle preferanse kan forklares som *den gruppen* eller *det* personen foretrekker som «seksualobjekt» fremfor andre alternativer. Å ha seksuell preferanser for barn vil si at en foretrekker barn som «seksualobjektet» fremfor voksne menn og kvinner (Direktoratet for e-helse, 2016a).

Parafili/ Paraphilia

Parafili er et uttrykk for en person som har uvanlige seksuelle preferanser. Altså en person som oppnår erotisk nytelse av objekter som i utgangpunktet ikke hører hjemme i seksuelle settinger (Ålmås, 2015). I dag er det vanligere å si «uvanlige seksuelle tenningsmønstre» fremfor parafili (Ålmås, 2015).

3.2 Hva er et seksuelt overgrep?

World health organization (WHO) sin rapport *World report on violence and health* som tar for seg forskjellige former vold i et globalt perspektiv, definerer seksuell vold slik:

Any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, or acts to traffic, or otherwise directed, against a person's sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting, including but not limited to home and work (WHO, 2002, s. 149).

Denne definisjonen av seksuelle overgrep brukes også i Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet sin strategirapport: *Barndommen kommer ikke i reprise: strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014 - 2017)*:

Enhver seksuell handling, forsøk på å oppnå seksuell handling, uønskede seksuelle kommentarer eller fremstøt, eller handlinger tilknyttet menneskehandel som trafficking, rettet mot en persons seksualitet ved bruk av tvang fra en annen person, uavhengig av personens relasjon til offeret, i en hvilken som helst setting, inkludert, men ikke begrenset til, hjem og arbeid (Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet, 2013).

Definisjonen samsvarer også med Straffelovens § 291 om voldtekt. Å skaffe seg eller å skaffe andre seksuell omgang via vold, truende atferd, eller ved å ha seksuelle omgang med noen som er ute av stand til å motsette seg handlingen, regnes som voldtekt. Å tvinge noen til å ha seksuell omgang med seg selv regnes også som voldtekt (Straffeloven, 2005).

Straffeloven skiller mellom forskjellige former for seksuelle overgrep/ voldtekt. Blotting, verbal seksuell tilnærming, fremvisning av porno og andre lignende lovbrudd som ikke innebærer fysisk kontakt, er eksempler på *seksuell atferd*. *Seksuelle handlinger* skjer gjennom fysisk kontakt som blant annet beføling og onanering. Mens *seksuell omgang* er intimhandlinger som kontakt mellom munn og kjønnsorganer og samleie (Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet, 2013).

Strategirapporten legger vekt på at den seksuelle lavalderen i Norge er 16 år, frivillig samtykke fra barn under denne alderen er altså ugyldig i juridisk kontekst. I følge Straffeloven § 304 kan den som gjør seksuelle handlinger med et barn under 16 år, straffes med 3 års fengsel. Å gjøre seksuelle handlinger med et barn under 16 år kan dermed regnes som et overgrep selv om handlingen er frivillig fra barnet sin side (Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet, 2013).

Voldtekt av barn mellom 14 – 16 år kan i grove tilfeller straffes men inntil 15 års fengsel (Straffeloven § 303). Mens grove voldtekter av barn under 14 år kan gi inntil 21 års fengsel (Straffeloven § 301). Overgrepene regnes som mer alvorlige og straffes hardere, desto yngre barnet er og desto mer omfattende overgrepene er.

3.3 Internett gir seksualovergripere mot barn nye muligheter

Kripos gir årlig ut en trendrapport over alvorlig kriminalitet i Norge, og en voldtektsrapport som gir oversikt på det forrige årets voldtektsbildet i Norge. Kripos sin *trendrapport 2015* sår lite tvil om hvilke muligheter internett har gitt seksuelle overgripere. For det første når de lettere frem til barn. Mange lager opptil flere falske profiler på sosiale arenaer for barn, slik kan de stifte relasjoner og avtale å møtes i den hensikt å gjøre overgrep (Kripos, 2015a). Dette er brudd på Straffeloven § 306 (Straffeloven, 2005).

Etter at politiets aksjoner mot nordmenn som distribuerer og deler barneporno i 2013/2014, ble bruken halvert, men økte i ettertid (Kripos, 2015a). Barneporno er dokumentasjon på overgrep, å være i besittelse av det er blant annet brudd på Straffeloven § 310 (Straffeloven, 2005). Etersom at flere personer som distribuerer barneporno, også gjør overgrep selv, kan avsløring av distribusjon føre til at man avslører en overgriper (Kripos, 2015a). Som Grøndahl forklarte til *nettavisen Tv2*, å oppsøke overgrepsmateriale på nett, og å ta og dele pornografiske bilder eller videoer av barn, er å bidra til barnepornografi industrien og regnes som et seksuelt overgrep (Eide, 2015).

I følge *Trendrapport 2015* er muligheten for å bestille live – streaming av seksuelle overgrep mot barn som en økende trussel. En norsk statsborger ble i 2013 dømt for akkurat dette. Poliiti fra Australia, Storbritannia og Amerika samarbeidet i 2014 om å avdekke et nettverk av personer fra flere land som totalt tjente 37 500 pund på å selge live – streaming av overgrep mot barn (Kripos, 2015a). I følge *Bergensavisen* ble det i april 2016 avdekket et nytt lignende forhold på Filippinene, og en mann fra Hordaland på 65 år ble siktet for flere lovovertridelser (Nilsen, Fladset & Jetmundsen, 2016).

3.4 Hvem gjør seksuelle overgrep mot barn?

Ifølge kripos sin *trendrapport 2016* finnes det ikke en fasit på hvem som begår seksuelle overgrep. Alder og relasjon mellom overgriper og offer varierer, relasjonen mellom partene kan være venner, familiemedlemmer, helt ukjente personer og personer man i profesjonell sammenheng har ansvar for. Seksuelle overgrep blir som regel gjort av én enkelt person, men gjennom de siste årene har det blitt avdekket flere alvorlige overgrep hvor flere personer er involvert (Kripos, 2015a).

I et intervju i *TV2* (2015) uttalte Grøndahl seg om hvem det pedofile mennesket er. Han fortalte at mange tror overgriperen er mannen som blotter seg på gata, i virkeligheten er overgriperen den vanlige mannen i gata med både familie og jobb. Videre forklarer han at forskjellene en del seksualovergripere har vist fra den øvrige befolkningen, er at de i mange tilfeller har mindre empati og anger. En del har også personlighetsforstyrrelser og dårlige sosiale egenskaper. Omfanget og alvorlighetsgraden av overgrepene stiger i samsvar med alvorlighetsgraden av personens psykologiske sykdomsbilde. Grøndahl forklarte også at en tredjedel av seksualovergripere selv har blitt utsatt for seksuelle overgrep, dette i kombinasjon med personlighetsforstyrrelser og andre negative faktorer i livet kan føre til at man krysser grensen og begår overgrep. Ofte vil pedofile utvikle og legitimere hverandres overgrepstanket, for så å ikke forstå skadene overgrepshandlingene påfører ofrene før de blir dømt for det. Han forteller at mindre enn 15% gjør nye overgrep etter at de har blitt avslørt (Eide, 2015)

Det er allment kjent at de fleste overgrep begås av menn (Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet, 2013; Kripes, 2015a; Mossige, 1997). Kripes sin rapport *Voldtektssituasjonen i Norge 2015* støtter opp under denne påstanden, vist i Tabell.1 (Kripes, 2015b, s.19).

År/kjønn	2011		2012		2013		2014		2015	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Kvinne	7	0,8	15	1,6	9	0,9	14	1,4	12	1,0
Mann	888	99,2	928	98,4	989	99,1	1006	98,6	1086	99,0
Totalt	895	100,0	943	100,0	998	100,0	1020	100,0	1098	100,0

Tabell. 1 Kjønnfordeling av mistenkte, siktede eller domfelte i anmeldte voldtektssaker 2011- 2015

Til tross for menns klare dominans i voldtektsbildet, ser det ut til at fagmiljøer generelt er begynt å bli mer oppmerksom på at også kvinner kan begå seksuelle overgrep (Kripes, 2015b; Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet, 2013; Eide, 2015; Jensen, 2011). Kriminologen Tone Bremnes har skrevet en masteroppgave om tema, og forteller at det kan være svært vanskelig å forestille seg at en voksen kvinne gjøre overgrep mot andres eller egne barn, fordi de er så sterkt assosiert med trygghet og omsorg (Førde, 2010). Videre sier Bremnes at det finnes lite kunnskaper om hvor mange kvinner det gjelder (Førde, 2010). I

følge strategirapporten fra Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet (2013) har noen undersøkelser vist at stoffmisbruk og psykiske lidelser kan ha sammenheng med kvinnenes overgrepshandlinger.

Både Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet og Mossige gjør oppmerksom på at mange seksuelle overgrep mot barn, faktisk blir begått av andre barn. I følge Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet (2013) har undersøkelser internasjonalt vist at personer under 18 år begår 1 av 3 kjente overgrep, og at kanskje opptil 90 % av faktiske overgrep gjort av barn ikke blir anmeldt. Både Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet (2013) og Mossige (1997) legger vekt på at forskeres funn peker på at et betydelig antall voksne overgripere, begikk sine første overgrep i ung alder eller til og med som barn. Dette betyr at flere unge overgripere utgjør en stor risiko, disse unge må bli tatt tak i og hjulpet slik at de ikke vokser opp til å bli eldre overgripere.

Voldtekstssituasjonen i Norge 2015 viser at et klart større antall av anmeldte voldtekter i 2015 ble begått av personer mellom 15 og 30 år, og at gjennomsnittsalderen på overgriperne var 30,2 år. Rapporten viser også at flere av de 1098 anmeldte personene også hadde begått andre lovbrudd, blant annet volds, trafikk og vinnings kriminalitet (Kripes, 2015b).

Voldtektsrapporten gir en oversikt på antall anmeldte saker om seksuelle omgang med barn gjennom tidsperioden 2011 – 2015, vist i Tabell.2 (Kripes, 2015b, s. 14). Grunnet store mørketall gir trolig ikke denne oversikten et reelt bilde av antall voldtekter (Kripes, 2015b, s. 14). Tabellen er begrenset til barn under 15 år, og utelukker blant annet lovovertridelser i sammenheng med seksuell atferd som for eksempel internettrelaterte overgrep.

	2011	2012	2013	2014	2015
Seksuell omgang med barn under 14 år	359	339	306	342	358
Seksuell omgang med barn under 10 år	182	191	151	160	169
Voldtekt av barn under 14 år					32
Voldtekt samleie barn under 14 år					8
Forsøk på voldtekt av barn under 14 år					1
Totalt	541	530	457	502	568

Tabell. 2 Anmeldte saker om seksuell omgang med barn

3.5 Hva er egentlig pedofili?

Jeg vil tro at mange, om ikke de fleste, både i fagmiljøer og samfunnet ellers, assosierer pedofili med voksne menn som gjør seksuelle overgrep mot barn, og antakelig har svært begrenset med kunnskaper om fenomenet utover dette. Men er det virkelig så "enkelt"? Hva er egentlig pedofili og hva innebærer det å være pedofil? For å finne ut hva pedofili faktisk er vil jeg her redegjøre for definisjoner av og kriterier for fenomenet.

3.5.1 ICD - 10

Klassifikasjonssystemet *International Classification of Diseases* (ICD), eies og revideres av verdens helseorganisasjon (WHO, 2015; Direktoratet for e-helse, 2016b). Det er et standard diagnostiseringsverktøy for sykdommer og helseproblemer over hele verden, som blir brukt i 117 land og er oversatt til 43 språk (WHO, 2016). Blant annet i Norge, Sverige, Danmark, Finland og Island (Direktoratet for e-helse, 2016b). Dagens gjeldende utgave ICD – 10 ble utgitt i 1993, Norge begynte å bruke det gjennom siste halvdel av 90 – tallet (Direktoratet for e-helse, 2016b).

I ICD – 10 beskrives Pedofili/ Paedophilia (kode F65.4) slik; «Foretrukket seksualobjekt er barn i førpubertetsalder eller tidlig pubertetsalder: gutter, jenter eller begge kjønn». Pedofili ligger under kode F65 Forstyrrelser i seksuelle objektvalg. Under kategorien (F60 – F69) Personlighets – og atferdsforstyrrelser hos voksne, som igjen ligger under kapittel V Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (WHO, 2016; Direktoratet for e-helse, 2016c).

I tillegg til selve ICD – 10 kodeverket finnes det et supplement til kapittelet om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som kalles *Blåboka* (Direktoratet for e-helse, 2016d). Den inneholder blant annet retningslinjer for diagnostisering av psykiske lidelser, her utdypes pedofili slik:

Seksuell preferanse for barn, vanligvis i førpubertet eller tidlig pubertetsalder... Pedofili er sjelden hos kvinner. Kontakt mellom voksne og seksuelt modne ungdommer er ikke sosialt akseptert, særlig hvis deltakerne er av samme kjønn, men dette er ikke nødvendigvis forbundet med pedofili. En isolert hendelse, og særlig hvis gjerningsmannen selv er en ungdom, utgjør ikke den vedvarende eller dominerende tendensen som kreves for diagnosen. Regnet som pedofile blir likevel menn som foretrekker voksne seksualpartnere, men som vender seg mot barn som substitutt, i en tilstand av

kronisk frustrasjon over ikke å finne passende partnere. Menn som seksuelt misbruker sine egne barn i førpubertet, kan i noen tilfeller også gjøre tilnærmelser til andre barn, og i begge disse tilfellene tyder deres atferd på pedofili (Direktoratet for e-helse, 2016a).

3.5.2 DSM - 5

Det finnes også et klassifikasjonssystem som heter *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Det er utarbeidet av American Psychiatric Association, og er det amerikanske standard klassifikasjonssystem for psykiske sykdommer (American Psychiatric Association, 2016). Nyeste utgave DSM – 5 ble utgitt i 2013 (American Psychiatric Association DSM – 5 Development, 2014). I DSM – 5, under kategorien Paraphilic disorders/Parafil lidelse, er kode 302.2 om Pedophilic disorder/ Pedofil lidelse, som stiller tre kriterier for at en person skal kunne diagnostiseres med pedofili (American Psychological Association, 2013). Kriteriene er:

- A. over a period of at least 6 months, recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving sexual activity with a prepubescent child or children (generally age 13 years or younger).
- B. The individual has acted on these sexual urges, or the sexual urges or fantasies cause marked distress or interpersonal difficulty.
- C. The individual is at least age 16 years and at least 5 years older than the child or children in criterion A.

Note: Do not include an individual in late adolescence involved in an ongoing sexual relationship with a 12 – or 13- year –old (American Psychological Association, 2013).

3.5.3 De lærde strides

I følge ICD – 10 vil en person med pedofili foretrekke barn i førpubertetsalder som seksualobjekt. Diagnosen beskriver altså pedofili som en forstyrrelse i seksuelt objektvalg og en seksuell preferanse (Direktoratet for e-helse, 2016c).

DSM – 5 beskriver pedofili som en parafil lidelse. DSM – 5 sine kriterier for at en person skal kunne diagnostiseres som pedofil er gjentakende problemer med intense opphissende

fantasier, seksuelle lyster, eller seksuelle aktiviteter med ett eller flere barn i førpubertetsalder, over et tidsaspekt på minimum 6 måneder. De seksuelle lystene må ha forårsaker betydelig stress, vanskeligheter i samvær med andre, eller så må personen har handlet basert på de seksuelle lystene. Personen er minst 16 år gammel, og minst 5 år eldre enn barnet eller barna i det første kriteriet (American Psychological Association, 2013).

I følge både ICD – 10 og DSM – 5 kan man altså begå seksuelle overgrep mot barn uten å være pedofil, man kan også være pedofil uten på begå seksuelle overgrep. I TV2 (2015) legger Grøndahl vekt på at det er ulovlig å begå seksuelle overgrep, men det er ikke ulovlig å være pedofil i seg selv. En person med pedofili får nytelse av å se bilder av førpubertale barn i seksuelle settinger, og får seksuelle tenninger ovenfor førpubertale barn. Det er når de søker seksuell tilfredstillelse og annerkjennelse i praksis, at de krysser grensen til å bli overgripere. Det er derfor viktig å skille mellom overgripere og pedofile (Eide, 2015).

Til tross for at både ICD – 10 og DSM -5 definerer pedofili som en mental lidelse, er det fremdeles en pågående debatt innen fagmiljøer hvor flere mener at pedofili er en seksuell legning. I følge Hermstad (2010) ser spesielt mange i Nord – Amerika ut til å mene at det er en seksuell legning, noe som gjenspeiles i terapien de bruker i behandling. Thore Langfeldt (2015) legger vekt på at til tross for at pedofili er en mentale forstyrrelser, blir det kalt en seksuell legning på nettet og i media, til og med av psykologer, leger og rettsapparatet. Han forteller om et mandat fra påtalemyndighetene der personer har fått forvaringsdom som kan føre til ekstra år i fengsel, fordi sakkyndige mente den tiltalte hadde en pedofil legning som ikke kan behandles (Langfeldt, 2015).

Både Hermstad og Langfeldt peker på at det ikke finnes vitenskapelige bevis for at pedofili er en legning. Hermstad (2010) argumenterer blant annet med at pedofili som legning ville innebære at man er født med denne egenskapen, noe det ikke finnes forskning som bekrefter. Han forteller også at erfaringer har vist at mennesker som er diagnostisert med pedofili, med hjelp kan endre psykologiske faktorer, ikke bare atferd (Hermstad, 2010). Etter Langfeldt (2015) sin mening har fagpersoners overbevisning en sammenheng med at flere mener pedofili ikke kan behandles, og at det derfor sees på som en legning. I intervjuet med Tv2 sa han at mange vil ha det til å være en orientering, fordi det da blir «enklere» i den forstand at problematikken da ikke kan gjøres noe med (Olsen & Jorganovich, 2015).

Langfeldt (2015) forteller at mange som går i behandling på IKTS for å få hjelp med sin seksuelle draging mot barn, først trodde at det ikke fantes hjelp fordi de leste at pedofili er en

seksuell legning og ikke kan behandles. Denne forvirringen har ført til konsekvenser som hemmeligholdelse fra helsevesenet, depresjoner og selvmordsforsøk. Ettersom at pedofili er en mental forstyrrelse kan man ikke si at en person er pedofil, men at en person har en pedofil forstyrrelse (Langfeldt, 2015).

3.6 Behandlingsformer og behandlingstilbud

3.6.1 De forskjellige behandlingsformene

I Hermstads doktorgradsavhandling har han blant annet tatt for seg behandling av seksualovergripere både i Nord – Amerika og Europa. I Nord - Amerika er kognitiv terapi dominerende, mens psykodynamisk terapi er mest brukt i Europa (Hermstad, 2006, s. 245). I et intervju for tidsskriftet *Rus & Samfunn* forklarer Hermstad at det finnes tre hovedtyper terapi i behandling av seksualovergripere, kognitiv terapi, psykodynamisk terapi og hormonbehandling (Gellein, 2010).

Kognitiv atferdsterapi er svært symptomfokuseret. Terapien tar sikte på å endre klientens atferd i fremtidige situasjoner, via å oppnå forståelse om hva som trigger egen overgrepstatferd og ved å sette seg inn i offerets følelser og situasjon. Klienten sine følelser og tanker er sentrale, da de er en del av prosessen til å oppnå endret atferd. Fremgangsmåten kan sammenlignes med klassisk pedagogisk læringsteori, hvor målet er at klienten lærer å ta kontroll over egne handlinger og endre atferdsmønster (Hermstad, 2006).

Psykodynamisk terapi tar sikte på å avdekke bakenforliggende grunner til overgrepstatferd og gjennomføre en bearbeidingsprosess, grunnene kan for eksempel være undertrykket smerte, traumer og avmaktsfølelse. Dette gjøres med å utforske tidligere og nåværende relasjonelle og intrapersonlige forhold i personens liv. Tanken er at overgrepstatferden vil gå over av seg selv, når det som ligger til grunn blir bearbeidet (Hermstad, 2006).

Hormonell behandling går ut på at klienten tar medikamenter som demper eller endrer seksuelle lyster, i tillegg går man også i terapi (Nøttestad, Bjarnar, Lundmo & Sandvik, 2006; Hermstad, 2010; Gellein, 2010). Hormonene medroksyprogesteron og cyproteron har siden 80 – tallet blitt brukt ved behandling av seksualforbrytere, men hormonbehandling av seksualforbrytere generelt er så langt ikke mye brukt i Norge (Nøttestad et. al, 2006).

3.6.2 Norges behandlingstilbud

I mangel på kilder som gir en helhetlig oversikt på norske behandlingstilbud for seksualovergripere mot barn, vil jeg her presentere forskjellige funn av ulike informanter. Dette avsnittet gir et lite innblikk i tilgjengelighet av både dagens og tidligere behandlingstilbud for oppgavens målgruppe.

Det kan skilles mellom behandlingstilbud for seksualovergripere innenfor og utenfor fengsel. Friestad publiserte i 2005 Fafo rapporten om prosjektet *Vurdering av tilbudet til volds – og sedelighetsdømte i Norske Fengsler* på oppdrag fra kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS). Tiltakene som kommer frem i rapporten er bare et utvalg av tiltakene som finnes, og gir dermed ikke et helhetlig bilde. I følge rapporten har flere forskjellige behandlingstilbud til Volds – og sedelighetsdømte vært prøvd i norske fengsler siden begynnelsen av 90 – tallet. Mange av disse prøveprosjektene ble gjort med Thore Langfeldt sin egen behandlingsmodell. I likhet med dagens situasjon, har det også vært mange forskjellige tilbud om samtalegrupper satt opp etter ulike modeller, både innad i friomsorgen og kriminalomsorgen (Friestad, 2005).

I dagens norske fengsler ser det ut til å finnes få behandlingsprogrammer som er direkte rettet mot pedofile og deres utfordringer. Det nærmeste eksempelet jeg har funnet er Nasjonalt kompetansenettverk for sikkerhets-, fengsels – og rettspsykiatri (SIFER) sitt behandlingsprogram for seksualisert vold. Behandlingsprogrammet finnes i Bergen fengsel, Trondheim fengsel og Åna fengsel i Stavanger, og målgruppen er personer som har gjort seksuell vold mot barn og voksne (SIFER).

Trondheim fengsel startet i 2004 et prøveprosjekt med tilbud om hormonbehandling og psykoterapi (Fristad, 2005). Fem menn som har begått seksuelle overgrep mot barn fikk hormonet leuprorelin injisert. Ingen av deltakerne fikk noen alvorlige bivirkninger, men hormonet kan over lengre tid gi bivirkninger som økning i vekt og depresjon. Behandlingen tjente til formålet om å dempe seksuallysten (Nøttestad et al, 2006).

Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST) er et av de få, om ikke det eneste stedet, hvor overgripere og potensielle overgripere kan søke hjelp og behandling som spesifikt går på problemer med seksuelle lyster ovenfor barn. IKST ligger i Oslo og ble startet i 1989 av Thore Langfeldt. Han har internasjonal annerkjennelse for sitt arbeid med seksuelle overgripere og sexologi. Instituttet tilbyr blant annet gratis terapi både for personer som har begått og som er redde for å begå seksuelle overgrep (IKST). I et intervju med *TV2* (2015)

forteller Langfeldt at det også tilbyr behandling til personer som er opptatt av barneporno, da noen av dem kan være i faresonen for å begå overgrep. Langfeldt forteller videre at behandlingen skjer i form av psykodynamisk gruppeterapi med to psykologer, eller individuell psykodynamisk terapi (Olsen & Jorganovich, 2015). Dette er det eneste behandlingstilbudet spesielt rettet mot seksualovergripere mot barn jeg har funnet utenfor kriminal - og friomsorgen.

Strategirapporten fra Barne-, likestillings – og inkluderingsdepartementet (2013) legger vekt på at det er mangel på kunnskap om behandling og tiltak for unge seksualovergripere. Det eneste eksempelet jeg selv har funnet om behandling rettet mot barn, er et tverrfaglig behandlingstilbud i Vest – Agder hvor unge overgripere kan gå i familiebehandling (Søftestad, Bjørtvedt, Haga & Hildén, 2007).

4.0 Studier av psykoterapeutisk behandlingseffekt

I denne delen av oppgaven vil jeg ta for meg to forskjellige typer studier som belyser oppgavens problemstilling, en metaanalyse og en sekundærstudie. Metaanalysen vurderer validiteten av resultatene til 14 andre studier, blant dem er sekundærstudien jeg har valgt av Hanson et. al. (1993). Forskerne som gjennomførte metaanalysen har annerkjennelse innen rettspsykiatri, noe som i hvertfall for Pål Grøndahl sin del har blitt reflekter i media gjennom de siste årene. Metaanalysen fikk også medieoppmerksomhet da den ble publisert.

Jeg vil først presentere metaanalysen, hvordan den har gått frem for å velge studier og hva den har konkludert med. For så å presentere sekundærstudien av Hanson et. al. (1993).

4.1 Psychological treatment of sexual offenders against children: a meta – analytic review of treatment outcome studies (2014)

I et forsøk på å avdekke om psykoterapeutisk behandling av seksualovergripere mot barn faktisk har effekt, slik mange studier har påstått, fant og vurderte Grønnerød et. al. (2014) hele 337 studier. Ved å vurdere studiene opp mot CODC sine validitets kriterier, ble de fleste studiene ekskludert. De inkluderte først og fremst bare studier som tok for seg psykoterapeutisk behandling. Studier som målte tilbakefall på andre måter enn ved nye seksuelle overgrep mot barn, og grupper hvor deltakerne hadde intellektuelle

funksjonsnedsettelse eller lærevansker, var blant dem som ble ekskludert. I studier som tok for seg flere forskjellige grupper overgripere plukket de ut informasjonen og statistikken som gjaldt for seksualovergripere mot barn, så lenge de var minimum 75% av deltakerne. Studier som hadde mindre enn 3 års oppfølging, og studier hvor forskerne selv ikke opplyste om at de tok sikte på å avdekke behandlingseffekt, ble også ekskludert. Få studier møtte et minimum av vitenskapelige standarder, og enda færre gav brukbar data som er mulig å trekke konklusjoner på grunnlag av. (Grønnerød et. al, 2014).

Etter å ha gått fra 337 ulike studier til 14 studier de mente møtte inklusjonskriteriene, lagde de en skala og vurderte de gjenværende studien etter den. Skalaen hadde kategoriene *avvist*, *svak*, *god* og *sterk*. Bare én av studiene ble rangert som god, ingen ble rangert som sterk. Fem studier ble rangert til avvist (Grønnerød et. al, 2014).

I de 14 studiene varte de lengste behandlingsperiodene i 2 år, mens gjennomsnittlig behandlingstid var 48 uker. Mens gjennomsnittlig oppfølgingsperiode var 6.8 år for behandlingsgruppen, var gjennomsnittlig tilbakefallsprosent 20% i sammenligningsgruppene og 18% i behandlingsgruppene. Det var gjennomsnittlig 18% som ikke fullførte behandlingen (Grønnerød et. al, 2014).

Studien av Hanson et. al. (1993) ble i likhet med de fleste andre studiene kategorisert som svak, men ikke avvist. Hanson et. al. (1993) sin studie var 1 av bare 3 studier i metaanalysen, som spesifikt og ensidig tok for seg forskning på behandlingseffekt av seksualovergripere mot barn.

4.1.1 Grønnerød et. al. sine funn

I studies diskusjonsdel sier Grønnerød et. al, (2014) at basert på dagens studier om behandlingseffekten av seksualovergripere mot barn som de har vurdert, konkluderes det med at psykoterapeutisk behandlinga ikke har en reduserende effekt på tilbakefallsprosenten. De fant imidlertid at mange studier med dårlig kvalitet, konkluderer med at behandling har effekt. I diskusjonsdelen stilles det blant annet spørsmål til hvorvidt den gjennomsnittlige 48 ukers behandlingsperioden studiene viste, er nok til å endre personenes atferd og tankemønster (Grønnerød et al, 2014).

4.2 Long-Term Recidivism of Child Molesters (1993)

Denne sekundærstudien av Hanson et. al. (1993) tar også for seg psykoterapeutisk, og skiller seg ut med sine lange oppfølgingsperioder. Studien delte 197 mannlige seksualovergripere mot barn inn i tre forskjellige grupper, behandlingsgruppen, kontrollgruppe nr. 1 og kontrollgruppe nr. 2.

Behandlingsgruppen ble videre delt inn i fire kategorier etter hvem de hadde foregripet seg på, *gutter, barn fra begge kjønn, barn innen familien* eller *jenter utenom familien*. Deltakerne i kontrollgruppe nr. 1 var fra en tidligere tidsperiode enn kontrollgruppe nr. 2 og behandlingsgruppen. Studien har ikke tatt høyde for at deltakerne i kontrollgruppe nr. 1 kan ha hatt andre erfaringer gjennom sitt fengselsopphold, enn de to andre gruppene. I motsetning til kontrollgruppe nr. 1 og behandlingsgruppen, ble ikke kontrollgruppe nr. 2 overført fra maksimalt sikkerhets fengsel til minimalt sikkerhets fengsel (Hanson et. al, 1993).

Alle deltakerne i studien kom fra den samme institusjonen i Sør Ontario, innenfor tidsrommet 1958 – 1974, og var dømt til 2 – 24 måneders straff. Mens selve behandlingen skjedd fra 1965 og 1973. Oppfølgingsperiodene varierte. 63 % av deltakerne ble fulgt opp i over 20 år, mens 93% ble fullt opp i mer enn 15 år. I gjennomsnitt var oppfølgingsperiodene 19 år for behandlingsgruppen, 28 år for kontrollgruppe nr. 1 og 20 år for kontrollgruppe nr. 2 (Hanson et. al, 1993).

Tilbakefallskriteriene i denne studien var å få en ny dom for å ha gjort seksuelle overgrep, voldelige overgrep, eller begge. Dommer på mindre alvorlige seksuelle lovovertridelser er også tatt med i utregningen av tilbakefallsstatistikken, fordi juridiske argumenter kan ha spilt en rolle i utfallet. Anmeldelser uten dom ble ikke inkludert, og man må anta at nye overgrep kan ha blitt gjort uten at rettssystemet har fanget dem opp. Omfanget av mørketall er dermed usikkert (Hanson et. al, 1993).

Behandlingsgruppen besto av 106 seksualforbrytere hvor informasjon om tilbakefall var tilgjengelig. 47 av de 106, altså 44%, gjorde nye seksuelle overgrep i oppfølgingsperioden. Kontrollgruppe nr. 1 besto av 31 overgripere hvor informasjonene om tilbakefall var tilgjengelig. 15 av de 31, altså 48 %, gjorde nye overgrep i oppfølgingsperioden. Kontrollgruppe nr. 2 besto av 60 personer hvor det var tilgjengelig informasjon om alle sine tilbakefall. 20 av 60, 33%, gjorde nye overgrep (Hanson et. al, 1993).

De første 6 årene var tilbakefallsprosenten på 5.2 per år, de neste 20 årene lå den imidlertid på 1.8 % per år. Mens 23 % av tilbakefallene skjedde mer enn 10 år etter at de avsluttet behandlingen og kom tilbake til samfunnet. Alt i alt gjorde 42% av de 197 personene nye overgrep i løpet av oppfølgingsperioden (Hanson et. al, 1993).

4.2.1 Hanson et. al. sine funn

Selv om behandlingsprogrammet overgriperne deltok i fant sted på 60 – tallet, mener forskerne at det likevel kan sammenlignes med dagens behandlingsprogrammer. I studiens diskusjonsdel vises flere funn som Hanson et. al, (1993) sammenligner med tidligere studiers funn. Blant annet at seksualovergripere mot barn kan stå i fare for å gjøre nye seksuelle overgrep i mange år, om ikke gjennom hele livet. I denne studien var imidlertid risikoen størst de først 5 – 10 årene etter fullført behandling. Ca. halvparten gjorde nye overgrep i løpet av oppfølgingsperioden, 25% av overgrepene ble gjort mer enn 10 år senere.

Faktorer som antall og alvorlighet av tidligere seksuelle overgrep, nåværende og tidligere sivilstatus og foretrukket offer, var i likhet med flere andre studier også sentrale her. Ikke alle personene i studien hadde barn som sin seksuelle preferanse, men de som foretrakk gutter viste seg å være i størst fare for tilbakefall.

Studien påstår at det er størst sjans for å forebygge tilbakefall visst man tar sikte på å håndtere et livslangt overgrepens potensial, og ikke regner med at en kort behandlingsperiode strekker til. Man kan ikke forvente at overgripere blir permanent kurert med korttidsbehandling.

5.0 Drøftingsdel

I oppgaven har jeg hittil sett på to forskjellige studier som argumenterer for og imot behandlingseffekt, og skal nå drøfte studienes validitet og funn. Jeg vil først ta for meg Hanson et. al. (1993), videre metaanalysen av Grønnerød et. al. (2014) og kritikken den har fått av Langfeldt som daglig jobber med behandling av seksualovergripere mot barn.

5.1 Hanson et. al, (1993)

Det kan stilles spørsmål til validiteten av Hanson et. al. (1993) sin studie av flere grunner. For det første er behandlingen gjennomført på 60 – tallet, og man må regne med at mye har utviklet seg siden den gang. Forskerne selv mener likevel at den psykoterapeutiske behandling brukt i studien kan sammenlignes med dagens behandling. 2 – 24 måneder er stor variasjon i behandlingstid, det kan stilles spørsmål til hvorvidt en person med to års behandlingsbakgrunn i det hele tatt kan sammenlignes med en person som har gått til behandling i to måneder. Ettersom at studien var god nok til å inkluderes i Grønnerød et.al, (2014) sin metaanalyse, som igjen vurderte studien opp mot CODC sine kriterier, må man imidlertid gå ut ifra at også de mente at behandlingsperiodene og den daværende psykoterapeutiske behandlingen nådde visse standarder.

Ettersom at studien ikke har tatt høyde for forskjellene mellom opphold på maksimalt sikkerhets fengsel, og minimalt sikkerhets fengsel, kan det stilles spørsmål til hvorvidt kontrollgruppe nr. 2 sin hverdag utspilte seg annerledes enn for de to andre gruppene. Hvordan man har det under fengselsoppholdet kan sette sterkt preg på en persons liv.

Under halvparten av både det totale antall personene som deltok i studien og personene i behandlingsgruppen, gjorde nye seksuelle overgrep i oppfølgingsperioden. Ettersom at risikoen var størst de første 10 årene etter avsluttet behandling, kan det tolkes som om det blir lettere å opprettholde kontrollen desto lengre mestringsperiode man har bak seg.

Studien hadde lange oppfølgingsperioder hvor over halvparten av deltakerne ble fulgt opp i mer enn 20 år, og nesten alle deltakerne ble fulgt opp i mer enn 15 år. På en annen side kan man stille spørsmål til hvorvidt det hjelper med lange oppfølgingsperioder når tilbakefallsstatistikken er avhengig av at personene fikk nye dommer for å ha gjort seksuelle overgrep. Som tidligere nevnt i oppgaven er det ofte store mørketall innen rettsapparat og politi sine statistikker, dermed må man også her ta høyde for at tilbakefallsprosenten ikke nødvendigvis korresponderer med virkeligheten.

Til tross for Hanson et. al, (1993) sine tilbakefalls statistikker hvor over halvparten av deltakerne ikke gjorde nye overgrep i oppfølgingsperioden, konkluderer Grønnerød et. al, (2014) med at behandling ikke har effekt i det hele tatt. Dermed kan man stille spørsmål til hvorvidt de mener dataen studien er basert på er god nok.

5.2 Grønnerød et. al, (2014)

Det var gjennomsnittlig langt større tilbakefallsprosent i metaanalysen sine behandling og kontrollgrupper, enn Hanson et.al (1993) sine behandlings og sammenligningsgrupper. Men det kan også her stilles spørsmål til hvorvidt tilbakefallsprosenten er forenelig med virkeligheten. Også her var behandlingsperiodene relativt korte, med sine 2 år i de lengste tilfellene. Den gjennomsnittlige oppfølgingsperioden på 6.8 år er langt mindre enn Hanson et. al, (1993) sine oppfølgingsdata.

Konklusjonen om at dagens forskning ikke viser behandlingseffekt er gjort med grunnlag i strenge validitetskriterier for de utvalgte studienes forskningsdesign. De fant ut at mange studier med dårligere kvalitet ofte viser behandlingseffekt, mens studier med bedre kvalitet ikke viser noe særlig effekt. Det kan stilles spørsmål til om kravene metaanalysen vurderte de 337 studiene ut ifra er for strenge? Grøndahl har selv flere ganger sagt at enkeltpersoner kan ha nytte av behandling dersom vedkommende har ressurser til å mestre problemene sine (Grøndahl og Stridbeck, 2015; Skogstrøm, 2014; Ruud, 2014). Enkeltpersoner utbytte er nok vanskelig å fange opp i tall og statistikker.

Thore Langfeldt har kritisert Grønnerød et. al, (2014) sin studie gjennom både debatten rundt metaanalysen og i media. Til *Aftenposten* forklarte han i 2014 at studiene som metaanalysen tok for seg bygger på kortvarige behandlingsmodeller som tidligere ikke har gitt tilstrekkelige resultater. Han mener at en slik studie burde gå over minst 20 år for å kunne bevise eller frabevise resultater (Skogstrøm, 2014).

I et debattinnlegg i *Tidsskriftet for norsk psykologforening* utdypet Langfeldt (2015) påstandene med å forklare at utvalgsmetoden metaanalysen brukte, ikke tar utgangspunkt i behandlernes kvalifikasjoner og behandlingens relevans for problematikken, men i metodiske beskrivelser av behandlingen. Han avslutter med å presisere at det er urealistisk å tro at et behandlingsprogram passer for alle typer overgripere (Langfeldt, 2015). Det kan da spekuleres på om deltakerne i metaanalysen kunne vist mindre tilbakefall med en annen tilpasset behandling, dersom den psykoterapeutiske behandlingsformen ikke passet dem.

Langfeldt har jobbet med overgripere siden 70 – tallet, og har behandlet seksualovergripere siden 80 – tallet (Olsen og Jorganovich, 2015). Han er antakelig en av de mest kunnskapsrike norske fagpersonene på dette tema, men har selv ikke publisert undersøkelser som tar høyde for tilbakefallsprosent (Skogstrøm, 2014). Jeg har heller ikke funnet referanser til studier han støtter seg på i argumentasjonen om at behandling virker.

En annen norsk fagperson som har jobbet med behandling av seksualovergripere er Knut Hermstad, han har 20 år med egen oppsamlet erfaring. (Gellein, 2010). Han mener også at behandling virker, men peker på at kognitiv terapi har vist mest effekt enn psykodynamisk (Hermstad, 2006 ; Hermstad, 2010).

6.0 Oppsummering

Det finnes et vidt spekter av handlinger som går under både faglige og juridiske definisjoner av seksuelle overgrep. Alt fra faktiske seksuelle overgrep til titting på animert barnepornografi er lovbrudd, og med hjelp av teknologi utvides stadig mulighetene for å skaffe seg seksuell nytelse på barns bekostning.

Stereotypiske forestillinger om seksuelle overgripere og pedofile, ble gjennom oppgaven avdekket som mer kompliserte i den virkelige verden. De siste årene har fagmiljøer begynt å åpne øynene for at også kvinner og barn kan være overgripere, ikke bare menn. Oppgaven avdekket også at pedofili, til tross for uenigheter innen fagmiljøer, blir klassifisert som en mental diagnose og dermed ikke er et fastsatt fenomen som er urealistisk å behandle. Det er heller ikke slik at fenomenene pedofili og overgrep gjensidig påvirker hverandre, man kan ha en pedofil lidelse uten å være overgriper og motsatt.

Hvilken effekt psykoterapeutisk behandling av personer som har gjort seksuelle overgrep mot barn har, ser det ikke ut til å finnes et klart svar på. Flere mener at vi også i dag mangler gode vitenskapelige bevis for behandlingseffekten psykoterapeutisk behandling av seksualovergripere mot barn gir. Forskningen jeg har vurdert i oppgaven og den stadig pågående debatten mellom fagpersoner med Langfeldt og Grøndahl i spissen, viser at det stilles spørsmål til eksisterende forsknings validitet.

Basert på egne funn i leting etter behandlingsmuligheter, har jeg konkludert med at det ser ut til å finnes få behandlingstilbud i Norge for mennesker som sliter med seksuelle tenninger og tanker ovenfor barn. De fleste blir ikke fanget opp av helse og rettssystemer før de faktisk begår overgrep. Det ser dessverre heller ikke ut til å finnes mange behandlingstiltak for mindreårige overgripere.

Til tross for uenigheter ser noen meninger ut til å være felles for flere. Mange har pekt på at det er behov for studier med lengre behandlings og oppfølgingsperioder. Grønnerød et. al,

(2014) stilte spørsmål til hvorvidt de 14 studiene sine gjennomsnittlige 48 uker behandlingsperiode var lange nok. Hanson et. al, (1993) konkluderte med at behandling måtte ta høyde for potensiell livslang risiko for tilbakefall, og Langfeldt mener det vil ta mer enn 20 år å avdekke reell effekt (Skogstrøm, 2014).

Både Grøndahl og Langfeldt ser ut til å mene at det er behov for mer forskning om tema. Grøndahl sier det er rart at forskning knyttet til behandlingseffekt har så dårlig kvalitet (Grøndahl og Stridbeck, 2015). Han har ønske om et samarbeidsprosjekt mellom nordiske land, hvor det utarbeider kvalitetssiktede studier med lengre behandlings og oppfølgingstid (Skogstrøm, 2014). Langfeldt (2015) mener at fremtidige studier må ha et åpent sinn i prosessen med å avdekke behandlingseffekt.

Litteraturliste

- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, DSM – 5*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association DSM – 5 Development. (2014). *DSM -5 implementation and support*. Hentet 27.04.2016 fra <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- American Psychiatric Association. (2016). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)*. Hentet 27.04.2016 fra <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Barne-, likestillings – og inkluderingsdepartementet. (2013). *Barndommen kommer ikke i reprise: strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014 - 1017)*. (rapport 08/2013). Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/brosjyrer_bua/barndommen_kommer_ikke_i_reprise.pdf?id=2181274
- Bjørnstad, J. (2009). *Metaanalyse. Store norske leksikon*. Hentet 22.05.2016 fra <https://snl.no/metaanalyse>
- Bufdir. (2015). *Seksuell orientering*. Hentet 01.05.2015 fra http://www.bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/S/Seksuell_orientering/
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Direktoratet for e-helse. (2016a). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Hentet 29.04.2016 fra https://ehelse.no/Documents/NPR%20Behandlerkravmelding/Komplettt-BI%C3%A5-bok_230905.pdf
- Direktoratet for e – helse. (2016b). *Kodeverket ICD – 10 (og ICD - 11)*. Hentet 29.04.2016 fra [https://ehelse.no/Sider/Kodeverket-ICD-10-\(og-ICD-11\).aspx](https://ehelse.no/Sider/Kodeverket-ICD-10-(og-ICD-11).aspx)

Direktoratet for e –helse. (2016c). *ICD – 10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet 30.04.2016 fra

<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613630>

Direktoratet for e – helse. (2016d). *ICD – 10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka)*. Hentet 29.04.2016 fra

<https://ehelse.no/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka>

[Eide, C. \(2015, 23.12\). Det er ikke den siklende mannen i parken som er overgriper. TV2.](#)

[Hentet 11.05.016 fra](#)

<http://www.tv2.no/a/7767443/>

Eide, C. (2016, 03. 01). Skrekk tallene: kraftig økning i antall seksuelle overgrep mot barn i Norge. *Tv2*. Hentet 04.05.2016 fra

<http://www.tv2.no/a/7767528/>

Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi & Rafael Lozano. (2002). *World report on violence and health*. (WHO rapport 10/2002). Hentet fra

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf

FO. (2015). *Yrkesetiske grunnlagsdokumenter for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeider*. Hentet 05.05.2016 fra

https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument_2015.pdf

Friestad, C. (2005). *Tilbudet til volds- og sedelighetsdømte : En gjennomgang av fem tiltak* (Vol. 488, FAFO-rapport). Hentet 07.05.2016 fra

http://www.faf.no/~faf/media/com_netsukii/488.pdf

[Førde, K, E. \(2010\). *Overgrepene vi ikke snakker om*. Kjønnforskning.no. Hentet 17.05.2016 fra](#)

<http://kjonnsforskning.no/nb/2010/04/overgrepene-vi-ikke-snakker-om>

[Gellein, S, B. \(2010\). Barneskaderne. *Rus & Samfunn*.4\(3\). 6 -7. Hentet 10.05.2016 fra](#)

<https://www.idunn.no/file/pdf/41971001/art23.pdf>

Grøndahl, P., & Stridbeck, U (Red.). (2015). *Rettspsykiatriske beretninger: Om sakkyndighet og menneskeskjebner*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Grønnerød, C., Grønnerød, J, S., & Grøndhal, P. (2014). Psychological treatment of sexual offenders against children: a meta – analytic review of treatment outcome studies. *Trauma, violence, & abuse*, 2015 16(3), 280 – 290.

Hanson, K, R., Steffy, R, A & Gauthier, R. (1993). Long-Term Recidivism of Child Molesters. *Journal of Consulting an Clinical Psychology*, 1993 61(4), 646 – 652.

Hentet 15.05.2016 fra

<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1993-45780-001>

Hermstad, K. (2006). *Forbrytelse og selvforståelse: Et bidrag til forståelsen av en gruppe menn dømt til fengsel for seksuelle overgrep, i lys av terapi, etikk og strafferett* (Doktorgradsavhandling, Norges tekniske – naturvitenskapelige universitet). Hentet

10.05.2016 fra

https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/242774/125961_FULLTEXT01.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hermstad, K. (2010). *Forbrytelse og selvforståelse: Om menn som begår seksuelle overgrep mot barn*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Ikdahl, I. (2015). Diskrimineringsloven om seksuelle orientering. *Store Norske leksikon*.

Hentet 01.05.2015 fra

https://snl.no/Diskrimineringsloven_om_seksuell_orientering

Institutt for klinisk sexologi og terapi. (IKST). (). *Hjem*. Hentet 29.04.2016 fra

<https://www.sexologi.no/>

Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST). (). *Behandling*. Hentet 29.04.2016 fra

<https://www.sexologi.no/behandling/>

Institutt for klinisk sexologi og terapi. (IKST). (). *Thore Langfeldt*. Hentet 29.04.2016 fra

<https://www.sexologi.no/thore-langfeldt/>

Jensen, I. (2011). Bak behandlings – stereotypiene. *Rus & Samfunn*. 5(3). 36 – 27. Hentet

01.05.2016 fra

<https://www.idunn.no/rusos/2011/03/art03>

- Johannessen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kripos (2015a). *Trendrapport 2016: organisert og annen alvorlig kriminalitet i Norge*. Hentet 01.05.2016 fra https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/kripos/Vedlegg_3188.pdf
- Kripos (2015b). *Voldtektssituasjonen i Norge 2015*. Hentet 01.05.2016 fra https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/kripos/Vedlegg_3591.pdf
- Killingberg, A. (2016, 03.03). Bestefar (92) dømt for seksuelle overgrep. *Fosna-folket*. Hentet 04.04.2016 fra <http://www.fosna-folket.no/nyheter/2016/05/03/Bestefar-92-d%C3%B8mt-for-seksuelle-overgrep-12688038.ece>
- Langfeldt, T. (2015). Pedofili er en mental forstyrrelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 52(11) 988 – 1000. Hentet 03.05.2016 fra http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=453705&a=4
- Lindberg, P. (2016, 25.04.). Barnehageansatt siktet for overgrep mot to barn. *Bergens tidende*. Hentet 04.05.2016 fra <http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Barnehageansatt-siktet-for-overgrep-mot-to-barn-3585273.html>
- Mossige, S. (1997). *Barneovergriperen: Legning eller handling?*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Malt, U (2016). Psykiske lidelser. *Store medisinske leksikon*. Hentet 01.05.2016 fra https://sml.snø.no/psykiske_lidelser
- Nilsen, L., Fladset, A., & Jetmundsen, G. (2016, 26.04). Mann fra Hordaland bestilte direktesendte seksuelle overgrep mot barn. *Bergensavisen*. Hentet 04.05.2016 fra <http://www.ba.no/krim/krim/politi/mann-fra-hordaland-bestilte-direktesendte-seksuelle-overgrep-av-barn/s/5-8-334834>
- Norsk psykologforening. (). *Hva er en psykisk diagnose?*. Hentet 17.05.2016 fra <http://www.psykologforeningen.no/publikum/psykologi-og-psykologhjelp/hva-er-en-psykisk-diagnose>

Norsk psykologforening. (). Fakta om psykiske lidelser. Hentet 17.05.2016 fra <http://www.psykologforeningen.no/publikum/fakta-om-psykiske-lidelser>

Nasjonalt kompetansenettverk for sikkerhets-, fengsels – og rettspsykiatri (SIFER). ().
Seksualisert vold. Hentet 07.05.2016 fra
<http://sifer.no/temaer/kategori/seksualisert-vold>

Nøttestad, J., Bjarnar, E., Lundemo, P., & Sandvik, M. (2006). Behandling av seksuelle overgripere med leuprorelin. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, (5) 633-634.
<http://tidsskriftet.no/article/1349159/>

Olsen, I. F., & Jorganovich, G. (2015, 28.05). Ekspert ønsker bredere tilbud: - Pedofile står i kø for å få for å få behandling. *Tv.2*. Hentet 29.04.2016 fra
<http://www.tv2.no/a/6970249/>

Public safety canada. (2016). *Evaluating offender rehabilitation programs*. Hentet 28.04.2016 fra
<http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/vltng-prgrms/index-en.aspx>

Ruud, H, M, T. (2014, 7.10). Psykologspesialist: - Pedofile har ikke effekt av behandling. *Dagbladet*. Hentet 09.05.2016 fra <http://m.db.no/2014/10/07/nyheter/innenriks/lommemannen/35621997/>

Skogstrøm, L. (2014, 17. 03.). Studie: terapi stopper ikke nye overgrep mot barn. *Aftenposten*. Hentet 26.04.2016 fra
<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Studie-Terapi-stopper-ikke-nye-overgrep-mot-barn-7503466.html>

Straffeloven (2015). Lov om straff. Hentet 03.05.2016 fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=strl>

Støren, I. (2013). *Bare søk! : Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm.

Søftestad, S. (2005). *Seksuelle overgrep: Fra privat avmakt til tverretatlig handlekraft*. Oslo: Universitetsforlag.

Søftestad, S., Bjørtvedt, M., Haga, J., & Hildén, K. (2007). Unge overgripere i familiebehandling; erfaringer fra det tverretatlige behandlingstilbudet TVERS i Vest-

Agder. *Fokus På Familien*, (5)-19. Hentet 02.04.2016 fra

[https://www.idunn.no/file/pdf/33195657/unge_overgripere_i_familiebehandling -
erfaringer fra det tverretatlige beh.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/33195657/unge_overgripere_i_familiebehandling_-_erfaringer_fra_det_tverretatlige_beh.pdf)

Søftestad, S. (2008). *Avdekking av seksuelle overgrep : Veier ut av fortielsen*. Oslo: Universitetsforlag.

World health organization. (2002). *World report in violence and health*. Hentet 01.05.2016 fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf

World health organization. (2015). *International classification of diseases (ICD)*. Hentet 27.04.2016 fra <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

World health organization. (2016). *ICD – 10 online versions*. Hentet 27.04.2016 fra <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F65.4>

Ålmås, E. (2015). Parafili. *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 01.05.2016 fra <https://sml.snl.no/parafili>